

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE MEDICINA



"DOLOR CRONICO ONCOLOGICO:  
RED DE APOYO Y CALIDAD DE VIDA"

POR:

DRA. EDITH ARIANNE ESTRADA CHAVARRIA

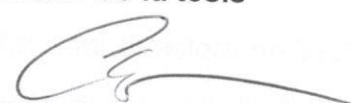
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER  
EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA GENERAL

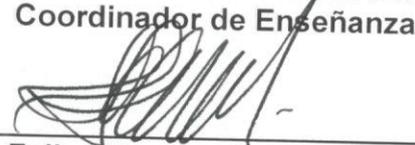
FEBRERO DE 2015

**“DOLOR CRÓNICO ONCOLÓGICO: RED DE APOYO Y CALIDAD DE  
VIDA”**

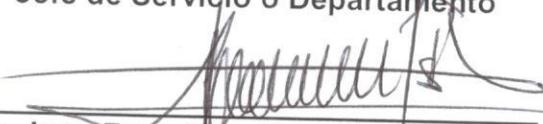
**Aprobación de la tesis:**

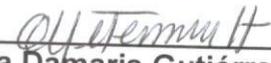
  
\_\_\_\_\_  
**Dr. med. Adelina Alcorta Garza**  
**Director de la tesis**

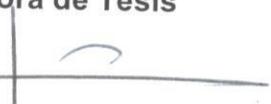
  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza**  
**Coordinador de Enseñanza**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Felipe Homero Sandoval Avilés**  
**Coordinador de Investigación**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Ricardo Salinas Ruiz**  
**Jefe de Servicio o Departamento**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Juan Francisco González Guerrero**  
**Codirector de Tesis**

  
\_\_\_\_\_  
**Lic. Olga Damaris Gutiérrez Hernández**  
**Codirectora de Tesis**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. med. Gerardo Enrique Muñoz Maldonado**  
**Subdirector de Estudios de Posgrado**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**“DOLOR CRÓNICO ONCOLÓGICO:  
RED DE APOYO Y CALIDAD DE VIDA”**

**Por**

**DRA. EDITH ARIANNE ESTRADA CHAVARRÍA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA GENERAL**

**FEBRERO, 2015**

**“DOLOR CRÓNICO ONCOLÓGICO: RED DE APOYO Y CALIDAD DE  
VIDA”**

**Aprobación de la tesis:**

---

**Dr. med. Adelina Alcorta Garza  
Director de la tesis**

---

**Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza  
Coordinador de Enseñanza**

---

**Dr. Felipe Homero Sandoval Avilés  
Coordinador de Investigación**

---

**Dr. Ricardo Salinas Ruíz  
Jefe de Servicio o Departamento**

---

**Dr. Juan Francisco González Guerrero  
Codirector de Tesis**

---

**Lic. Olga Damaris Gutiérrez Hernández  
Codirectora de Tesis**

---

**Dr. med. Gerardo Enrique Muñoz Maldonado  
Subdirector de Estudios de Posgrado**

## DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo a mis padres, por su apoyo ante cualquier circunstancia, a mi hermana por reír y hacer más amena cada tarde de escritura, y en especial, a mi pareja que ha sido mi mayor aliciente a continuar y con quién he compartido la experiencia de que las múltiples tareas de trabajo se llevan muy bien en compañía.

Agradezco de manera especial a mi directora de tesis Dr. med. Adelina Alcorta Garza, quien me motivó hasta el final a continuar, concluir y trascender este proyecto.

A mis codirectores, Lic. Olga Damaris Gutiérrez Hernández y Dr. Juan Francisco González Guerrero, quienes me otorgaron además de las facilidades de realizar la presente investigación en su campo de trabajo, sus conocimientos y experiencia.

Y a mí asesor estadístico Dr. Marco Vinicio Gómez Meza, porque sin él, este trabajo no sería posible.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Capítulo</b>	<b>Página</b>
<b>Capítulo I</b>	
1. RESÚMEN.....	12
<b>Capítulo II</b>	
2. INTRODUCCIÓN.....	16
2.1 Marco conceptual.....	16
2.1.1 Neoplasia.....	16
2.1.2 Tumor.....	16
2.1.3 Cáncer.....	17
2.2 Nomenclatura del cáncer.....	18
2.3 Clasificación.....	19
2.3.1 Clasificación histológica.....	19
2.3.2 Clasificación de acuerdo al grado.....	19
2.3.3 Clasificación de acuerdo a estadificación.....	21
2.3.3.1 Sistema TNM.....	22
2.3.4 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) – 10.	24
2.4 Estadísticas entorno al cáncer.....	25
2.4.1 Estadísticas a nivel internacional.....	25
2.4.2 Estadísticas a nivel nacional.....	26

2.5 Dolor.....	27
2.5.1 Marco conceptual.....	27
2.5.2 Clasificación.....	28
2.6 Dolor crónico oncológico.....	31
2.6.1 Marco conceptual.....	31
2.6.2 Estadísticas a nivel internacional.....	32
2.6.3 Estadísticas a nivel nacional.....	33
2.7 Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).....	35
2.7.1 Marco conceptual.....	35
2.7.2 Impacto en la calidad de vida en pacientes con dolor crónico oncológico.....	36
2.8 Soporte social.....	37
2.8.1 Marco conceptual.....	38
2.8.2 Asociación entre soporte social percibido y calidad de vida en pacientes con dolor crónico oncológico.....	38
2.9 Justificación.....	41

### **Capítulo III**

3. HIPÓTESIS.....	42
-------------------	----

### **Capítulo IV**

4. OBJETIVOS.....	43
-------------------	----

4.1 Objetivo general.....	43
4.2 Objetivos específicos.....	43
<b>Capítulo V</b>	
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	44
5.1 Diseño metodológico.....	44
5.2 Tipo de estudio.....	44
5.3 Población de estudio.....	44
5.4 Lugar de referencia.....	44
5.5 Sujetos y proceso de selección.....	44
5.6 Protocolo.....	47
5.7 Instrumentos de trabajo.....	48
5.8 Cálculo del tamaño de la muestra.....	50
5.9 Variables.....	50
5.10 Análisis estadístico.....	51
<b>Capítulo VI</b>	
6. RESULTADOS.....	54
6.1 Descripción de los casos.....	54
6.2 Estadística descriptiva de las escalas.....	56
<b>Capítulo VII</b>	
7. DISCUSIÓN.....	67

## **Capítulo VIII**

8. CONCLUSIÓN.....	73
--------------------	----

## **Capítulo IX**

9. ANEXOS.....	76
9.1 Consentimiento informado.....	77
9.2 Instrumentos de trabajo.....	85
9.2.1 EORTC-QLQ30.....	85
9.2.2 FACT-G.....	87
9.2.3 SSQ.....	88
9.2.4 Ficha sociodemográfica.....	96

## **Capítulo X**

10. BIBLIOGRAFÍA.....	97
-----------------------	----

## **Capítulo XI**

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.....	103
---------------------------------	-----

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
<b>10.1.</b> Variables analizadas.....	105
<b>10.2</b> Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas.....	108
<b>10.3.</b> Frecuencias absolutas y porcentajes de los diagnósticos oncológicos incluidos según criterios CIE-10.....	110
<b>10.4.</b> Estadística descriptiva de los índices obtenidos de la escala EORTC-QLQ-30.....	112
<b>10.5.</b> Correlación de los índices y variables sociodemográficas.....	113
<b>10.6.</b> Puntuaciones obtenidas en los índices del “número de cuidadores” y de la “satisfacción percibida del soporte social” (SSQ).....	114
<b>10.7.</b> Promedios obtenidos en el índice del “estado global de salud” de acuerdo al género.....	64
<b>10.8.</b> Promedios obtenidos en el índice del “número de cuidadores” de acuerdo al género.....	64
<b>10.9.</b> Promedios obtenidos en el índice de “satisfacción	

percibida del soporte social” de acuerdo al estado civil...	65
<b>10.10.</b> Promedios obtenidos en el índice del “estado global de salud” de acuerdo al estado civil.....	65

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Clasificación de los tipos de soporte social (De Oca y Concha, 2013).....	39
2. Gráfico de caja y bigotes que muestra la distribución por edad.....	54
3. Frecuencias obtenidas (abscisas) en relación al número de cuidadores que constituyen el soporte social.....	58
4. Histograma que muestra la puntuación asignada a la satisfacción del soporte social (abscisas) y la frecuencia de la puntuación (ordenadas).....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS

**H1:** Hipótesis de trabajo

**CUCC:** Centro Universitario Contra el Cáncer

**UANL:** Universidad Autónoma de Nuevo León

**EORTC-QLQ30:** European Organization for Research and Treatment of Cancer  
- Quality of Life Questionnaire

**FACT-G:** Functional Assessment of Cancer Therapy – General

**SSQ:** Social Support Questionnaire

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**UICC:** International Union Against Cancer

**AJCC:** American Joint Committee on Cancer

**CIE – 10:** Clasificación Internacional de Enfermedades

**INEGI:** Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

**CONASAMI:** Comisión Nacional de Salarios Mínimos

**AMEDT:** Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor

**CVRS:** Calidad de vida relacionada a la salud

## 1. RESUMEN

**Objetivo:** describir la asociación entre el soporte social percibido y la calidad de vida percibida en pacientes con dolor crónico oncológico.

**Material y métodos:** mediante un estudio observacional, analítico, no experimental, transversal con alcance correlacional, se obtuvo un censo de la población por medio de un muestreo incidental, durante el periodo comprendido de marzo 2013 - octubre 2014, y se realizó la aplicación de 3 instrumentos de trabajo, EORTC-QLQ30, FACT-G para evaluar la calidad de vida y el SSQ para evaluar el soporte social.

**Resultados:** El índice de mayor impacto en relación a la calidad de vida fue la fatiga, asociado con 6 ítems: función física, la función de rol, estado global de salud, la función social, náusea y vómito, calidad de vida y función emocional, donde cuatro de estos aspectos son relacionados a la salud mental del individuo. Los pacientes con pareja presentan una mejor calidad de vida que aquellos que no lo poseen y la mejoría en otras áreas como fatiga, dolor y satisfacción de la red de apoyo.

**Conclusiones:** se determinó que la satisfacción del apoyo social percibida es el factor asociado a la calidad de vida, no así el número de cuidadores. No existió relación entre el tamaño de la red con la satisfacción de la misma. De la investigación realizada se puede concluir que la CVRS está directamente asociada al apoyo informal y emocional. El estado civil “con pareja” demostró ser un factor protector que influye de manera positiva en la

calidad de vida. Este estudio atribuye al factor emocional como el principal influyente en la fatiga, más allá de factores físicos, siendo este ítem el más prevalente y con mayor significancia estadística en la correlación de variables. Con la presente investigación pretendemos dar evidencia de la importancia de las relaciones interpersonales, que son por definición protectoras de los posibles efectos negativos del estrés individual y familiar.

**Palabras Clave:** dolor crónico oncológico, soporte social, calidad de vida.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the association between perceived social support and perceived quality of life in patients with chronic cancer pain.

**Material and methods:** an observational, analytical, not experimental, scope correlational cross-sectional study, a census of the population was obtained by an incidental sampling during the period March 2013 - October 2014, and the application was made 3 working instruments EORTC-QLQ30, FACT-G to evaluate the quality of life and the SSQ to assess social support.

**Results:** The more impact index in relation to the quality of life was fatigue associated with 6 items: physical function, role function, overall health status, social functioning, nausea and vomiting, quality of life and emotional function, fourth of these aspects of mental health of the individual. Patients "with couple" has a better quality of life than those who don't have it and improvement in other areas such as fatigue, pain and satisfaction of the support network.

**Conclusions:** It was determined that the satisfaction of perceived social support is the factor associated with quality of life, not the number of caregivers. There was no relationship between the size of the network with the same satisfaction. From conducted research it can be concluded that HRQoL is directly linked to informal and emotional support. Marital status "with couple" proved to be a protective factor that influences positively on the quality of life. This study attributes the emotional factor as the main influential fatigue, beyond physical factors, this item the most prevalent and more statistical valence

correlation variables. With this research we intend to give evidence of the importance of interpersonal relationships, which are protective definition of the possible negative effects of individual and family stress.

**Keywords:** chronic cancer pain, social support, quality of life.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1 Marco conceptual

Conceptos semejantes al cáncer

#### 2.1.1 Neoplasia

De acuerdo a sus definición etimológica proviene del francés *néoplasie* (*neos* = nuevo, *plásis* =acción de formar), es decir formación de nuevo tejido patológico, se emplea como sinónimo neoplasma [1].

De acuerdo a la definición biológica, citamos la propuesta por el oncólogo británico Rupert Allan Willis: «Un neoplasma es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede y está descoordinado con el de los tejidos normales, y que persiste en su anormalidad después de que haya cesado el estímulo que provocó el cambio» [2, 3].

#### 2.1.2 Tumor

Proviene del griego "onkos", que significa tumor [4]. Inicialmente, el término se aplicó a la tumefacción, hinchazón, "bulto" o aumento localizado de tamaño, en un órgano o tejido. Incluso con el transcurso del tiempo se olvidó el sentido no neoplásico de la palabra tumor y en la actualidad el término es el equivalente o sinónimo de neoplasia; y por lo tanto, se dice que hay tumores benignos y malignos [4, 5].

De acuerdo a su comportamiento, lo podemos clasificar en:

- A. **Benignos.** No son invasivos y permanecen localizados, tienen una tasa de crecimiento lento, a menudo están envueltos por una capa delgada de tejido conectivo comprimido (encapsulados) [6]. Estos tumores no son cánceres y se nombran usando *-oma* como sufijo con el nombre de órganos como la raíz. Por ejemplo, un tumor benigno de células musculares lisas se llama un *leiomioma*, equivocadamente, algunos tipos de cáncer utilizan el sufijo *noma*, como el melanoma y el seminoma [7].
- B. **Pre-malignos.** Son aquellas neoplasias benignas que no se han transformado en cáncer, en un suficiente y específico periodo de tiempo [6].
- C. **Malignos.** Se distinguen por la tendencia de invadir y destruir el tejido circundante, ocasionar metástasis y destruir el órgano blanco [8]. Dentro de esta categoría incluimos al cáncer.

### 2.1.3 Cáncer

De acuerdo a su definición etimológica la palabra cáncer proviene de la raíz griega *καρκίος* (que se lee *karkinos*) o cangrejo en latín, término utilizado por primera vez por Hipócrates, como resultado de las similitudes del cangrejo con la enfermedad, por el color lívido y la firmeza con la que se sujeta al tejido que lo posee [9]. Cáncer, por definición es sinónimo de malignidad [10].

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como un término genérico que identifica un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo y que se caracteriza por la

multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y que pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso conocido como *metástasis*. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer [11].

## **2.2 Nomenclatura del cáncer**

Para la nomenclatura del cáncer se utiliza un sufijo, *carcinoma*, *sarcoma* o *blastoma*, con la palabra latina o griega para el órgano o tejido de origen, por ejemplo, el que proviene del parénquima de hígado derivados de células epiteliales malignas se llama *hepatocarcinoma*, mientras que un tumor maligno que surge a partir de células precursoras hepáticas primitivas se llama *hepatoblastoma*, y el que surge de las células de grasa se llama *liposarcoma*. Para algunos tipos comunes de cáncer, se utiliza el nombre de órganos, por ejemplo, el cáncer de mama se llama *carcinoma ductal de mama*. Algunos tipos de cáncer se nombran de acuerdo al tamaño y la forma de las células observadas bajo un microscopio, tal como carcinoma de células gigantes, carcinoma de células fusiformes, y carcinoma de células pequeñas [5].

## 2.3 Clasificación de cáncer.

### 2.3.1 Clasificación histológica

De acuerdo a su *histología*, el cáncer se clasifica por el tipo de célula que se asemeja y, por lo tanto, el tejido presume que es el origen del tumor. Estos tipos son:

- **Carcinoma.** Es el derivado de células epiteliales, este grupo incluye los cánceres más comunes, particularmente en los ancianos, y aquellos que crecen en mama, próstata, pulmón, páncreas y colon.
- **Sarcoma.** Es aquel que surge de tejido conectivo (hueso, cartílago, grasa, nervios), cada uno de los cuales se desarrollan a partir de células mesenquimales fuera de la médula ósea.
- **Linfoma y leucemia.** Son dos clases de cáncer que surgen de las células formadoras del sistema hematopoyético.
- **Tumor de células germinales.** Es el derivado de células pluripotenciales, más a menudo se presenta en el testículo (seminoma) o el ovario (disgerminoma).
- **Blastoma.** Es aquel derivado de células inmaduras "precursoras" o tejido embrionario y prevalecen con mayor frecuencia en los niños [12].

### 2.3.2. Clasificación de acuerdo al grado

El grado de un tumor es la descripción de un tumor que se basa en la forma como se ven las células y el tejido de un tumor al microscopio. El grado

de un tumor es una indicación de la rapidez con la que probablemente crecerá y se extenderá el tumor. Si las células del tumor y la organización del tejido del tumor se asemejan a las células y a los tejidos normales, el tumor se llama *bien diferenciado*. Estos tumores tienden a crecer y a extenderse a un paso más lento que los tumores que son *indiferenciados*, los cuales tienen células que se ven anormales y a los que les pueden faltar las estructuras de tejido normal. Con base en estas y en otras diferencias de apariencia al microscopio, los médicos asignan un *grado* numérico. Los factores que se usan para determinar el grado de los tumores pueden variar entre los diferentes tipos de cáncer.

Los sistemas de gradación de los tumores difieren dependiendo del tipo de cáncer. En general, se asigna un grado de 1, 2, 3 o 4 a los tumores, dependiendo de qué tan anormal sean. En los tumores de grado 1, las células tumorales y la organización del tejido del tumor tienen una apariencia cercana a la normal, tienden a crecer y a diseminarse lentamente. Los tumores de grado 3 y 4 no se ven como las células y el tejido normales y tienden a crecer rápidamente y a diseminarse con más rapidez que los tumores de un grado inferior.

El grado del tumor no es lo mismo que el estadio de un cáncer. El estadio del cáncer se refiere al tamaño o a la extensión (etapa) del tumor original (primario) y a si las células cancerosas se han diseminado en el cuerpo. El estadio del cáncer se basa en factores como el lugar del tumor primario, el tamaño del tumor, si están afectados los ganglios linfáticos regionales (la extensión del cáncer a los ganglios linfáticos cercanos), y al número de tumores

presentes. Si no se especifica un sistema de gradación para un tipo de tumor, generalmente se usa el sistema siguiente [13]:

- **GX:** No es posible asignar un grado (grado indeterminado)
- **G1:** Bien diferenciado (grado bajo)
- **G2:** Moderadamente diferenciado (grado intermedio)
- **G3:** Escasamente diferenciado (grado alto)
- **G4:** Indiferenciado (grado alto)

### **2.3.3 Clasificación de acuerdo a estadificación**

La estadificación describe la gravedad del cáncer que aqueja a una persona basándose en el tamaño o en la extensión del tumor original (primario) y si existe o no presencia de metástasis. Es el más potente predictor de la supervivencia, y a menudo predice cambios en los tratamientos. Se determina por la información proporcionada por los exámenes físicos, los estudios con imágenes, las pruebas de laboratorio, los informes de patología y cirugía. La estadificación es sumamente importante porque ayuda a planificar el tratamiento apropiado, evalúa el pronóstico, identifica los estudios clínicos adecuados y mediante una terminología común favorece el intercambio de información sobre los pacientes entre los profesionales de la salud.

Los *elementos comunes* que se consideran en los sistemas de estadificación son:

- El sitio del tumor primario y el tipo de célula.
- El tamaño del tumor o su extensión (alcance).

- La complicación y extensión de los ganglios linfáticos regionales.
- El número de tumores (el tumor primario y la presencia de tumores metastáticos).
- El grado del tumor (qué tanto se parecen las células cancerosas y el tejido a las células y tejidos normales) [14].

### 2.3.3.1 Sistema TNM

La clasificación TNM (definido por su siglas: Tumor, Nódulo, Metástasis), de la International Union Against Cancer (UICC) es el estándar aceptado internacionalmente para la estadificación del cáncer, como por el American Joint Committee on Cancer (AJCC). Es un sistema basado anatómicamente que registra la medida nodal primaria y regional del tumor y la ausencia o presencia de metástasis [16]. Cada aspecto individual de TNM se denomina como una categoría:

- **T.** Describe el sitio del tumor primario
- **N.** Describe el compromiso de los ganglios linfáticos regionales
- **M.** Describe la presencia o no de metástasis distante

#### **Tumor primario (T)**

- **TX.** No es posible evaluar un tumor primario
- **T0.** No hay evidencia de tumor primario
- **Tis.** Carcinoma in situ (CIS), es decir que células anormales están presentes pero no se han diseminado a los tejidos cercanos. El CIS

aunque no es cáncer, puede convertirse en él y algunas veces se llama cáncer pre-invasor.

- **T1, T2, T3, T4.** Tamaño o extensión del tumor primario

#### **Ganglios linfáticos regionales (N)**

- **NX.** No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales.
- **N0.** No existe complicación de ganglios linfáticos.
- **N1, N2, N3.** Grado de complicación de los ganglios linfáticos regionales (número y localización de los ganglios linfáticos)

#### **Metástasis distante (M)**

- **MX.** No es posible evaluar una metástasis distante.
- **M0.** No hay metástasis distante.
- **M1.** Presencia de metástasis distante.

Por ejemplo, el cáncer de seno clasificado como T3 N2 M0 se refiere a un tumor grande que se ha diseminado fuera del seno a los ganglios linfáticos vecinos, pero no a otras partes del cuerpo.

Para algunos tipos de cáncer, las combinaciones TNM corresponden a uno de los 5 estadios posibles. Los criterios para los estadios difieren según los tipos diversos de cáncer. Por ejemplo, el cáncer de vejiga T3 N0 M0 es estadio III; mientras que el cáncer de colon T3 N0 M0 es estadio II.

<b>Estadio</b>	<b>Definición</b>
<b>Estadio 0</b>	Carcinoma in situ.

---

<b>Estadio I, II y III</b>	Los números más altos indican enfermedad más extensa: Un tamaño mayor del tumor o diseminación del cáncer afuera del órgano en donde se formó originalmente hacia los ganglios linfáticos vecinos o a órganos o tejidos cercanos al sitio del tumor primario.
<b>Estadio IV</b>	El cáncer se ha diseminado a órganos o tejidos distantes.

---

La estadificación del cáncer se puede dividir en una etapa clínica y un estadio patológico,

- **Etapa clínica.** La TNM la denota por las letras “c” antes de escribir la etapa, por ejemplo, cT3N1M0. Se basa en toda la información disponible obtenida en una cirugía para extirpar el tumor
- **Estadio patológico.** Se denota con la letra “p”, al igual antes de escribir la etapa, por ejemplo, pT2N0. Añade información adicional obtenida por el examen microscópico realizado por un patólogo, se considera la más fidedigna, ya que permite el examen directo del tumor y su propagación, en contraste con la estadificación clínica que está limitada por las observaciones indirectas a un tumor que yace todavía en el cuerpo, sin embargo, ambas se complementan entre sí [15].

#### **2.3.4 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) - 10**

La CIE - 10 es un esquema taxonómico basado en los principios subyacentes de la clasificación, que incluye la categorización TNM, un lenguaje común en oncología [16], aunado a que es la base para la identificación de tendencias y estadísticas de salud a nivel mundial establecido por la OMS [17].

Motivo por el cual los diagnósticos de la presente investigación se categorizaron en base a los sistemas de clasificación de acuerdo al TNM y CIE-10.

## **2.4 Estadísticas entorno al cáncer**

### **2.4.1 Estadísticas a nivel internacional**

El cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial [18]. Durante el 2012, estadísticas internacionales refirieron que había 14,1 millones de nuevos casos de cáncer, 8,2 millones de muertes por cáncer y 32,6 millones de personas que viven con cáncer después de los 5 años del diagnóstico. Más del 50% de estas cifras se produjeron en regiones menos desarrolladas muy probablemente debido a una combinación de una etapa tardía en el diagnóstico y acceso limitado a tratamiento oportuno y estandarizado. La tasa de incidencia global por cáncer de acuerdo a la edad es casi 25% mayor en los hombres que en las mujeres. En los hombres, las tasas son más altas de Europa del Este (173 por 100.000) y Centroamérica y la más baja en África occidental. En contraste, las tasas más altas en las mujeres son en Melanesia (119 por 100.000) y África Oriental (111 por 100.000), y los más bajos en América Central (72 por 100.000) y Centro-Sur (65 por 100.000) Asia [19]. Se prevé que los casos anuales de cáncer aumenten a 22 millones en las próximas dos décadas [20].

Los principales tipos de cáncer asociados a mortalidad en orden de frecuencia, son pulmonar, hepático, gástrico, colorectal, de mama y esofágico.

Los cánceres causados por infecciones virales, como el virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) o por papilomavirus humanos (PVH), son responsables de hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios. Más del 60% de los nuevos casos anuales totales del mundo se producen en África, Asia, América Central y Sudamérica. Estas regiones representan el 70% de las muertes por cáncer en el mundo [21].

De acuerdo a la OMS en estadísticas internacionales durante el 2012 en ambos sexos predominó el cáncer de mama, próstata, cervicouterino, colorrectal y de pulmón [22].

#### **2.4.2 Estadísticas a nivel nacional.**

Las estadísticas más recientes en México incluyen aquellas realizadas en el 2008, donde la mortalidad asociada a cáncer durante ese año fue mayor, hasta en un 50.9%, a diferencia de años previos, con una relación mujer-hombre de 1.04 a 1; la mayoría de los casos a partir de los 35 años de edad y en hombres a partir de los 45 años [23]. La mortalidad general por tumores malignos, registró una tasa de 62.8 por 100 mil habitantes, y obtuvo como primer exponente al tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (6.3 por 100 mil habitantes), estómago (5.2 por 100 mil habitantes) y próstata (4.8 por 100 mil habitantes). En la mortalidad de acuerdo al género, en el sexo masculino prevalece la próstata, seguido de tráquea - bronquios y pulmón y en tercer lugar estómago. Mientras que en el sexo femenino prevalece el tumor maligno de mama, de cuello cervicouterino y estómago [24].

En el 2006 el reporte histopatológico de las neoplasias malignas (RHNM) presentó una tasa global de morbilidad por cáncer con mayor incidencia en Nuevo León y el Distrito Federal. [25] Dadas las características sociodemográficas que reflejan la relevante prevalencia e incidencia del cáncer en nuestra población, se considera a esta entidad como una población vulnerable por los cuidados paliativos de las complicaciones del cáncer, como discapacidad, dependencia física, dolor, comorbilidades médicas y psiquiátricas, tanto del paciente que sufre la enfermedad como de sus familiares [26].

## **2.5 Dolor**

### **2.5.1 Marco conceptual**

El término dolor basado en su etimología latina (dolor-oris) se define como: «aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interna o externa» [27].

Existen varias definiciones entorno al dolor, sin embargo la más aceptada en la actualidad es la establecida por la Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) que lo ha definido como “una experiencia sensorial y emocional no placentera que se asocia a un daño de los tejidos, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño», esto último hace mención a las dificultades que generalmente ocurren al describir el dolor, entre la experiencia subjetiva del paciente en la forma de percibirlo y el

daño real en los tejidos, si el paciente considera su experiencia como dolor, debe ser aceptado como tal. Esta definición evita atar al dolor a un estímulo nociceptivo estrictamente es decir si no hay estímulo no hay dolor, y poder ampliar nuestra visión diagnóstica, como estados emocionales o situaciones donde coexistan ambos [28].

### 2.5.2 Clasificación del dolor

El Comité de Taxonomía de la IAPS, establece diversas clasificaciones que toman en cuenta diferentes aspectos de los síndromes dolorosos, como son: intensidad, duración, topografía, características neurofisiológicas, factibilidad de tratamiento, entre otras, que tratan de acercarse al entendimiento del dolor. [27, 28]

- **Intensidad:** es la característica más reportada del dolor y la forma más simple de clasificarlo [28, 29].
- **Duración [28, 29]:**
  - A. Agudo.** Es menor de tres meses con una importante respuesta neurovegetativa y neuroendocrina.
  - B. Dolor crónico.** Es aquel que tiene una duración mayor de tres meses, se caracteriza por modificarse de acuerdo a la respuesta adaptativa fisiológica, además, de tener escaso o nulo efecto vegetativo y acompañarse de un significativo componente psicoafectivo, es el dolor característico del paciente con cáncer.

- **Etiología** [29, 30]: de acuerdo a sus características neurofisiológicas, se basa en la inferencia para el dolor. Existen dos tipos:
  - A. Nociceptivo.** Se divide a su vez en somático y visceral. El *somático* se presenta por afección de partes blandas y óseas, generalmente está bien localizado y se describe como punzante, agudo, pulsante o compresivo. Mientras que el dolor *nociceptivo visceral* involucra órganos y estructuras internas, es difuso y se percibe en áreas mayores; es descrito como punzante, profundo o palpitante, de presentación aguda si están involucradas las cápsulas de los órganos [30, 31].
  - B. Neuropático.** Es causado por una lesión en el sistema nervioso central o periférico, tiene un alto grado de complejidad y se define con frecuencia por presentarse en ausencia de daño tisular agudo concurrente o progresivo, su intensidad puede ir de leve a severa o incapacitante. Esta última variedad puede impulsar a quien la padece al suicidio. Se caracteriza por ser disestésico, quemante, urente, paroxístico, con déficit sensorial y respuesta anormal a estímulos: alodinia e hiperpatía [31, 32].
  - C. Somatoforme.** También denominado psicógeno, se caracteriza porque el paciente siente dolor, sin etiología orgánica, por lo que se llega a él como diagnóstico de exclusión, generalmente asociado a ganancias secundarias, interviene el ambiente biopsicosocial que

rodea al individuo. Es típico la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia. [32, 33].

- **Según el curso** [33, 34]:

**A. Continuo:** Persistente a lo largo del día y no desaparece.

**B. Irruptivo:** Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente.

- **Según la intensidad** [34, 35]:

**A. Leve:** Puede realizar actividades habituales.

**B. Moderado:** Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.

**C. Severo:** Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores.

La forma de experimentar el dolor dependerá de los aspectos biológicos y neurofuncionales involucrados, además de variables como la personalidad, las experiencias dolorosas previas, el estado biopsicosocial, el estado emocional en el momento del estímulo nociceptivo e incluso de las experiencias dolorosas de personas cercanas. Al ser el dolor una experiencia multidimensional se pueden distinguir los componentes neurofuncionales que llevan a una mayor o menor repercusión psicoafectiva, cultural, social, económica y espiritual. A la suma de estos componentes se le ha denominado “dolor total” [35].

## 2.6 Dolor crónico oncológico

### 2.6.1 Marco conceptual

Es aquel que se asocia con daño tisular debido al proceso de la enfermedad o el tratamiento (es decir, cirugía, radiación, quimioterapia) mayor a 3 meses de evolución [36].

El dolor crónico oncológico constituye una verdadera urgencia que debe tratarse de inmediato y en el que están representados todos los tipos de dolor (visceral, somático, neuropático o psicógeno), siendo por este motivo la más alta prevalencia el tipo de *dolor mixto* [37].

Indistintamente del tipo de dolor, el enfermo oncológico tiene dos secuencias distintas de presentación en el tiempo. La primera es un dolor crónico continuo de fondo, sordo, que le impide dormir, moverse y realizar las tareas elementales de la vida y que es de intensidad variable, el cual se ha denominado como *dolor basal*. La segunda se identifica por episodios de crisis agudas de dolor espontáneas o inducidas de elevada intensidad, de frecuencia variable y duración incierta y que se producen a lo largo del día y de la noche. A estos episodios de dolor agudo intenso transitorio, previsible o no, se denominan *crisis de dolor irruptivo*. El dolor puede estar causado por múltiples mecanismos: relacionado con el propio tumor y sus metástasis, relacionado con los tratamientos efectuados o sin relación con la enfermedad de base o su terapéutica [38].

### **2.6.2 Estadísticas internacionales**

De acuerdo a estadísticas de la OMS estima la prevalencia del dolor crónico oncológico entre 47% al 54%, y de estos se estima que del 30% al 50% de los pacientes experimentan dolor debido principalmente a la falta de disponibilidad de analgésicos opioides o a su mala administración y menciona que el dolor es la causa más importante de hospitalización en este grupo de pacientes [34].

La prevalencia del dolor se incrementa con la progresión de la enfermedad oncológica, mientras que la intensidad, tipo y localización varía de acuerdo al sitio primario del tumor, extensión y progresión de la patología y del tratamiento empleado [39].

En un metaanálisis realizado con datos de 52 artículos, a lo largo de 40 años, mostraron que el dolor crónico es frecuente en el 64% de los pacientes con estadio avanzado o metastásico, el 59% en aquellos que cursaban en tratamiento contra el cáncer y el 33% de los que cursaban después del tratamiento curativo. Más de un tercio de los pacientes con dolor crónico calificó su gravedad de moderado o grave [40].

A pesar de la difusión realizada en torno al cáncer, el infra-tratamiento está bien documentado, en el que el individuo crónicamente enfermo acude de manera tardía a los centros de salud, por incumplimiento terapéutico, cuestiones socioculturales, como la falta de información, baja escolaridad y escasos recursos económicos, que implican hasta un 40% de los pacientes [41].

El dolor crónico oncológico puede ser provocado por el cáncer propiamente dicho, por los tratamientos o por otras comorbilidades físicas, siendo el cáncer la causa más frecuente que condiciona dolor, y las áreas más comúnmente asociadas son tórax, abdomen y extremidades, mientras la intensidad se ha reportado en el 73% de los casos de moderada a severa [42].

De acuerdo al tipo de dolor los porcentajes más prevalentes corresponden al dolor nociceptivo somático 50%, dolor neuropático 33% y dolor nociceptivo visceral 20%, con un promedio de 3 tipos de dolor por paciente. De los pacientes sin enfermedad metastásica de Seis al 17% presenta dolor directamente atribuible al cáncer, comparado con el 35 al 56% de quienes si presentan metástasis. El dolor crónico fue encontrado en el 76% de las hospitalizaciones y el 84% de los pacientes que lo padecen requiere opioides a lo largo de toda su vida [43].

Factores asociados a la falta de control del dolor son depresión, ansiedad, delirium y abuso de sustancias [44].

### **2.6.3 Estadísticas a nivel nacional.**

En la actualidad, en nuestro país, el dolor crónico oncológico es una entidad conocida, sin embargo no existen reportes epidemiológicos acerca de su prevalencia, a pesar del creciente número de sobrevivientes de cáncer que viven hasta una edad avanzada y la asociación de etapas tardías de la enfermedad [45].

En México, existen tres estudios del Instituto Nacional de Cancerología relacionados con la epidemiología del dolor por cáncer. Romero [46] en 1988, reportó en un trabajo con 190 pacientes de nuevo ingreso, donde el 47% refirieron dolor y de estos el 33% corresponde al dolor crónico oncológico y el 14% es dolor crónico no oncológico, si consideramos que esta población en pacientes es virgen a tratamientos oncológicos el porcentaje es considerablemente alto. El 75% de estos pacientes presentó dolor de difícil control en la fase terminal. Allende [47] en 1996, presentó un estudio realizado a 100 pacientes con algún tumor maligno, donde el 89% experimentó dolor. Reyes Chiquete [35] en el 2002 estudió a 952 pacientes oncológicos hospitalizados, donde 292 (32,7%) presentaron dolor; de los cuales el 44,3% era crónico, el 37,2% agudo postquirúrgico, 10,6% oncológico agudizado, 3,2% no oncológico, 2,9% crónico no oncológico y 1,6% oncológico crónico agudizado, de ellos el 61,2% de los pacientes estaban bajo control y la mayor neoplasia registrada con dolor fue la de cáncer cervico-uterino con un 17%. Posteriormente en el 2011, este mismo autor, realizó un metaanálisis en nuestro país y estimaron que en los pacientes con cáncer el 58% presentó dolor crónico y de estos, el 33% se refiere a un solo tipo de dolor, otro 33% a dos tipos y el restante 33% presentó tres o más tipos de dolor [34].

Whiza y Ochoa (2005) en Tijuana, Baja California, estimaron su prevalencia en el 20 al 50% de los personas con diagnóstico reciente de malignidad, en el 33% de los pacientes durante el tratamiento de su enfermedad, y en el 75 al 90% en aquellos con enfermedad avanzada.

Alrededor del 75% de todos los pacientes con cáncer cursan con dolor moderado a severo en algún momento durante la evolución de su enfermedad, dolor que requerirá de atención médica de primer contacto, del oncólogo, y en los casos difíciles, de los servicios de los especialistas en algología [48].

A pesar de la escasa literatura que existe a nivel de la región noreste de nuestro país y con el respaldo de la literatura a nivel internacional el dolor crónico es uno de los síntomas más temidos y comunes en los pacientes con cáncer, el presente trabajo pretende aportar datos estadísticos de nuestro país, entorno a las consecuencias implícitas del dolor crónico oncológico en la calidad de vida en este grupo de población y a su vez la influencia del soporte social en este grupo poblacional.

## **2.7 Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)**

### **2.7.1 Marco conceptual**

Antes de describir este concepto, partiremos de la definición de calidad de vida (CV) en general.

- **Calidad de vida (CV).** La OMS la define en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el cual vive, en relación con los objetivos, criterios y expectativas; esto, matizado con su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales [49].

- **Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS).** Vosvick, Koopman, Gore et al (2006), proponen la definición en términos de cinco dominios: funcionamiento físico, energía/fatiga, funcionamiento social, funcionamiento del rol y salud general y dolor, plantean que la habilidad de mantener un nivel de bienestar en estos dominios es esencial para una alta calidad de vida en personas viviendo con enfermedades crónicas, tales como cáncer [50].

La percepción de una persona de su propia situación en la vida se concentra en los fenómenos subjetivos, y no solamente en su ajuste a ciertos criterios objetivos [51].

### **2.7.2 Impacto en la calidad de vida en pacientes con dolor crónico oncológico.**

En pacientes con dolor crónico la calidad de vida se ve disminuida, por diferentes variables, entre ellas están: las secuelas de la enfermedad, la salud mental, las interacciones sociales, las actividades diarias, las relaciones personales, empleo y situación económica. El impacto de esta reducción recae en cuatro dominios: el *físico*, el *psicológico*, el *familiar* y *social*, que se han estandarizado de manera general en los instrumentos de trabajo que evalúan la CVRS, para la categorización de estas variables y otras que incluyan las necesidades de la vida diaria y el aspecto subjetivo que verbaliza el paciente [50, 52].

En la actualidad la fatiga es un ítem prevalente en los pacientes con dolor crónico oncológico, principalmente por la discapacidad física ocasionada por la enfermedad y se ha convertido en un factor importante para los oncólogos a incluir en el tratamiento [53].

En nuestro país la CVRS en pacientes con dolor crónico oncológico se relaciona más con aspectos psicosociales que con aspectos físicos. Se ha observado la influencia positiva de los factores cognitivos del individuo como: estrategias de afrontamiento, expectativas de autoeficacia, de resultados y locus de control (es la percepción que tiene una persona acerca de dónde se localiza el agente causal de los acontecimientos de su vida cotidiana) [54].

La información derivada del estudio de la CVRS ha llegado a ser un importante insumo en la formulación de objetivos, guías y políticas para los cuidados en salud, y ha sido especialmente beneficiosa en describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos. La evidencia sugiere que su uso puede ser beneficioso en la práctica clínica cotidiana, en estudios de eficacia, efectividad, riesgo o como indicador de la calidad del cuidado [53, 54].

## **2.8 Soporte social**

Desde una perspectiva biopsicosocial, se considera que la disponibilidad de relaciones sociales cercanas es un recurso básico para afrontar los problemas de salud [52].

En el soporte social se ha observado que los individuos encuentran una gama de cualidades y regulación mediante el intercambio social, con la expresión y transmisión de sentimientos, afectos y ayuda directamente vinculados con las relaciones interpersonales, éste sistema potencialmente constituido por la red puede transformarse en un sistema social de promoción de la salud mental y física, lo que constituye un factor relevante para la amortiguación del impacto de las condiciones biopsicosociales que afectan a los individuos contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida física y psicológica [55].

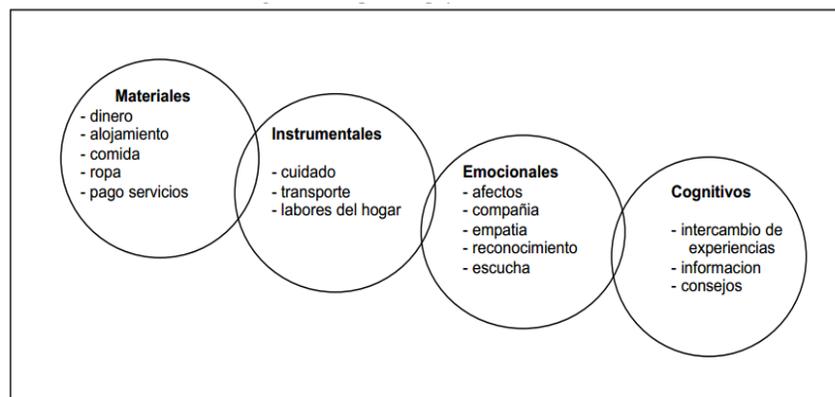
### **2.8.1 Marco conceptual**

El concepto de apoyo o soporte social se puede entender “como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación” y este conjunto de transacciones interpersonales que opera se denomina “transferencias”, que se presentan como un flujo de intercambio y circulación de recursos, acciones e información. Se consideran cuatro categorías de transferencias [56]:

1. **Materiales:** implican un flujo de recursos monetarios (dinero en efectivo, sea como aporte regular o no, remesas, regalos y otros) y no monetarios, bajo diversas formas de apoyo material (comida, ropa, pago de servicios y otros).
2. **Instrumentales:** pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.

3. **Emocionales:** se expresan, por ejemplo, por el cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden asumir distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afecto, etc.
4. **Cognitivos:** se refieren al intercambio de experiencias, los consejos que permiten entender una situación, etc. [57].

**Figura 1.** Clasificación de los tipos de soporte social (De Oca y Concha, 2013).



Algunos autores definen a la *red de apoyo o red de soporte social* como el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis. Existen diferentes *tipos de soporte social*, los principales son *redes de soporte informal* (familia, amigos, allegados, compañeros de trabajo, vecinos, compañeros espirituales) y *redes de soporte formal* (instituciones, profesionales) [58]. **Figura 1.**

### **2.8.2 Asociación entre apoyo social percibido y calidad de vida en pacientes con dolor crónico oncológico.**

En el trabajo realizado por Gómez y Lagoueyte (2012), revisaron las evidencias disponibles acerca de la relación entre el soporte social que el individuo percibe, y su capacidad para mantener su salud o lidiar con la enfermedad en mujeres con cáncer cervicouterino.

El apoyo social puede afectar el funcionamiento fisiológico, pues es un valioso recurso de afrontamiento del estrés y un amortiguador de sus efectos, contribuye a la promoción de conductas saludables y tiene influencia en la progresión y adaptación a enfermedades crónicas, como el cáncer. Además, se ha demostrado el gran efecto benéfico que tiene recibir apoyo de otros pacientes que ya hayan enfrentado situaciones similares, lo cual puede complementar el apoyo social brindado por el soporte social del paciente y el personal de salud [59].

Cassel y Cobb [61], afirman que el soporte social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas de los sucesos vitales estresantes y en relación con las enfermedades crónicas, como el cáncer y el dolor crónico, como eventos altamente estresantes, aparece el soporte social como una fuente importante de sostén y ayuda.

Gracia y Herrero (2006) publicaron la existencia de una relación positiva entre el soporte social y la salud física; de igual manera el acceso a redes de soporte social positivas se ha asociado con el bienestar psicológico, con la

ausencia de síntomas afectivos como depresión y ansiedad y la disminución de hospitalizaciones innecesarias [60].

Esto apunta a la necesidad de incrementar la investigación en nuestro país con el fin de apoyar acciones eficaces hacia las familias del paciente con cáncer.

## **2.9 Justificación**

La mayoría de los estudios recientes acerca de la calidad de vida relacionada con la salud provienen de grupos farmacéuticos, por lo que es necesario que otros grupos se ocupen vigorosamente del estudio del efecto de las intervenciones médicas en la calidad de vida y del impacto en el soporte social de los pacientes con enfermedades crónicas, como el cáncer [60, 61], así como dirigir esfuerzos para diseñar programas de intervención psicológica, y poder establecer estrategias y tratamientos integrales, a favor de contribuir hacia una mejor calidad de vida del paciente con dolor crónico oncológico, se justifica realizar estudios para tener un mayor entendimiento de las necesidades de dicha población y de sus familiares.

### **3. HIPÓTESIS**

#### **3.1 Hipótesis de trabajo (H1):**

Existe asociación entre el soporte social y la calidad de vida percibida de pacientes con dolor crónico oncológico.

#### **3.2 Hipótesis nula (Ho1):**

No existe asociación entre el soporte social y la calidad de vida percibida de pacientes con dolor crónico oncológico.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo General**

Describir la asociación entre el soporte social y la calidad de vida percibida en pacientes con dolor crónico oncológico atendidos en la consulta externa del Centro Universitario Contra el Cáncer (CUCC) del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).

### **4.2 Objetivos Particulares**

1. Identificar las variables sociodemográficas de la población en estudio que demuestren una correlación significativa hacia la calidad de vida.
2. Identificar las variables sociodemográficas que se asocien hacia un soporte social percibido deficiente.
3. Conocer la asociación entre el número de cuidadores y grado de satisfacción percibido.
4. Conocer la influencia de la satisfacción del soporte social y el número de cuidadores, con la calidad de vida percibida.

## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1 Diseño metodológico.**

Es un estudio observacional, analítico, no experimental.

### **5.2 Tipo de estudio.**

Transversal con alcance correlacional.

### **5.3 Población de estudio.**

$N = 150$  casos incluidos

### **5.4 Lugar de referencia:**

Pacientes activos en la consulta externa del CUCC, del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, UANL, Monterrey (Mty.), Nuevo León (N.L.), México.

### **5.5 Sujetos y proceso de selección.**

#### **A. Método de reclutamiento.**

Se solicitó la autorización del Jefe del Servicio de Oncología para obtener el censo de pacientes que acude a consulta externa de la Clínica del Dolor, los sujetos fueron elegidos mediante un muestreo incidental incluyendo la totalidad del censo obtenido, resultando un total de 150 observaciones, durante el periodo de marzo 2013 - octubre 2014.

## **B. Criterios de inclusión:**

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de diversa índole y dolor crónico asociado, atendidos en la consulta externa de la Clínica del Dolor del CUCC, del Hospital Universitario “Dr. José E. González”, UANL, durante el periodo de Marzo 2013 a Octubre 2014.
- Mayores de 18 años, hombres y mujeres.
- Pacientes que aceptaron participar y firmaron el Consentimiento Informado.
- Que completaron debidamente los instrumentos de trabajo.
- Pacientes con dolor secundario al cáncer mayor a 3 meses de evolución, tanto aquellos que cursen con tratamiento farmacológico y sin él.

## **C. Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no firmen el Consentimiento Informado.
- Pacientes cuyo funcionamiento cognitivo impida responder a los instrumentos.
- Participantes que se encuentren bajo efecto sedativo que impida la aplicación de los instrumentos de trabajo, según criterio médico.
- Sujetos que por su condición clínica no pudieron cooperar en la evaluación.

#### **D. Criterios de eliminación:**

- Aquellos que no concluyeron la aplicación de los instrumentos.
- Pacientes que no contestaron adecuadamente los instrumentos de trabajo.

#### **E. Consideraciones Éticas.**

- El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y Comité de Investigación de la institución, con la clave de registro PS12-018. Debido a las características del estudio, se consideró una investigación sin riesgo, sin embargo al tratar con una población vulnerable fue necesario el empleo del consentimiento informado para la aplicación de los instrumentos de trabajo. **Anexo 9.1.**
- De acuerdo a la Normatividad del Expediente Clínico y de la Ley Federal de Protección de datos personales y Buenas Prácticas Clínicas, se respetaron los lineamientos de la protección de la privacidad del paciente.
- Los casos detectados con síntomas psiquiátricos y abandono social, se derivaron al Servicio de Psico-oncología del CUCC con atención psiquiátrica y psicológica de manera gratuita, con previo resguardo de la confidencialidad.

## **5.6 Protocolo.**

### **A. Descripción del diseño.**

Se solicitó autorización al Comité de Ética de la institución y se obtuvo aprobación para la realización del estudio, posteriormente se solicitó autorización al Jefe del Servicio de Oncología del CUCC para acceder a la población de estudio y poder aplicar los instrumentos de trabajo. Se obtuvo un censo de la población que acude a consulta externa de la Clínica del Dolor y se realizó un muestreo incidental, durante el periodo comprendido de marzo 2013 - octubre 2014, con previo escrutinio de los criterios de inclusión y exclusión, se extendió la invitación a participar en el estudio a los pacientes y en su caso, se procedió a firmar el consentimiento informado, posteriormente con revisión de los criterios de eliminación se obtuvo un total de 150 pacientes. La entrevista consistió en la aplicación de la ficha sociodemográfica y los 3 instrumentos de trabajo: European Organization for Research and Treatment of Cancer - Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ30), Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT-G) y Social Support Questionnaire (SSQ), con una duración de 25-30 minutos aproximadamente. Para la recolección de información se desarrolló una base de datos electrónica en un software estadístico, finalmente se procedió a la elaboración de resultados y conclusiones. Actualmente los participantes continúan su atención en los servicios de Oncología, Clínica de Dolor, Psico-oncología, Medicina de Enlace y Cuidados Paliativos del CUCC.

## **5.7 Instrumentos de trabajo.**

**A. Ficha sociodemográfica.** Incluye las variables independientes de género, edad, estado civil, lugar de residencia, escolaridad, actividad económica, (variables de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI [62]), religión (de acuerdo al censo del INEGI sobre La diversidad religiosa en México XII Censo General de Población y Vivienda 2000 [63]), nivel socioeconómico de acuerdo al salario mínimo mensual en pesos mexicanos (de acuerdo a la Comisión Nacional de Salario Mínimo 2014, CONASAMI [64]), soporte familiar y diagnóstico oncológico (de acuerdo a categorización diagnóstica por CIE-10 [65]). **Anexo**

### **9.2.6.**

**B. European Organization for Research and Treatment of Cancer - Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ30).** En la actualidad es uno de los cuestionarios más utilizados en los ensayos clínicos a nivel internacional como instrumento de medida para CV en pacientes oncológicos y se ha complementado con módulos específicos para cada tratamiento o tumor, ha sido validada en 81 idiomas, incluyendo el español, es auto-aplicable, con una duración aproximada en su aplicación de 10 minutos, consta de 30 ítems, subdivididos en 5 escalas funcionales: física, profesional, emocional, social y cognitiva, 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas/vómitos), una escala global de salud/calidad de vida, y un número de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales y el impacto económico. La interpretación se obtiene mediante el cálculo del promedio, obteniendo puntuaciones que oscilan entre 0

y 100; a mayor puntaje representa un nivel superior de CV. La escala total presenta un alfa de Cronbach de 0,89 y una fiabilidad: test-retest 0.85. La fiabilidad de la herramienta se determinó por medición de la consistencia interna, expresada por coeficientes alfa de Cronbach, que oscilan entre .68 y .80 para la escala total. Mientras que para las subescalas o índices fueron los siguientes: físico (.52-.88), rol (.73-.90), emocional (.51-.73), cognitiva (.68-.86), social (.82-.89), global (.77-.89), fatiga (.50-.86), náuseas (.76-.89) y para la subescala dolor (.55-.88) [66]. **Anexo 9.2.1 y 9.2.2.**

**C. Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT-G) Versión 4.** Creado por el PhD. David Cella, Presidente del Departamento de Ciencias Médicas Sociales y Director del Centro de Resultados Centrados en el Paciente, del Instituto de Medicina y Salud Pública, Chicago, E.U.A., en 1993, es un instrumento básico en la evaluación funcional de la enfermedad crónica, originalmente validado en una población general de cáncer, disponible en diversos idiomas, como el español. Es una escala auto-aplicable, con un tiempo de duración 5-10 minutos, consta de 27 ítems, con 4 categorías que incluye aspecto: físico, social / familiar, emocional y bienestar funcional. Es una escala de cinco puntos desde 0 (nada) a 4 (muchísimo). El alfa de Cronbach para la escala total es de 0,89 y que para las subescalas de 0,78 hasta 0,90 [67]. **Anexo 9.2.3 y 9.2.4.**

**D. Social Support Questionnaire (SQS).** Creado por el PhD Irwing G. Sarason et al., en 1983, diseñado para cuantificar la disponibilidad y la satisfacción del apoyo social. Es una escala autoadministrada, con un tiempo

aproximado de 10 minutos, consta de 27 ítems, que evalúan: número de personas y grado de satisfacción percibido. El alfa de Cronbach para la confiabilidad interna es de 0,97. Las correlaciones inter-elementos de las puntuaciones de satisfacción varían de 0,21 a 0,74, y el coeficiente alfa de 0,94. Se han obtenido correlaciones test-retest de 0,90 para las puntuaciones numéricas globales y las puntuaciones de satisfacción de 0,83 [68]. **Anexo**

### **9.2.5**

### **5.8 Cálculo del tamaño de la muestra.**

Se consideró en base al censo obtenido de la población de pacientes que acude activamente a la consulta externa del CUCC, mediante un muestreo incidental se obtuvo un total de 150 observaciones.

### **5.9 Variables.**

- A. **Variables Independientes:** edad, género, estado civil, lugar de residencia, escolaridad, religión, actividad económica, nivel económico, soporte familiar, diagnóstico.
- B. **Variable Dependiente:** Calidad de vida
- C. **Variable Interviniente:** Grado de satisfacción del soporte Social.

Ver **Tabla 10.1.**

## 5.10 Análisis estadístico.

### A. Métodos estadísticos.

El análisis estadístico, tanto descriptivo como inferencial, se efectuó con el paquete computacional SPSS, versión 20.

Las variables categóricas se obtuvieron por frecuencias absolutas, proporciones y porcentajes. Mientras que en las variables numéricas y/o continuas se calcularon medidas de centralidad, de variabilidad y posicionamiento. Los parámetros en estudio se estimaron puntualmente y por intervalo con un 95% de confianza. La significancia estadística se definió con valor de  $p < 0.05$ .

Para alcanzar los objetivos del estudio y contrastar las hipótesis de interés se realizó la correlación de variables no paramétricas mediante el coeficiente de correlación de Spearman  $\rho$  (rho), para la comparación de las características demográficas de la población (variables independientes) se utilizó el test Mann-Whitney y de Kruskal Wallis. Las variables analizadas se describen en la **Tabla 10.1**.

La prueba de Kolmogorov - Smirnov fue utilizada para comprobar la normalidad de todos los datos continuos.

En el presente análisis, se analizaron los diferentes dominios de las escalas EORTC-QLQ30 y FACT-G y se correlacionaron con la escala SSQ.

De acuerdo con los algoritmos estandarizados de puntuación de EORTC, las puntuaciones de dominio QLQ-C30 se calcularon como el promedio de

respuesta de los diversos elementos, mediante la conversión lineal a una escala que va de 0 a 100.

El algoritmo estándar de puntuación FACT-G se obtuvo al reducir las respuestas de cada componente, después de invertir los elementos seleccionados de tal manera que representa la puntuación más alta una mejor CVRS. Posteriormente, se transformaron linealmente a una escala de 0 a 100 para facilitar la comparación de los cambios entre los dominios comparables del EORTC-QLQC30 y SSQ, así como de FACT-G y SSQ. Para los cuestionarios QLQ-30 y FACT-G, los valores más altos representan un mejor funcionamiento y calidad de vida.

En relación a la escala SSQ, se obtuvieron dos puntuaciones, la primera representan el promedio de los valores correspondientes al número de personas que brindan apoyo social y la segunda el grado de satisfacción percibido, para ambos, los valores más altos representan una mejor calidad en el soporte social, con mayor número de cuidadores y con un mayor grado de satisfacción con los mismos.

El test Mann-Whitney se utilizó para evaluar la relación entre las diferentes puntuaciones de los subíndices. Debido a múltiples pruebas, una diferencia con un valor  $p < 0,05$  fue considerado significativo. En el análisis univariado todas las variables que representan un componente significativo para las escalas de la CVRS fueron probadas en un modelo de regresión logística multivariante, como: la edad, el género, el estado civil, el lugar de residencia, la

escolaridad, la actividad económica, la religión, el nivel económico, el soporte familiar y el diagnóstico, fueron analizados.

### **B. Estadística descriptiva**

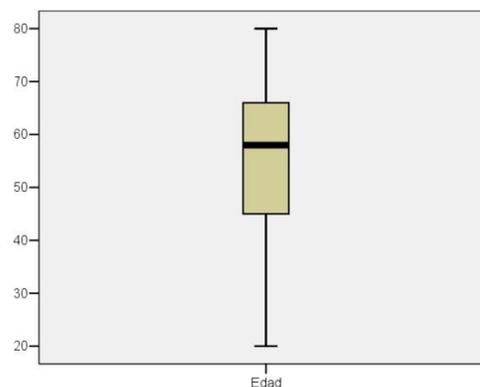
Las siguientes estadísticas descriptivas fueron calculadas las puntuaciones de cada dominio, y la correlación media inter-ítem entre elementos se tomaron como correlaciones relevantes aquellas mayores a ( $r > .71$ ) de acuerdo a la categorización de Hopkins (2010) y los histogramas se representaron para evaluar el grado de los efectos de techo (preponderancia de las puntuaciones a valor máximo en la escala) [69].

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Descripción de los casos.

El número total de casos incluidos en el estudio fue de 150, de acuerdo a los criterios de exclusión y de eliminación, se excluyeron 17 casos (10.17%). Los rangos de edad oscilaron entre 20 – 80 años, entre un rango de 60 años, con un rango intercuartil de 21, la edad promedio es de 55.62, la media de 58 años, la moda de 58 años, y una desviación estándar de 14.567.

**Figura 2.** Gráfico de caja y bigotes que muestra la distribución por edad.



El análisis descriptivo de las variables sociodemográficas se observa en la tabla 10.5.

En la agrupación de acuerdo al género la gran mayoría fueron mujeres con 122 participantes representando un 81.3% y 18 participantes hombres representando un 18.7%. El estado civil más frecuente se encontró en la categoría de “casado” con 84 casos (56%) y el de menor frecuencia “divorciado” con cinco casos (3.3%).

De acuerdo a estudios como el realizado por Londoño, Juárez, Palacio, et al (2010), demostraron la influencia de las variables sociodemográficas, como el contar con pareja o sin ella, independientemente del estado civil casado, divorciado, en unión libre etc., donde enfatizaron que este tipo de relación posee la característica de íntima, confidencial, empática, tolerante y con altas tasas de disponibilidad, por el afecto asociado a ella, por tal motivo se realizó esta categorización. La categoría “con pareja” reportó la mayor prevalencia con 98 sujetos representado un 65.3% y “sin pareja” 52 sujetos representando un 34.7%.

El lugar de residencia de la población se categorizó en aquellos que viven en Monterrey, Nuevo León (Mty., N.L.) con 62 sujetos (41.3%); representando la mayor parte de la población, otra categoría incluyó aquellos residentes de otros municipios del estado con 63 sujetos (42%) y aquellos que radican en otros estados de la República Mexicana con 25 sujetos (16.7%).

La escolaridad correspondió en su mayoría a la categoría de primaria completa e incompleta con 73 casos (48.6%), lo que representa que casi la mitad de nuestra población cuenta con una escolaridad baja.

La religión en orden de frecuencia predominó la católica 85 casos (83.3%), diferente a la católica 18 casos (12%) y sin religión siete casos (4.7%).

La actividad económica reportada con mayor prevalencia fue la de ama de casa con 86 casos (57.3%) y la de laboralmente activos con 26 casos (17.3%), ver tabla 3.

El nivel económico de acuerdo al salario mínimo mensual percibido en pesos mexicanos se categorizó en cuatro rangos y el que más prevaleció fue de \$5401 o más, con 73 casos (48.7%), posteriormente la categoría de \$3601-5400 con 48 casos (32%), de \$1801-3600 con 23 casos (15.3%), y de \$0-1800 con seis casos (4%).

En el aspecto relacionado al soporte social mencionaron que reciben apoyo de la *familia propia o nuclear* 121 casos (81.7%), los que reciben apoyo de la *familia de origen* (padres, hermanos, abuelos, tíos, entre otros) 23 casos (15.3%) y la categoría que recibe *otros tipos de apoyo* (espiritual, institucional, albergues, casas de asilo) reportó tres casos (2%), al igual que la categoría que mencionó que viven solos con tres casos (2%), siendo en este estudio un 4% de la población detectada con abandono social.

Los diagnósticos oncológicos más prevalentes son neoplasias malignas de mama 58 casos (38.7%), neoplasias malignas de cuello uterino 28 casos (18.7%), neoplasia maligna de ovario cinco casos (3.3%), neoplasia maligna de próstata; testículo; vejiga urinaria y recto-sigmoides reportaron la misma prevalencia con 4 casos cada uno (2.7%) y cáncer de endometrio con tres casos (2%). Ver **Tabla 10.3**.

## **6.2 Estadística descriptiva de las escalas**

### **A. EORTC-QLQ30 y FACT-G**

Los índices que puntuaron con un valor más cercano a 100, representaron las áreas de mejor funcionamiento de los pacientes, los

resultados fueron en orden de frecuencia: la función cognitiva (FC) 92.11 ( $\pm 13.74$ ), la función emocional (EF) 83.22 ( $\pm 18.19$ ), la calidad de vida (IndQol) 83.11 ( $\pm 22.92$ ). Las puntuaciones más bajas obtenidas fueron: náusea y vómito (NV) 17.88 ( $\pm 22.93$ ), disfonía (DY) 11.77 ( $\pm 22.23$ ) y diarrea (DI) 4.88 ( $\pm 12.44$ ), representando las áreas de mayor dificultad en la vida de los pacientes con dolor crónico oncológico. **Tabla 10.4.**

Se correlacionaron los índices y los datos que se obtuvieron con mayor significancia estadística ( $r > 0.71$ ) fueron: el funcionamiento físico con una correlación lineal positiva ( $r = .781$ ) con la función de rol y una correlación lineal negativa ( $r = -.735$ ) con fatiga. Este último ítem tuvo una correlación con otros índices de los cuales en orden de importancia se reportó una correlación lineal negativa alta con la función de rol ( $r = -.728$ ), el estado global de salud ( $r = -.660$ ), con el índice de la función social ( $r = -.646$ ), y la calidad de vida ( $r = -.618$ ), a su vez se obtuvo una asociación lineal positiva moderada ( $r = .634$ ) con el índice de náusea y vómito.

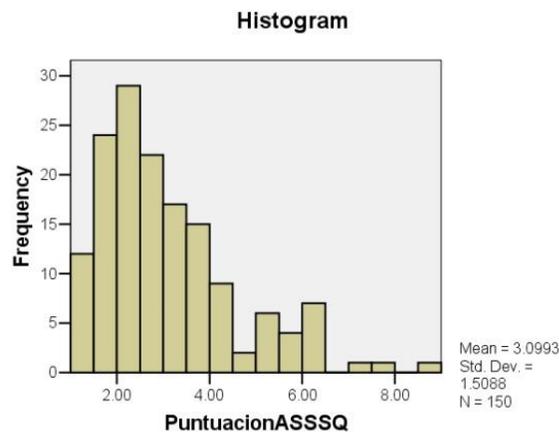
Por otra parte otros índices de interés que reportaron tendencias similares pero moderadamente significativas fueron: el índice de función social con una correlación lineal positiva ( $r = .637$ ) con calidad de vida y una correlación lineal negativa alta ( $r = -.646$ ) con fatiga, al igual la función emocional mostró una correlación positiva ( $r = .580$ ) con calidad de vida y una correlación lineal negativa ( $r = -.553$ ) con fatiga, el dolor mostró una correlación positiva ( $r = .577$ ) con náusea y vómito y una correlación lineal negativa ( $r = -.588$ ) con la función física, el índice del estado global de salud mostró una correlación positiva

( $r=.676$ ) con la función física y el índice de calidad de vida mostró una correlación positiva ( $r=.637$ ) con la función social y una correlación lineal negativa ( $r=-.618$ ) con fatiga. **Tabla 10.5.**

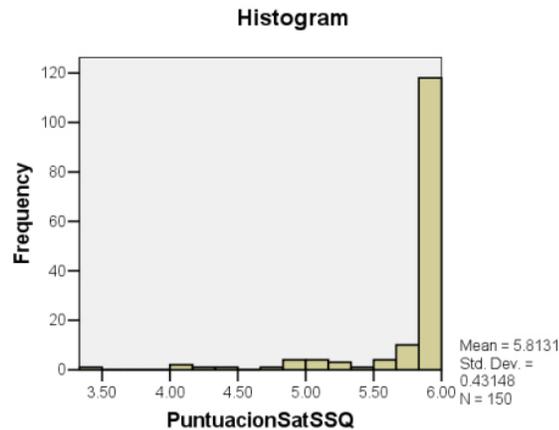
## B. SSQ

En la escala SSQ se obtuvieron dos índices de los cuales el que corresponde al “número total de cuidadores” (PuntuacionASSSQ) obtuvo un promedio de 3.09 ( $\pm 1.05$ ) cuidadores de un máximo de 9 cuidadores que se podían registrar en la escala y el índice de la “satisfacción percibida del soporte social” (PuntuacionSatSSQ) obtuvo un promedio de 5.81 ( $\pm .43$ ) de una puntuación máxima de 6. **Tabla 10.6.**

**Figura 3.** Frecuencias obtenidas (abscisas) en relación al número de cuidadores que constituyen el soporte social.



**Figura 4.** Histograma que muestra la puntuación asignada a la satisfacción del soporte social (abscisas) y la frecuencia de la puntuación (ordenadas).



Se correlacionaron ambos índices mediante el coeficiente de Spearman y se obtuvo una correlación lineal positiva baja de .027, no siendo estadísticamente significativo.

### **C. Correlación de variables: soporte social y calidad de vida**

Se correlacionaron los índices de todos los instrumentos de trabajo, de estos los correspondientes a la evaluación de calidad de vida (EORTC-QLQ30 y FACT-G) son: el estado global de salud (IndGHS) y calidad de vida (IndQoL); que evalúan la percepción subjetiva del paciente de su estado físico y funcionamiento, los síntomas producidos por el cáncer y los efectos adversos del tratamiento entendido como sano la ausencia de enfermedad. Los índices de la función cognitiva (FC), la función emocional (EF), función física (PF), función de rol (RF), función social (SF); que evalúan la funcionalidad del individuo, el índice de fatiga (FA), dolor (PA) y náusea y vómito (NV); que

evalúan los síntomas físicos que tienen mayor repercusión en el grado de discapacidad y dependencia física. Los índices de disfonía (DY), insomnio (SL), pérdida de apetito (AP), constipación (CO) y diarrea (DI) evalúan síntomas adicionales de alta prevalencia en el paciente oncológico. Y el índice de dificultades financieras (FI) evalúa la percepción del estrés en relación al aspecto económico relacionado a los altos costos a los que se somete el paciente como los fármacos quimioterapéuticos, radioterapias, intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, transfusiones, etc. Los índices de la satisfacción percibida del soporte (SatSSQ) y el número de cuidadores (ASSSQ), evalúan el grado de calidad de la red de soporte social, en relación a la experiencia subjetiva de como el paciente vive la atención, cuidado y satisfacción de necesidades tanto afectivas como materiales por sus cuidadores [65-68].

En relación a esto se obtuvieron los siguientes hallazgos: el índice de satisfacción del soporte social obtuvo una correlación lineal alta ( $r=.640$ ) con el índice de calidad de vida, mientras que en el índice de número de cuidadores se obtuvo una correlación baja ( $r=.278$ ). Es decir que para mayor grado de satisfacción percibida del soporte social, está asociado a mejor calidad de vida, independientemente del número de cuidadores.

Y en el índice de calidad de vida se obtuvo una correlación lineal negativa alta ( $r=-.618$ ) con el índice de fatiga, éste último fue el síntoma que resultó con mayor prevalencia y con los más altos valores en la correlación de variables como: función física ( $r=-.735$ ), la función de rol ( $r=-.728$ ), estado global

de salud ( $r=-.660$ ), la función social ( $r=-.646$ ), náusea y vómito ( $r=-.634$ ) y función emocional ( $r=-.553$ ).

El índice de pérdida de apetito se incrementó en este análisis, con una correlación lineal negativa alta ( $r=-.597$ ) con el índice del estado global de salud.

El índice de dificultades financieras reportó una correlación lineal positiva moderada ( $r=.397$ ) con el índice de fatiga, hallazgo adicional a la correlación lineal negativa alta ( $r=-.571$ ) con el índice de funcionamiento social. En el índice del estado global de salud se obtuvo una correlación lineal positiva alta ( $r=.676$ ) con el índice de funcionamiento físico y una correlación lineal negativa alta ( $r=-.660$ ) con el índice de fatiga.

Con base en los resultados del análisis de regresión, la variable del “salario mínimo mensual” no obtuvo un valor estadísticamente significativo con la calidad de vida, mostrando una correlación lineal positiva baja ( $r=.275$ ). Estos resultados se pueden consultar a detalle en la **Tabla 10.5**.

Al igual mediante la correlación de Spearman en la categorización por género, se obtuvo en las mujeres una correlación lineal positiva muy alta ( $r=.708$ ) entre el índice del estado global de salud y el índice de funcionamiento físico, mientras que en los varones se obtuvo una correlación lineal negativa muy alta ( $r=-.798$ ) con el índice del síntoma de fatiga. También en el sexo femenino predominó una correlación lineal positiva muy alta ( $r=.813$ ) entre el índice de funcionamiento físico y el índice de función de rol y una correlación lineal negativa muy alta ( $r=-.741$ ) con el índice del síntoma de fatiga. Entre otras

diferencias en torno al género, en el sexo femenino se observó en el índice de número de cuidadores una correlación lineal positiva moderada ( $r=.300$ ) con el estado global de salud y una correlación lineal negativa baja ( $r=-.242$ ) con el índice de dolor, a diferencia del género masculino donde no se observó esta asociación. Con lo que se demuestra un impacto modesto en la influencia del soporte social en el estado de salud del paciente crónicamente enfermo y el dolor, síntoma predominante en esta población. En ambos géneros el índice de satisfacción del soporte social tuvo una correlación lineal positiva alta ( $r=.684$ ) con el índice de calidad de vida, en el género femenino se incluye además el factor emocional ( $r=.649$ ) y la función social ( $r=.642$ ) no así en el género masculino, con esto se corrobora una vez más el impacto de la red de apoyo en la CVRS. En las mujeres se observó la asociación de una correlación línea positiva alta ( $r=.649$ ) de la función emocional con la calidad de vida y una correlación línea negativa alta ( $r=-.607$ ) con la fatiga, lo que demuestra el impacto del aspecto emocional y de lo favorecedor que serían las intervenciones en esta población. En ambos sexos se demostró una correlación lineal positiva alta entre la función social y la calidad de vida ( $r=.642$ ) para el sexo femenino y ( $r=.643$ ) para el sexo masculino. En el género masculino la edad tuvo una correlación lineal positiva alta ( $r=.608$ ) y el índice de calidad de vida ( $r=.485$ ) con la variable de salario mínimo mensual, no así en mujeres. El índice de dificultades financieras en el sexo femenino mostro una correlación negativa alta ( $r=-.620$ ) con la función social, no siendo así en varones.

En el análisis multivariable con la categorización de acuerdo al estado civil “sin pareja” se obtuvieron las siguientes correlaciones altamente significativas ( $r > .71$ ): el índice de satisfacción del soporte social tuvo una correlación positiva muy alta ( $r = .801$ ) con el índice de calidad de vida, siendo este aspecto moderadamente significativo ( $r = .577$ ) para la “categoría con pareja”.

En el análisis comparativo por género mediante el test de Mann-Whitney se obtuvieron las siguientes diferencias: las mujeres en general obtuvieron promedios más bajos en la mayoría de los índices lo que indica peor funcionamiento que en los varones, sin embargo los ítems con promedios más elevados fueron el estado global de salud (79.2), la calidad de vida (77.36) y el número de cuidadores (79.81) que reportaron mayor diferencia entre género, lo que indica que independientemente de los síntomas físicos la percepción de su estado de salud es influida por otros factores, esto se corrobora con lo reportado previamente en la escala EORTC-QLQ30. A pesar de que en el sexo masculino predominó un número menor de cuidadores (media 2.53) refirieron estar más satisfechos que el sexo femenino (77.73), lo que significa que el número de cuidadores no tiene relación con el grado de satisfacción percibido.

Ver tabla 10.7 en la siguiente página.

**Tabla 10.7.** Promedios obtenidos en el índice del estado global de salud de acuerdo al género.

Índice				
IndGHS (Estado Global de Salud)				
Sexo	Número	Promedio	Mediana	Desviación estándar
<b>0. Femenino</b>	122	71.0383	75	20.41841
<b>1. Masculino</b>	28	60.7143	66.6667	21.85544
<b>Total</b>	150	69.1111	66.6667	21.0098

**Tabla 10.8.** Promedios obtenidos en el índice del número de cuidadores de acuerdo al género.

Índice				
PuntuacionASSSQ (Satisfacción percibida del soporte social)				
Sexo	Número	Promedio	Mediana	Desviación estándar
<b>0. Femenino</b>	122	3.2292	2.8333	1.51237
<b>1. Masculino</b>	28	2.5331	2.2778	1.37975
<b>Total</b>	150	3.0993	2.7037	1.5088

En el análisis comparativo de la categoría “con” y “sin pareja” mediante el test de Mann-Whitney se obtuvieron en general obtuvieron promedios más altos en la categoría “con pareja” y los índices que reportaron mayor diferencia fueron: el de dolor (78.87), fatiga (79.22) y satisfacción con la red de apoyo (79.73). **Tabla 10.9**

**Tabla 10.9.** Promedios obtenidos en la satisfacción percibida del soporte social de acuerdo al estado civil.

Índice				
PuntuacionSatSSQ (Satisfacción percibida del soporte social)				
Estado Civil	Número	Promedio	Mediana	Desviación estándar
<b>0. Sin pareja</b>	52	5.7258	6	0.53618
<b>1. Con pareja</b>	98	5.8594	6	0.35857
<b>Total</b>	150	5.8131	6	0.43148

En la categoría sin pareja se obtuvieron promedios ligeramente elevados en diversos índices siendo el de mayor importancia el índice global de salud (83.7). Ver **Tabla 10.10.**

**Tabla 10.10.** Promedios obtenidos en el estado global de salud de acuerdo al estado civil.

Índice				
IndGHS (Estado global de salud)				
Estado Civil	Número	Promedio	Mediana	Desviación estándar
<b>0. Sin pareja</b>	52	72.4359	83.3333	23.77376
<b>1. Con pareja</b>	98	67.3469	66.6667	19.28243
<b>Total</b>	150	69.1111	66.6667	21.0098

En la correlación mediante el test de Kruskal-Wallis, la variable independiente de lugar de residencia reportó en el índice de función emocional el promedio más elevado de todos los ítems analizados con un promedio de 83.87, donde se observa la influencia que representa vivir cerca o lejos de su institución de salud y los factores psicosociales y ambientales que representa, como el traslado, la disponibilidad de recursos en materia económica y de

transporte, si el enfermo se encuentra limitado físicamente o postrado en silla de ruedas, o en cama, las adversidades del clima, disponibilidad del soporte social, situaciones de urgencia, entre otras [73].

En la correlación de variables independientes mediante el test de Kruskal-Wallis, se encontró que la edad, la escolaridad, el tipo de soporte social y la religión no reportaron datos estadísticamente significativos en relación con el resto de las variables.

## 7. DISCUSION

Este estudio pretende dar evidencia estadística sobre la influencia del soporte social en la calidad de vida de los pacientes crónicamente enfermos y con complicaciones tardías de su enfermedad como el dolor oncológico, las variables que se tomaron en cuenta para valorarlo fueron el número de cuidadores (ASSSQ) y el grado de satisfacción percibida (SatSSQ), y al analizar los resultados de los cuestionarios y correlacionar los ítems se obtuvo que el índice de satisfacción del soporte social si tuvo una correlación significativa con el índice de calidad de vida ( $r=.640$ ) lo que corrobora la hipótesis de este estudio, sin embargo el número de cuidadores no mostró esta asociación, con esto podemos observar que el área del soporte social que influye en la calidad de vida es la satisfacción percibida por el enfermo, independientemente del número de cuidadores, es decir, pueden ser muchas las personas que contribuyen al cuidado del enfermo pero no estar satisfechos con dicha atención, algunos estudios como los realizados por Gila, Sánchez, Gómez, et al (2009) han relacionado un mayor deterioro en la esfera psíquica del cuidador con la prolongación del tiempo desempeñando este rol, con la mayor dependencia de la persona atendida, con la mayor sensación de sobrecarga y con la menor presencia de apoyo social, comunicación parcial de las atenciones hacia el enfermo entre los cuidadores al ser estos excesivos, estar cansados etc. y con respecto a los síntomas físicos prevalece el cansancio, lumbalgia,

cefalea, y algias musculares por parte de los cuidadores, constituyendo estos factores la aparición del denominado síndrome del cuidador [70].

El índice de fatiga fue el más prevalente al reportar correlaciones estadísticamente significativas con 6 índices: el de calidad de vida, el de número de cuidadores, el de función física, el de satisfacción percibida del soporte social, el de función de rol, el de función emocional y función social, donde los 4 últimos corresponden a áreas relacionadas con la salud mental del individuo, con lo que se puede contribuir a la gran importancia de las intervenciones psicoterapéuticas a este nivel y que la fatiga que experimenta el paciente crónicamente enfermo va más allá de síntomas físicos, en contraste con otros estudios donde mencionan que el origen de la fatiga se deriva de las complicaciones propias de la enfermedad [52, 53, 54]. En el análisis de acuerdo al género se observaron otras áreas de gran impacto en correlación con este ítem, en las mujeres la función de rol obtuvo ( $r=-.761$ ), en los hombres la función física fue de ( $r=-.728$ ) y el estado global de salud en ( $r=-.798$ ).

El grado de satisfacción del soporte social se asoció en el análisis de acuerdo al género y tuvo una correlación estadísticamente significativa con el índice de calidad de vida tanto en hombres ( $r=.643$ ) y mujeres ( $r=.684$ ), y en el género femenino se incluyó además el factor emocional ( $r=.649$ ) y la función social ( $r=.642$ ), lo que respalda la hipótesis de este estudio al aportar datos cuantitativos que comprueban el impacto del soporte social no solo en la calidad de vida, sino también en la salud mental y esfera social, estudios previos mencionan el impacto en relación al tamaño y densidad de la red de soporte

social, por la proporción de lazos entre los miembros y las relaciones que existen entre ellos, haciendo referencia a la capacidad receptiva de la red y capaz de recibir influencias exteriores, lo que conduciría a la ampliación de la misma y evitaría el cansancio entre los miembros, al contrario de una red cerrada e impermeable a estas aperturas [72]. Sin embargo existen pocos estudios que brindan interés hacia las características cualitativas del soporte social, tal vez por las dificultades estadísticas para poder valorarlo, esto incluiría la valencia emocional implícita en él, por ejemplo: si el apoyo es efectivo y proporciona sostén, si éste es cálido, amistoso, íntimo, confidencial, empático, tolerante, alegre, consolador o bien sus opuestos (destrutivo, apático, periférico, intolerante, con tendencia hacia conductas de maltrato, abuso, violencia física o verbal), o mezcla de ellos (ambivalente) [73].

En el género masculino influyeron otras variables en la calidad de vida, como la edad ( $r=.608$ ) y con la variable de salario mínimo mensual ( $r=.485$ ). estos factores se han descrito en estudios descritos por Osorio (2011) y Tavares (2012) donde han estudiado ampliamente la CVRS en los adultos mayores crónicamente enfermos y la asociación de mayor edad con mayores complicaciones y dependencia física [74, 75] y en relación a cuestión económica Sánchez (2009) realizó un estudio en México donde observó la asociación de los costos en el tratamiento en mujeres con cáncer de mama y la estatus socioeconómico para poder solventarlo, encontrando mayor mortalidad en quienes tenían menos ingresos económicos y mayor edad principalmente por las cuestiones socioculturales que dificultan la apertura de empelo del

adulto mayor y más aun crónicamente enfermo [76]. Sin embargo existen escasos registros de estas dos variables (edad y salario mínimo mensual) en relación al género, en nuestro país la influencia de estatus socioeconómico y el papel que juega el hombre y la mujer en nuestra sociedad, Larrañaga, Bacigalupe, Begiristáin, et al (2008) mencionaron la importancia los diferentes estados de vulnerabilidad de acuerdo con el rol social, cultural y el nivel de protección que la sociedad les brinda, donde las mujeres se encuentran vulnerables por su relativamente bajo nivel educativo, poca participación en actividades económicas a lo largo de su vida, tienden más a vivir sin una pareja que los hombres, y por tanto la falta de la pareja durante la vejez y lo que ésta puede representar como la pérdida de protección y sostén familiar económico [77]. Dicha vulnerabilidad por la falta de pareja se observa sobre todo en países en desarrollo, donde la participación de las mujeres ancianas en la vida social y económica ha sido sumamente limitada, y su rol social depende, en gran medida, de su situación como hija, esposa o madre a lo largo de su vida. Para los hombres, la trayectoria de vida en general se resume como de alta participación en actividades económicas, con un rol de promovedor activo, relativamente poca interacción con una red social y familiar, y poca familiaridad con el sistema de salud, aunado al bajo número de sujetos hombres del estudio [78].

Cuidar afecta negativamente a la salud de quienes proveen el cuidado, pero entraña mayores riesgos para las mujeres por la mayor carga de trabajo que deben asumir y prevalecen en mayor media como el rol de cuidadores que

los varones [79]. Estas dos trayectorias implican una problemática diferente para ambos sexos, por lo que las acciones públicas deben dirigirse a hombres y mujeres con énfasis diferentes y desde el papel a nivel del sector salud y gubernamental implementar nuevos programas para favorecer una óptima expansión de la disponibilidad de recursos humanos y terapéuticos para disminuir muertes evitables ante la falta de cobertura económica en nuestra población.

De acuerdo al estado civil sin pareja, el índice de satisfacción del soporte social tuvo una correlación positiva alta ( $r=.801$ ) con el índice de calidad de vida, lo que pudiera explicar la gran importancia de la red de apoyo en este grupo. Este resultado puede ser reflejo del impacto del estado emocional y las condiciones psicológicas en la calidad de vida en una mujer sin pareja, ya en promedio las mujeres viven más años que los hombres, tienden a formar uniones con hombres de mayor edad que ellas y tienden en menor medida que los varones a formar nuevas uniones en casos de viudez, separación o divorcio, por ello durante la vejez, más mujeres que hombres se encuentran sin pareja, lo que las coloca en una situación vulnerable, tanto desde el punto de vista económico como social [78,79].

En el análisis comparativo de Mann-Whitney en la categoría “con pareja” se obtuvieron promedios altos en los índices de fatiga, dolor y satisfacción con la red de apoyo, lo que indica que en este grupo existe mejor funcionamiento en estas variables, siendo una de ellas de gran importancia en la calidad de vida:

la fatiga, esto se puede explicar por la influencia de un tipo de red adicional en este grupo a diferencia que sin ella.

Entre las variables que no resultaron estadísticamente significativas se encontraron, la edad, el lugar de residencia, escolaridad, tipo de soporte social, y religión.

El dolor no representó una estadística significativa para la calidad de vida ni para el resto de las variables analizadas, esto puede explicarse por la influencia de otros factores, como la respuesta y apego a tratamiento, y otras variables que repercuten en el cuidado y cumplimiento de las demandas del enfermo.

## 8. CONCLUSIONES

De la investigación realizada se puede concluir que la CVRS está directamente asociada a la satisfacción percibida con el apoyo social independientemente del número de cuidadores que posea, no existiendo relación entre el tamaño de la red con la satisfacción de la misma, como se ha descrito en literatura previa, donde intervienen otros factores como la disponibilidad y grado de vinculación, mejorando la sobrecarga del cuidador [80].

El índice de mayor impacto en relación a la calidad de vida fue la fatiga, asociado además a 6 ítems, como el número de cuidadores, satisfacción percibida del soporte social, función física, función de rol, función emocional y función social, este estudio atribuye al factor emocional como el principal influyente en la fatiga del paciente crónicamente enfermo, más allá de factores físicos.

De la investigación realizada se puede concluir que la CVRS está directamente asociada al apoyo informal y emocional. Los pacientes con pareja presentan una mejor CV que aquellos que no lo poseen y la mejoría en otras áreas como fatiga, dolor y satisfacción de la red de apoyo. Siendo un factor protector el estado civil “con pareja”.

Otros índices que no mostraron correlación significativa para este estudio fueron el índice de dolor, salario, edad, escolaridad, lugar de residencia, escolaridad, religión, y tipo de red de apoyo social, factores que a su vez se

determinan por otros que valdría la pena continuar el líneas futuras de investigación y poder contribuir con hipótesis que intervengan a favor de la calidad de vida del paciente crónicamente enfermo y paliar de manera más efectiva su sintomatología tanto en el nivel físico, mental y social.

Es importante efectuar acciones directas, integrales y organizadas, creando redes de apoyo entre el personal de enfermería, personal administrativo y profesionales de salud mental, permitiendo la pronta atención y mejorar la alianza con los familiares del paciente crónicamente enfermo.

Con la presente investigación pretendemos dar evidencia de la importancia de las relaciones interpersonales, que son por definición protectoras de los posibles efectos negativos del estrés individual y familiar. Ante el cáncer y enfermedades crónicas se propone la necesidad de métodos psicométricos y estadísticos para observar “la percepción subjetiva de la salud” de los enfermos. Del mismo modo se propone facilitar el afrontamiento médico integral y del soporte social del paciente desde un enfoque biopsicosocial que implique un menor gasto económico, personal, físico y mental que atañe a todas las redes de soporte social involucradas, en nuestro caso, al enfermo y a sus familiares, y a nosotros el personal médico y de salud mental institucional y comunitario.

## **9. ANEXOS**

## 9.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

### Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" UANL

#### CONSENTIMIENTO PARA SER UNA SUJETO EN LA INVESTIGACIÓN

*Este documento se presenta de conformidad con el artículo 100 Sección IV de la Ley General de Salud en vigor con la última modificación del mismo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de junio del 2005. El consentimiento informado por escrito debe ser obtenido de la sujeto en quien se llevará a cabo la investigación, o de su representante legal en el caso de incapacidad legal de la sujeto, una vez que hayan sido informados de los objetivos de la investigación y de las posibles consecuencias positivas o negativas que podría tener para su salud.*

*Esta forma de consentimiento describe el estudio de investigación y su papel como participante. Por favor lea este formulario cuidadosamente. No dude en hacer cualquier pregunta con respecto a la información proporcionada. Esto debería estimular sus preguntas. Su médico, enfermera, o una persona del equipo le describirá el estudio y responderá a sus preguntas.*

---

#### 1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

**DOLOR CRÓNICO ONCOLÓGICO: RED DE APOYO Y CALIDAD DE VIDA**

*Se le pide participar en un estudio de investigación. Antes de dar su consentimiento para ser voluntario, es importante que lea la siguiente información y hacer tantas preguntas como sea necesario para asegurarse de que entiende lo que se le pide que haga.*

---

DCORACV

Forma de Consentimiento de Investigación

Mázo 2014

Iniciales del Participante: \_\_\_\_\_

SUB-DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN



COMITÉ DE ÉTICA  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

IG\_ICF\_basico\_ejm\_ver2011\_03\_19092011

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA | JEFATURA**  
Av. Francisco I. Madero Pte. y Av. Gonzalitos, Col. Mitras Centro, C.P. 64460  
Monterrey, Nuevo León, México | Tel.: (81) 8348.0585 y 86, Fax: (81) 8348.3985  
www.psiquiatria-hu.com | www.medicina.uanl.mx



DEPARTAMENTO PSIQUIATRIA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO, U.A.N.L.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"  
UANL

2.- LOS INVESTIGADORES

1. Dra. med. Adelina Alcorta Garza. Tutora de tesis. Jefe de Departamento de Psiquiatría
2. Lic. Olga Damaris Gutiérrez Hernández. Profesor del Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Co-tutora de tesis
3. Dr. Juan Francisco González Guerrero. Jefe del Departamento de Oncología. Co-tutor de tesis.
4. Dra. Edith Arianne Estrada Chavarría. Investigador a cargo. Residente de cuarto año de Psiquiatría.

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León.  
Avenida Francisco I. Madero y Avenida Gonzalitos, sin número, Colonia Mitras Centro. Teléfono 8183464715

3.- INTRODUCCIÓN

Existe evidencia de que el estrés psicosocial precipita un amplio espectro de enfermedades que tienen gran importancia para la salud física y mental. Tomando en cuenta que al tener interacciones sociales positivas en los pacientes, se obtiene un papel relevante y favorece el control a la respuesta al estrés, además la influencia de una conducta prosocial es también un modelo de protección para el curso y evolución de la enfermedad.

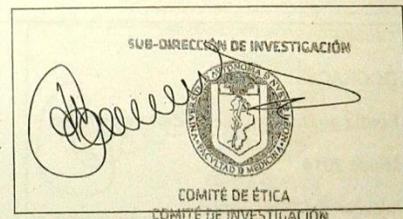
El apoyo social se refieren a los mecanismos a través de los cuales las relaciones interpersonales protegen a la personas de los posibles efectos negativos del estrés, el cáncer se ha convertido en un estresor más que requiere el de aquellas estrategias adecuadas para hacerle frente, (Ibañez1988), aunado

DCORACV

Forma de Consentimiento de Investigación

Marzo 2014

Iniciales del Participante: \_\_\_\_\_



IG\_ICF\_basico\_ejm\_ver2011\_03\_19092011

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA | JEFATURA

Av. Francisco I. Madero Pte. y Av. Gonzalitos, Col. Mitras Centro, C.P. 64460  
Monterrey, Nuevo León, México | Tel.: (81) 8348.0585 y 86, Fax: (81) 8348.3985  
www.psiquiatria-hu.com | www.medicina.uanl.mx





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"  
UANL

a esto las complicaciones que por sí mismo conlleva esta entidad, en especial una de ellas, el dolor crónico oncológico, que aparece en estadios avanzados y complicados de la enfermedad (Osorio 2008). En este sentido, el apoyo social se convierte en un arma importante de adaptación, tal y como parecía hacerlo frente a otros eventos amenazantes. Diferentes autores han descrito los problemas interpersonales derivados de la enfermedad oncológica. Estos problemas se reflejan en dificultades de comunicación entre el paciente y el staff médico, problemas en las relaciones familiares y sociales. En gran medida los problemas de comunicación parecen ser los más frecuentes en los enfermos de cáncer. En un estudio realizado a un grupo de pacientes con cáncer de mama, pulmón y sarcoma, se pidió que señalaran de una lista de 100 problemas, aquellos que hubieran experimentado, de los 20 problemas más frecuentes, 7 de ellos se referían a aspectos interpersonales, por ejemplo "la gente te trata diferente cuando sabe que has tenido cáncer", "dificultades para hablar de cáncer con los amigos" o "problemas para hablar con la familia sobre futuro" (Gordon, Fridenberg, Diller 1991). Esta contradicción que provocan por sí mismos los propios pacientes, dificulta la provisión de apoyo social precisamente en aquellos momentos en que es más necesario, esto ha llevado al análisis y aplicación de programas de intervención que intentan suministrar por medio de redes de apoyo social artificial aquel que debería provenir de las redes naturales, o en el mejor de los casos, hacer frente a los problemas de comunicación surgidos a raíz de la enfermedad, intentando que las redes de apoyo social natural vuelvan a funcionar eficazmente. Uno de los medios más conocidos por los que se ha intentado ofrecer apoyo social a los pacientes de cáncer han sido los denominados "grupos de apoyo social" (Katz y Bender 1976) estos grupos pueden incluir a algún profesional en materia de salud, médico, psicólogo o asistente social, bien como iniciador y organizador del grupo o como asesor continuo, a diferencia de los grupos de autoayuda que no incluyen la participación de ningún profesional entrenado una vez que el grupo se establece, estos grupos no solo se han centrado en pacientes oncológicos, si no

DCORACV

Forma de Consentimiento de Investigación

Marzo 2014

Iniciales del Participante: \_\_\_\_\_



IG\_ICF\_basico\_ejm\_ver2011\_03\_19092011

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA | JEFATURA  
Av. Francisco I. Madero Pte. y Av. Gonzalitos, Col. Mitras Centro, C.P. 64460  
Monterrey, Nuevo León, México | Tel.: (81) 8348.0585 y 86, Fax: (81) 8348.3985  
www.psiquiatria-hu.com | www.medicina.uanl.mx





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

### Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" UANL

en diversas poblaciones o problemáticas, como geriatría, obesidad, alcoholismo (Litchman1996). Estrategias encaminadas a dar un enfoque multidisciplinario al tratamiento de este tipo de pacientes, y con ello contribuir a una mejor calidad de vida.

#### 4.- OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio está diseñado para evaluar a los pacientes atendidos en consulta externa del Departamento de Oncología, Unidad de Algología, valorar su calidad de vida y red de apoyo social.

Los datos de esta investigación serán utilizados para determinar el tipo de red de apoyo en estos pacientes: de acuerdo a sus características socio demográficas tales como sexo, grupo etario, religión, escolaridad, lugar de origen y nivel socioeconómico, identificar áreas de riesgo de abandono social y casos con abandono ya establecido, conocer las variables que afectan la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico oncológico e influencia de la satisfacción en la atención en los resultados.

Los resultados contribuyen a evaluar de manera multiaxial a los pacientes con dolor crónico oncológico y así determinar los factores que contribuyan a una mejor calidad de vida y de este modo, nos permita emplear nuevas estrategias diagnósticas y terapéuticas, encaminadas a favorecer la calidad de vida de nuestros pacientes, mayor adherencia y respuesta al tratamiento, de este modo, se podría diseñar una amplia variedad de programas de intervención, con los que se podría satisfacer las demandas individuales de las diferentes poblaciones.

#### 5.- PROCEDIMIENTOS

DCORACV

Forma de Consentimiento de Investigación

Marzo 2014

Iniciales del Participante: \_\_\_\_\_



IG\_ICF\_basico\_ejm\_ver2011\_03\_19092011

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA | JEFATURA

Av. Francisco I. Madero Pte. y Av. Gonzalitos, Col. Mitras Centro, C.P. 64460  
Monterrey, Nuevo León, México | Tel.: (81) 8348.0585 y 86, Fax: (81) 8348.3985  
www.psiquiatria-hu.com | www.medicina.uanl.mx





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"  
UANL

Si usted se ofrece como voluntario para participar en este estudio, se le pedirá que acuda a cuatro entrevistas programadas, en donde se le realizará un interrogatorio, como a su red de apoyo social (independientemente del parentesco), así como la realización de cuestionarios autoaplicables.

Su participación tendrá una duración aproximada de 2 entrevistas de una duración de 2 horas, mismas que se llevarán a cabo dentro de una semana, la organización del horario es personalizada de acuerdo a la disponibilidad y limitaciones físicas de cada paciente en particular, en un horario matutino o vespertino. Consta de una entrevista al paciente y a la red de apoyo, así como la aplicación de test y cuestionarios autoaplicables a ambos.

6.- ENTRE LOS POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS

No existen riesgos previsible asociados con el estudio, sin embargo, pacientes que por su condición clínica no pudieron cooperar para la evaluación o que en el momento de la evaluación no puedan tolerar la entrevista, por un cuadro agudo orgánico o psiquiátrico. Reiterando el derecho del paciente a dejar de participar, temporal o permanente en el estudio, informando dicha decisión al investigador a cargo.

7.- LOS BENEFICIOS POTENCIALES DE LA INVESTIGACIÓN/JUSTIFICACION

Diseñar una amplia variedad de programas de intervención, con los que se pueda satisfacer las demandas individuales de las diferentes poblaciones, principalmente aquellas que se detecten con abandono social o con una

DCORACV  
Forma de Consentimiento de Investigación  
Marzo 2014  
Iniciales del Participante: \_\_\_\_\_



IG\_ICF\_basico\_ejm\_ver2011\_03\_19092011

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA | JEFATURA  
Av. Francisco I. Madero Pte. y Av. Gonzalitos, Col. Mitrás Centro, C.P. 64460  
Monterrey, Nuevo León, México | Tel.: (81) 8348.0585 y 86, Fax: (81) 8348.3985  
www.psiquiatria-hu.com | www.medicina.uanl.mx





**UANL**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"  
UANL

deficiente red de apoyo social. Y de este modo contribuir a una mejor calidad de vida en los pacientes con dolor crónico oncológico.

**8.- CONFIDENCIALIDAD Y ALMACENAMIENTO DE DATOS**

Para fines de confidencialidad se omitirá la identidad de los individuos involucrados, la información se almacenará en software para fines estadísticos y para mayor agilidad en el procesamiento de la información, así como un expediente clínico, material al que tendrán acceso el director del estudio; Dra. med. Adelina Alcorta Garza, codirectores Lic. Olga Damaris Gutiérrez Hernández y Dr. Juan Francisco González Guerrero, así como el investigador a cargo, Dra. Edith Arianne Estrada Chavarría, dicha información será almacenada por un tiempo no mínimo de 3 años una vez finalizado el estudio.

**9.- PARTICIPACIÓN EN EL RETIRO**

Su participación en este estudio es voluntaria. Como participante, usted puede negarse a participar en cualquier momento, de ser así, favor de contactar al médico a cargo, Dra. Edith Arianne Estrada Chavarría, al teléfono 83480585 extensión 290. Ya que los datos recabados permanecerán en el anonimato, una vez finalizada la obtención de datos, el paciente no podrá, retirarse del estudio.

**10.- LAS PREGUNTAS SOBRE LA INVESTIGACIÓN**

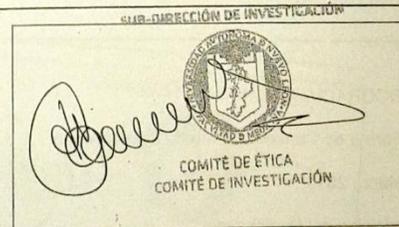
Si usted tiene alguna pregunta acerca de la investigación, favor de comunicarse con la Dra. Edith Arianne Estrada Chavarría, teléfono 83480585 extensión 290.

DCORACV

Forma de Consentimiento de Investigación

Marzo 2014

Iniciales del Participante: \_\_\_\_\_



IG\_ICF\_basico\_ejm\_ver2011\_03\_19092011

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA | JEFATURA**

Av. Francisco I. Madero Pte. y Av. Gonzalitos, Col. Mitras Centro, C.P. 64460  
Monterrey, Nuevo León, México | Tel.: (81) 8348.0585 y 86, Fax: (81) 8348.3985  
www.psiquiatria-hu.com | www.medicina.uanl.mx





**UANL**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"  
UANL

**11.- EN EL CASO DE LESIÓN**

No aplica.

**12.- COSTOS:**

Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" Universidad Autónoma de Nuevo León.

**13.- INCENTIVOS PARA PARTICIPAR**

Este estudio no ofrece incentivos de ninguna índole.

**14. GRABACIÓN DE AUDIO O VÍDEO**

Este estudio en ningún caso, requerirá de grabación de audio o video.

**15 LAS RAZONES PARA LA EXCLUSIÓN DE ESTE ESTUDIO**

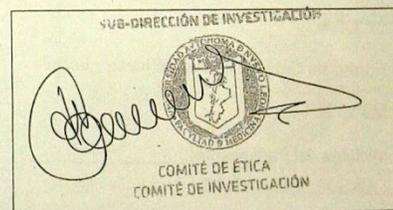
Pacientes cuyo funcionamiento cognitivo impida responder a los instrumentos

DCORACV

Forma de Consentimiento de Investigación

Marzo 2014

Iniciales del Participante: \_\_\_\_\_



IG\_ICF\_basico\_ejm\_ver2011\_03\_19092011

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA | JEFATURA**

Av. Francisco I. Madero Pte. y Av. Gonzalitos, Col. Mitras Centro, C.P. 64460

Monterrey, Nuevo León, México | Tel.: (81) 8348.0585 y 86, Fax: (81) 8348.3985

www.psiquiatria-hu.com | www.medicina.uanl.mx





# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

## Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" UANL

*Este proyecto ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética y el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina y del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la Universidad de Autónoma de Nuevo León. Si usted cree que hay alguna violación a sus derechos como sujeto de investigación, puede comunicarse con el Presidente del Comité,*

*Dr. José Gerardo Garza Leal  
Presidente del Comité de Ética  
Teléfono de Contacto: 8329-4050 ext 2870-74*

*Se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas a su satisfacción. Si firma abajo indica que está de acuerdo para participar como voluntario en este estudio de investigación.*

DCORACV

Forma de Consentimiento de Investigación

Marzo 2014

Iniciales del Participante: \_\_\_\_\_



IG\_ICF\_basico\_ejm\_ver2011\_03\_19092011

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA | JEFATURA**  
Av. Francisco I. Madero Pte. y Av. Gonzálitos, Col. Mitras Centro, C.P. 64460  
Monterrey, Nuevo León, México | Tel.: (81) 8348.0585 y 86, Fax: (81) 8348.3985  
www.psiquiatria-hu.com | www.medicina.uanl.mx





Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
UANL

PARTE 2: FIRMAS QUE DOCUMENTAN EL ACUERDO

16.- ACUERDO

Su consentimiento para participar en la investigación será voluntario e informado. Si usted está de acuerdo en participar y si sus preguntas han sido contestadas a su entera satisfacción, usted deberá firmar esta forma. Una vez firmada la forma, usted está de acuerdo en participar en este estudio. En caso de que usted se rehúse a participar, usted podrá retirarse sin pérdida de alguno de sus beneficios médicos.

Una vez que usted haya consentido, usted aún tendrá el derecho de retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su atención médica. Para retirarse, lo único que usted deberá hacer es informar a su médico de su decisión.

Se le ha proporcionado una copia de esta forma para quedársela y para que haga referencia a ella cuando sea necesario.

Form fields for signatures and names: Fecha, Firma del Sujeto, Nombre en letra de molde, Firma del Primer Testigo, Relación del Primer Testigo con el Sujeto del Estudio, Dirección, Firma del Segundo Testigo, Relación del Segundo Testigo con el Sujeto del Estudio.

II. ASEGURAMIENTO DEL INVESTIGADOR O DEL MIEMBRO DEL EQUIPO

He discutido lo anterior con esta persona. A mi más leal saber y entender, el sujeto está proporcionando su consentimiento tanto voluntariamente como de una manera informada, y él/ella posee el derecho legal y la capacidad mental suficiente para otorgar este consentimiento.

Form fields for investigator consent: Fecha, Firma de la Persona que Obtuvo el Consentimiento/Investigador Principal, Nombre en letra de molde.

DCORACV

Forma de Consentimiento de Investigación

Marzo 2014

Iniciales del Participante:



IG\_ICF\_basico\_ejm\_ver2011\_03\_19092011







## 9.2.2 FACT - G (Versión 4)

### FACT-G (4ª Versión)

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

<b><u>ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD</u></b>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GP1	Me falta energía.....	0	1	2	3	4
GP2	Tengo náuseas.....	0	1	2	3	4
GP3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia. ....	0	1	2	3	4
GP4	Tengo dolor.....	0	1	2	3	4
GP5	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento .....	0	1	2	3	4
GP6	Me siento enfermo(a).....	0	1	2	3	4
GP7	Tengo que pasar tiempo acostado(a) .....	0	1	2	3	4
<b><u>AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL</u></b>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
G51	Me siento cercano(a) a mis amistades .....	0	1	2	3	4
G52	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia.....	0	1	2	3	4
G53	Recibo apoyo por parte de mis amistades .....	0	1	2	3	4
G54	Mi familia ha aceptado mi enfermedad .....	0	1	2	3	4
G55	Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
G56	Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo).....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla <input type="checkbox"/> y continúe con la siguiente sección.</i>					
G57	Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual.....	0	1	2	3	4

FACT-G (4ª Versión)

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

<b><u>ESTADO EMOCIONAL</u></b>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GE1	Me siento triste .....	0	1	2	3	4
GE2	Estoy satisfecho(a) de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad .....	0	1	2	3	4
GE3	Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad .....	0	1	2	3	4
GE4	Me siento nervioso(a) .....	0	1	2	3	4
GE5	Me preocupa morir .....	0	1	2	3	4
GE6	Me preocupa que mi enfermedad empeore.....	0	1	2	3	4

<b><u>CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL</u></b>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GF1	Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
GF2	Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar) ....	0	1	2	3	4
GF3	Puedo disfrutar de la vida .....	0	1	2	3	4
GF4	He aceptado mi enfermedad .....	0	1	2	3	4
GF5	Duelmo bien .....	0	1	2	3	4
GF6	Disfruto con mis pasatiempos de siempre .....	0	1	2	3	4
GF7	Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual.....	0	1	2	3	4

## 9.2.3 Social Support Questionnaire (SSQ)

*Sarason, I.G., Levine, H.M., Bahsam, R.B., & Sarason, B.R. (1983).  
Assessing social support: The Social Support Questionnaire. Journal  
of Personality and Social Psychology, 44(1), 127-139*

### Cuestionario de apoyo social Social Support Questionnaire SSQ

#### Instrucciones:

Las siguientes preguntas son acerca de las personas que le proporcionan ayuda o apoyo en su vida. Cada pregunta consta de dos partes. En la primera parte, contiene una lista de todas las personas que conoce y con las que puede contar con ayuda o apoyo de la manera descrita, excepto usted mismo. Dar las iniciales de la persona y su relación con usted (vea el ejemplo). No escriba más de una persona al lado de cada uno de los números por debajo de la pregunta.

Para la segunda parte, el círculo que tan satisfecho está usted con el apoyo total que tiene. Si usted no tiene soporte para una pregunta, revise las palabras "nadie", pero aun marque su nivel de satisfacción.

No incluya más de nueve personas por pregunta.

Por favor, conteste todas las preguntas lo mejor que pueda. Todas sus respuestas serán confidenciales.

#### Ejemplo:

¿A quién conoces que le puedas confiar información que podría meterte en problemas?

Nadie	1) T.N. (hermano)	4) T.N. (padre)	7)
	2) L. M. (amigo)	5) L. M. (empleador)	8)
	3) R.S. (amigo)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
-----------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------

1. ¿Con quién puede realmente contar para escucharlo cuando usted necesita hablar?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
-----------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------

2. Con quién puede realmente contar para ayudarle si una persona a la que creía que era un buen amigo lo insultó y le dijo que él / ella no quería volver a verlo?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------

3. ¿De quién siente que usted es una parte importante en su vida?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------

4. ¿Quién cree que le ayudaría si usted estuviera casado y acabara de separarse de su cónyuge?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------

5. ¿Con quiénes podría realmente contar para ayudarlo a salir de una situación de crisis, a pesar de que tendrían que hacer todo lo fuera posible para ello?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------

6. Con quién puede hablar con franqueza, sin tener que vigilar lo que dice?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------

7. ¿Quién le ayuda a sentir que realmente tienen algo positivo que aportar a los demás?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------

8. ¿Con quién puede realmente confiar para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente bajo estrés?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------

9. ¿Con quién puede realmente contar para ser confiable cuando necesita ayuda?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------

10. ¿Con quién podría realmente contar para ayudarlo, si usted acabara de ser despedido de su trabajo o expulsado de la escuela?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------

11. ¿Con quién se puede ser totalmente usted mismo?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------

12. ¿Quién lo hace sentir realmente apreciado como persona?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------

13. ¿Con quién puede realmente contar para darle sugerencias útiles que le ayudarán a evitar cometer errores?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------

14. ¿Con quién puede contar para escucharlo abiertamente y sin criticar sus más íntimos sentimientos?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------

15. ¿Quién te consolará cuando lo necesites mediante un abrazo?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------

16. ¿Quién crees que ayudaría si un buen amigo tuyo tuviera un accidente automovilístico y estuviera hospitalizado en estado grave?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)

3) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho 5 - Bastante satisfecho 4 - Un poco satisfecho 3 - Un poco insatisfecho 2 - Bastante insatisfecho 1 - Muy insatisfecho

17. ¿Con quién puede realmente contar para ayudarlo a sentirse más relajado cuando se está bajo presión o tensión?

Nadie 1) 4) 7)  
2) 5) 8)  
3) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho 5 - Bastante satisfecho 4 - Un poco satisfecho 3 - Un poco insatisfecho 2 - Bastante insatisfecho 1 - Muy insatisfecho

18. ¿Quién siente que le ayudaría si un familiar muy cercano a usted muriera?

Nadie 1) 4) 7)  
2) 5) 8)  
3) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho 5 - Bastante satisfecho 4 - Un poco satisfecho 3 - Un poco insatisfecho 2 - Bastante insatisfecho 1 - Muy insatisfecho

19. ¿Quién lo acepta por completo, incluyendo tanto sus peores y sus mejores características?

Nadie 1) 4) 7)  
2) 5) 8)  
3) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho 5 - Bastante satisfecho 4 - Un poco satisfecho 3 - Un poco insatisfecho 2 - Bastante insatisfecho 1 - Muy insatisfecho

20. ¿Con quién puede realmente contar para cuidar de usted, independientemente de lo que le está pasando?

Nadie 1) 4) 7)  
2) 5) 8)  
3) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho 5 - Bastante satisfecho 4 - Un poco satisfecho 3 - Un poco insatisfecho 2 - Bastante insatisfecho 1 - Muy Insatisfecho

21. ¿Con quién puede realmente contar para escucharlo cuando está muy enojado con alguien más?

Nadie 1) 4) 7)

2) 5) 8)  
3) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho 5 - Bastante satisfecho 4 - Un poco satisfecho 3 - Un poco insatisfecho 2 - Bastante insatisfecho 1 - Muy insatisfecho

22. ¿Con quién puede realmente contar para decirle, de una manera reflexiva, cuando se necesita mejorar de alguna manera?

Nadie 1) 4) 7)  
2) 5) 8)  
3) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho 5 - Bastante satisfecho 4 - Un poco satisfecho 3 - Un poco insatisfecho 2 - Bastante insatisfecho 1 - Muy insatisfecho

23. ¿Con quién puede realmente contar para ayudarle a sentirse mejor cuando se siente generalmente desanimado?

Nadie 1) 4) 7)  
2) 5) 8)  
3) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho 5 - Bastante satisfecho 4 - Un poco satisfecho 3 - Un poco insatisfecho 2 - Bastante insatisfecho 1 - Muy insatisfecho

24. ¿Quién se siente que realmente lo ama profundamente?

Nadie 1) 4) 7)  
2) 5) 8)  
3) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho 5 - Bastante satisfecho 4 - Un poco satisfecho 3 - Un poco insatisfecho 2 - Bastante insatisfecho 1 - Muy insatisfecho

25. ¿Con quién puede contar para consolarlo cuando está muy enojado?

Nadie 1) 4) 7)  
2) 5) 8)  
3) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho 5 - Bastante satisfecho 4 - Un poco satisfecho 3 - Un poco insatisfecho 2 - Bastante insatisfecho 1 - Muy insatisfecho

26. ¿Con quién puede realmente contar para apoyarlo en las decisiones más importantes que hace?

Nadie 1) 4) 7)

2)	5)	8)
3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
-----------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------

27. ¿Con quién puede realmente contar para ayudarlo a sentirse mejor cuando usted está muy irritable, prácticamente enojado por nada?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho?

6 - Muy satisfecho	5 - Bastante satisfecho	4 - Un poco satisfecho	3 - Un poco insatisfecho	2 - Bastante insatisfecho	1 - Muy insatisfecho
-----------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------

Para calificar SSQ:

1. Añada el número total de personas de los 27 ítems. (Máximo es 243).  
Divide por 27 para obtener puntuación por elemento. Esto le dará la Puntuación SSQ o Número SSQN.
2. Las puntuaciones totales de satisfacción para los 27 elementos. (Máximo es 162).  
Divide por 27 para obtener puntuación por elemento. Esto le proporciona puntuación de satisfacción SSQ o SSQS
3. También puede sumar el número total de personas que son los miembros de la familia y que le proporciona la puntuación SSQ.

### 9.2.4 FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
GENERO	0 FEMENINO 1 MASCULINO			
ESTADO CIVIL	0. SOLTERO 1. CASADO	2. UNION LIBRE	3. DIVORCIADO	4. SEPARADO 5. VIUDO
ESCOLARIDAD	0. PRIMARIA COMPLETA 1. PRIMARIA INCOMPLETA	2. SECUNDARIA	3. PREPARATORIA	4. UNIVERSIDAD COMPLETA 5. UNIVERSIDAD INCOMPLETA
RELIGIÓN	0. CATÓLICA 1. DIFERENTE A LA CATÓLICA	2. SIN RELIGIÓN	4. NO ESPECIFICADA	
ACTIVIDAD ECONOMICA	0. ACTIVO 1. DESEMPLEADO	2. AMA DE CASA	3. JUBILANDO	4. ESTUDIANTE
NIVEL ECONOMICO	0. \$0-1800 1. \$1800-3600	2. \$3600-5400	3. MAS \$5400	
LUGAR DE RESIDENCIA	0. MONTERREY, N.L. 1. OTROS MUNICIPIOS DE N.L.	2. OTROS ESTADOS		
SOPORTE FAMILIAR	0. VIVE SOLO 1. FAMILIA PROPIA	2. FAMILIA DE ORIGEN	3. OTROS	

## 10. BIBLIOGRAFIA

1. Jones, BD. (2010). Onchology Cancer Medicine In Comprehensive Medical Terminology, Bellegarde M (ed.), Fourth edition, Delmar Cengage Learning, United States of America, 2010; 923-933. Last access on December 22, 2014. Link: <http://books.google.com.mx/books?id=9HLCRy69heoC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
2. Arcangeli A, Yuan JXJ. American journal of physiology-cell physiology theme: ion channels and transporters in cancer. American Journal of Physiology-Cell Physiology, 2011; 301(2) : C253-C254. DOI: 10.1152/ajpcell.00159.2011.
3. Willis RA. The Spread of Tumors in the Human Body. London, Butterworth, 1952.
4. Dorland. Diccionario enciclopédico de medicina Dorland, Terán E. (ed.), 26ª edición, volumen III, McGraw-Hill / Interamericana de España, 2003. Last access on December 22, 2014.
5. Sánchez MA, Historia de la medicina y humanidades médicas. En Terminología médica, Elsevier Masson, España, 2012; 328.
6. Severcan F, Parvez IH. Diagnosis and Screening of Cancer Tissues by Vibrational Spectroscopy, In Vibrational Spectroscopy in Diagnosis and Screening, IOSS press, Netherlands, 2012; vol. 6, 212-213.
7. Shrivastana N, Kamal S, Varma A. Cancer and Its Biology. In A Textbook of Molecular Biotechnology; 2009, 401.
8. Cross S. Underwood's Pathology: A Clinical Approach, Churchill Livingstone, 6th edition, England; 2013, 183-220.
9. Skuse A. Wombs, Worms and Wolves: Constructing Cancer in Early Modern England. Social History of Medicine, 2014; 27(4) : 632-648.
10. Vallori ÁM. Introducción a las neoplasias y clasificación de las malignas. Cell, 2011; 144(5) : 646-674.
11. "Cancer Fact sheet N°297". World Health Organization. February 2014. Last access on December 22, 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
12. Rogelio Martínez R, Medina EA. Fundamentos de Oncología: Fundamentos de Oncología, 2009, 8-10.
13. American Joint Committee on Cancer. AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer; 2010.
14. Estadificación del cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. Hoja informativa. Consultado el 22 de diciembre 2014
15. Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind Ch. The TNM Classification Of Malignant Tumours 7<sup>th</sup> edition, John Wiley & Sons, United States of America, 2011; 19-25.

16. WHO. Classifications. International Classification of Diseases (ICD). Information Sheet. Consultado el 29/06/2014. <http://www.who.int/classifications/icd/factsheet/en/>
17. Fajardo G, Lamy P, Rodríguez J, Fuentes M, et. al. Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud Incidents' electronic registry system based on the International Classification for the. Revista CONAMED, 2010; 15(1) : 29-36.
18. Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, et. al. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. Salud Pública de México, 2009; 51 : s335-s344.
19. International Agency for Reserch on Cancer (on line). World Health Organization. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Last Access on December 22, 2014. Link [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
20. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathersc C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer. 2010; 127 : 2893-2917.
21. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2011; 61 : 69-90.
22. Martel C, Ferlay J, Franceschi S, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. The Lancet Oncology 2012; 13 : 607-615.
23. Sosa EE, García FM. Panorama epidemiológico del cáncer en México. Revista mexicana de anestesiología. Anestesiología en Oncología, 2013; 36 (1) : S130-S132
24. Fernández CS, León AG, Herrera TM, Salazar SE, Sánchez DM, Alcalá OR, et al. Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México. SINAIS, SINAVE, DGE, SALUD, editorial Secretaría de Salud, Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, Dirección general de epidemiología; 2011 : 73 – 97.
25. Sosa EE, García FM. Dirección General de Epidemiología (DGE). Base de datos del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas 2006 (RHNM). Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE): Secretaría de Salud. México. Last Access on December 22, 2014. Link [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx).
26. Muñoz JC, Martín MP, Nuñez, MP, Espadas MJ, Pérez S, Cinjordis P, Huertas MP. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. Enfermería intensiva, 2012; 23(3) : 104-114.
27. Merskey H. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions. Pain. 1986; S-3: 345-356
28. IASP-subcommittee on Taxonomy. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2002;1-36.
29. Fillingim RB, King CD, Ribeiro MC, Rahim B and Riley JL. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. The Journal of Pain, 2009; 10(5) : 447-485.

30. Brogan S, Fine PG. Chronic Cancer Pain, In Expert Decision Making on Opioid Treatment, Ballantyne JC and Tauben DJ (ed.), Oxford University Press, United States of America, 2013; 71-77
31. Haugen DF, Hjermsstad MJ, Hagen N, Caraceni A and Kaasa S. Assessment and classification of cancer breakthrough pain: a systematic literature review. *Pain*, 2010; 149(3) : 476-482.
32. Knudsen AK, Aass N, Fainsinger R, Caraceni A, Klepstad P, et al. Classification of pain in cancer patients—a systematic literature review. *Palliative medicine*; 2009.
33. Hjermsstad MJ, Fainsinger R, Kaasa S and European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Assessment and classification of cancer pain. *Current opinion in supportive and palliative care*, 2009; 3(1) : 24-30.
34. Reyes D, Guillén R, Alcázar R, Santiago MA, Ortiz JG, et al. Epidemiología del dolor por cáncer. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 2011; 18 : 118-134.
35. Reyes D. Dolor agudo en paciente con cáncer. *Rev. Mex Anest* 2005; 28(1) : 175-176.
36. Aguilar JL, Peláez R, Esteve N and Fernández S. *Rev Soc Esp Dolor*, 2009; 16(1) : 4-6.
37. Fairchild A. Under-treatment of cancer pain. *Current opinion in supportive and palliative care*, 2010; 4(1) : 11-15.
38. Apolone G, Corli O, Caraceni A, Negri E, Deandrea S, et al. Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group. *British journal of cancer*, 2009; 100(10) : 1566-1574.
39. Foley KM. How well is cancer pain treated?, *Palliative medicine*, 2011; 25(5) : 398-401.
40. Van den Beuken-van MHJ, De Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, Van Kleef M. et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of oncology*, 2007; 18(9) : 1437-1449.
41. Ripamonti CI, Bandieri E, and Roila F. Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of oncology*, 2011; 22(suppl 6) : vi69-vi77.
42. Marcus, D. A. (2011). Epidemiology of cancer pain. *Current pain and headache reports*, 15(4), 231-234.
43. Davis MP, and Walsh D. Epidemiology of cancer pain and factors influencing poor pain control. *American journal of hospice and palliative medicine*, 2004; 21(2) : 137-142.
44. Deandrea S, Corli O, Moschetti I and Apolone G. Managing severe cancer pain: the role of transdermal buprenorphine: a systematic review. *Therapeutics and clinical risk management*, 2009; 5 : 707-708.
45. Plancarte RS, Mille L JE, Mayer RJ. Manejo del dolor por cáncer. *Cir Ciruj*. 2002; 70(5): 356-368
46. Romero J, Plancarte R, Guerrero G. Amezcua C, Liceaga M, Allende S. Prevalencia del dolor por cáncer en una población de pacientes de nuevo ingreso en el Instituto Nacional de Cancerología. *Pain Symptom Manage*, Summer 1988; S3: S571

47. Allende, S, Carvell HC. Mexico: status of cancer and palliative care. J Pain Symp Man 1996;12: 127-129
48. Whizar VM and Ochoa G. Conceptos actuales en dolor por cáncer. Anestesia en México, 2005; 17(1) : 53-69.
49. Jürgens I. Práctica deportiva y percepción de calidad de vida sport practice and perception of quality of life, International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport, 2006; 6(22): 62-74.
50. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Revista médica de Chile, 2010; 138(3): 358-365.
51. Urzúa A and Caqueo A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica, 2012; 30(1): 61-71.
52. Vinaccia S, Quiceno JM, Fernández H, Contreras F, Bedoya M, et al. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. Psicología y salud, 2014; 15(2): 207-220.
53. Espinoza M and Valenzuela S. Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica. Revista Cubana de Enfermería, 2011; 27(2): 141-150.
54. Tuesca R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla, Revista Científica Salud Uninorte, 2012, 21.
55. Almagiá EB. Apoyo social, estrés y salud. Psicología y Salud, 2014; 14(2): 237-243.
56. Ávila JH. Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología, 2009; 2(2): 65-73.
57. De Oca VM and de la Concha LM. Las redes sociales como determinantes de la salud, Geriátría, 2013; 166-177.
58. Torrente E, Escarrabill J and Martí T. Impacto de las redes sociales de pacientes en la práctica asistencial. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, 2010; 2(1): 1.
59. Gómez MM and Lagoueyte MI. El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. Avances en Enfermería, 2012; 1(1): 32-41.
60. Gracia E and Herrero J. La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. Revista latinoamericana de psicología, 2006; 38(2): 327-342.
61. Pelcastre BE, Treviño S, González T and Márquez M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México Social support and living conditions in poor elderly people in urban Mexico. Cad. Saúde Pública, 2011; 27(3) : 460-470.
62. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México, 2010 (online). Last access on December 22, 2014; <http://www.inegi.org.mx/>
63. INEGI. La diversidad religiosa en México XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México, 2005.
64. Comisión Nacional de Salario Mínimo 2014, CONASAMI (online). Last access on December 22, 2014.

65. Pan American Health Org, Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 10th (ed), 1995.
66. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Grønvold M, Curran D, et al. EORTC QLQ-C30 scoring manual. European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 2001.
67. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of clinical oncology*, 1993; 11(3): 570-579.
68. Sarason IG, Levine HM, Basham RB and Sarason BR. Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 1983; 44(1): 127.
69. Hopkins WG. Linear models and effect magnitudes for research, clinical and practical applications. *Sportscience*, 2010; 14(1), 49-57.
70. Gila MJ, Sánchez RO, Gómez S, Oropesa AS, Morena JC, et al. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 2009; 2(7) : 332-334
71. Salgado-de Snyder, V. N., & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud pública de México*, 49, s515-s521.
72. Vega OM and González DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*, 2009; 8(2): 1-8.
73. Londoño NH, Juárez F, Palacio J, Muñiz O, Agudelo D, and Marín CA. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Revista Suma Psicológica*, 2010; 17(1), 59-68.
74. Tavares, D. M. D. S., & Dias, F. A. (2012). Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos; Functional capacity, morbidities and quality of life of the elderly; La capacidad funcional, la morbilidad y la calidad de vida de las personas de edad avanzada. *Texto & contexto enferm*, 21(1), 112-120.
75. Osorio, P., Torrejón, M. J., & Vogel, N. (2011). Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. *Escuchando a las personas mayores. Revista de Psicología*, 17(1), Pág-101.
76. Valencia-Mendoza, A., Sánchez-González, G., Bautista-Arredondo, S., Torres-Mejía, G., & Bertozzi, S. M. (2009). Costo-efectividad de políticas para el tamizaje de cáncer de mama en México. *salud pública de méxico*, 51, s296-s304.
77. Larrañaga I, Bacigalupe A, Begiristáin M, Valderrama J, et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta sanitaria*, 2008; 22(5): 443-450.
78. Watanabe, B. Y. A. (2014). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.
79. Rodríguez Jiménez, P., Fernández Alfonso, J., Delgado Pérez, L., Garrote Rodríguez, I., Morales Rigau, J. M., & Achiong Estupiñán, F. J. (2009).

Mortalidad por cáncer y condición de género. Revista Médica Electrónica,31(1), 0-0.

80. Seidmann, S., Stefani, D., Pano, C. O., Acrich, L., & Pupko, V. B. (2013). Sentimiento de sobrecarga y apoyo social en cuidadores familiares de enfermos crónicos. Revista de Psicología, 22(1), 45-62.

## 11. RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Mi nombre es Edith Arianne Estrada Chavarría, actualmente funjo como residente de cuarto año de la especialidad de Psiquiatría General en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León y por medio del presente proyecto de tesis pretendo obtener el grado académico de especialista.

Durante mi residencia he tenido múltiples intereses, entre ellos psicogeriatría, neuropsiquiatría, psiquiatría de enlace, psicoterapia psicodinámica, estratégica, con enfoque de grupo, pareja y familia.

Durante el desarrollo de este estudio se elaboró un análisis preliminar con 98 pacientes, y se dio a conocer con la presentación de un poster científico en el Congreso de la XXXIV Reunión Anual y Congreso Internacional de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor, A.C. (AMEDT) del 22 al 25 de Octubre del 2014 en la ciudad Boca del Río, Veracruz, obteniendo el segundo lugar en este evento. Deseo con este trabajo contribuir a nuevas líneas de investigación en el área de psiquiatría, que incluya de manera integral un enfoque biopsicosocial para el paciente y su red de apoyo.

## **12. TABLAS**

**Tabla 10.1. Variables analizadas**

Variables
Edad
Sexo
Estado Civil
Lugar de residencia
Escolaridad
Religión
Actividad económica
Salario mínimo mensual (pesos)
Soporte familiar
Diagnóstico
GP1. Me falta energía
GP2. Tengo náuseas
GP3. Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia
GP4. Tengo dolor
GP5. Me molestan los efectos secundarios del tratamiento
GP6. Me siento enfermo (a)
GP7. Tengo que pasar tiempo acostado
GS1. Me siento cercano(a) a mis amistades
GS2. Recibo apoyo emocional por parte de mi familia
GS3. Recibo apoyo por parte de mis amistades
GS4. Mi familia ha aceptado mi enfermedad
GS5. Estoy satisfecho (a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad
GS6. Me siento cercano (a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo)
GS7. Estoy satisfecho (a) con mi vida sexual
GE1. Me siento triste
GE2. Estoy satisfecho (a) de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad
GE3. Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad
GE4. Me siento nervioso (a)
GE5. Me preocupa morir
GE6. Me preocupa que mi enfermedad empeore
GF1. Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar)
GF2. MI trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar)
GF3. Puedo disfrutar de la vida
GF4. He aceptado mi enfermedad
GF5. Duermo bien
GF6. Disfruto mis pasatiempos de siempre
GF7. Estoy satisfecho (a) con mi calidad de vida actual
X01. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?

- X02. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?
- X03. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?
- X04. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado en una silla durante el día?
- X05. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?
- X06. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?
- X07. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?
- X08. ¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?
- X09. ¿Ha tenido dolor?
- X10. ¿Necesitó parar para descansar?
- X11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?
- X12. ¿Se ha sentido débil?
- X13. ¿Le ha faltado el apetito?
- X14. ¿Ha tenido náuseas?
- X15. ¿Ha vomitado?
- X16. ¿Ha estado estreñido?
- X17. ¿Ha tenido diarrea?
- X18. ¿Estuvo cansado?
- X19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?
- X20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la TV?
- X21. ¿Se sintió nervioso?
- X22. ¿Se sintió preocupado?
- X23. ¿Se sintió irritable?
- X24. ¿Se sintió deprimido?
- X25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?
- X26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?
- X27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento en sus actividades sociales?
- X28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?
- X29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?
- X30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?
- Y01. ¿Con quién puede realmente contar para escucharlo cuando usted necesita hablar?
- S01. ¿Qué tan satisfecho?
- Y02. ¿Con quién puede realmente contar para ayudarle si un apersona a la que creía que era un buen amigo lo insultó y le dijo que él/ella no quería volver a verlo?
- S02. ¿Qué tan satisfecho?
- Y03. ¿De quién siente que usted es una parte importante en su vida?
- S03. ¿Qué tan satisfecho?
- Y04. ¿Quién cree que le ayudaría si usted estuviera casado y acabara de separarse de su cónyuge?
- S04. ¿Qué tan satisfecho?
- Y05. ¿Con quién podría realmente contar para ayudarlo a salir de una situación de crisis, a pesar de que tendrían que hacer todo lo que fuera posible para ello?
- S05. ¿Qué tan satisfecho?
- Y06. ¿Con quién puede hablar con franqueza, sin tener que vigilar lo que dice?
- S06. ¿Qué tan satisfecho?
- Y07. ¿Quién le ayuda a sentir que realmente tiene algo positivo que aportar a los demás?

- S07. ¿Qué tan satisfecho?
- Y08. ¿Con quién realmente puede confiar para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente bajo estrés?
- S08. ¿Qué tan satisfecho?
- Y09. ¿Con quién puede realmente contar para ser confiable cuando necesita ayuda?
- S09. ¿Qué tan satisfecho?
- Y10. ¿Con quién podría realmente contar para ayudarlo, si usted acabara de ser despedido de su trabajo o expulsado de la escuela?
- S10. ¿Qué tan satisfecho?
- Y11. ¿Con quién puede ser totalmente usted mismo?
- S11. ¿Qué tan satisfecho?
- Y12. ¿Quién lo hace sentir realmente apreciado como persona?
- S12. ¿Qué tan satisfecho?
- Y13. ¿Con quién puede realmente contar para darle sugerencias útiles que le ayudará a evitar cometer errores?
- S13. ¿Qué tan satisfecho?
- Y14. ¿Con quién puede contar para escucharlo abiertamente y sin criticar sus más íntimos sentimientos?
- S14. ¿Qué tan satisfecho?
- Y15. ¿Quién te consolará cuando lo necesites mediante un abrazo?
- S15. ¿Qué tan satisfecho?
- Y16. ¿Quién crees que ayudaría si un buen amigo tuyo tuviera un accidente automovilístico y estuviera hospitalizado en estado grave?
- S16. ¿Qué tan satisfecho?
- Y17. ¿Con quién puede realmente contar para ayudarlo a sentirse más relajado cuando se está bajo presión?
- S17. ¿Qué tan satisfecho?
- Y18. ¿Quién siente que le ayudaría si un familiar muy cercano a usted muriera?
- S18. ¿Qué tan satisfecho?
- Y19. ¿Quién lo acepta por completo, incluyendo tanto sus peores y sus mejores características?
- S19. ¿Qué tan satisfecho?
- Y20. ¿Con quién puede realmente contar para cuidar de usted, independientemente de lo que le está pasando?
- S20. ¿Qué tan satisfecho?
- Y21. ¿Con quién puede realmente contar para escucharlo cuando está muy enojado con alguien más?
- S21. ¿Qué tan satisfecho?
- Y22. ¿Con quién puede realmente contar para decirle, de una manera reflexiva, cuando se necesita mejorar de alguna manera?
- S22. ¿Qué tan satisfecho?
- Y23. ¿Con quién puede realmente contar para ayudarlo a sentirse mejor cuando se siente generalmente desanimado?
- S23. ¿Qué tan satisfecho?
- Y24. ¿Quién siente que realmente lo ama profundamente?
- S24. ¿Qué tan satisfecho?
- Y25. ¿Con quién puede contar para consolarlo cuando está muy enojado?
- S25. ¿Qué tan satisfecho?
- Y26. ¿Con quién puede contar realmente contar para apoyarlo en las decisiones más importantes que hace?
- S26. ¿Qué tan satisfecho?
- Y27. ¿Con quién puede contar realmente contar para ayudarlo a sentirse mejor cuando usted está muy irritable, prácticamente enojado por nada?
- S27. ¿Qué tan satisfecho?

**Tabla 10.2 Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas**

Sexo				
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>0. Femenino</b>	122	81.3	81.3	81.3
<b>1. Masculino</b>	28	18.7	18.7	100
<b>Total</b>	150	100	100	
Estado Civil				
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>0. Soltero</b>	17	11.3	11.3	11.3
<b>1. Casado</b>	84	56	56	67.3
<b>2. Unión Libre</b>	14	9.3	9.3	76.7
<b>3. Divorciado</b>	5	3.3	3.3	80
<b>4. Separado</b>	8	5.3	5.3	85.3
<b>5. Viudo</b>	22	14.7	14.7	100
<b>Total</b>	150	100	100	
Lugar de residencia				
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>0. Monterrey</b>	62	41.3	41.3	41.3
<b>1. Otros municipios de NL</b>	63	42	42	83.3
<b>2. Fuera de NL</b>	25	16.7	16.7	100
<b>Total</b>	150	100	100	
Escolaridad				
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>0. Primaria completa</b>	47	31.3	31.3	31.3
<b>1. Primaria Incompleta</b>	26	17.3	17.3	48.7
<b>2. Secundaria</b>	22	14.7	14.7	63.3
<b>3. Preparatoria</b>	23	15.3	15.3	78.7
<b>4. Universidad completa</b>	30	20	20	98.7
<b>5. Universidad Incompleta</b>	2	1.3	1.3	100
<b>Total</b>	150	100	100	
Religión				
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>0. Católica</b>	125	83.3	83.3	83.3
<b>1. Diferente a la católica</b>	18	12	12	95.3
<b>2. Sin</b>	7	4.7	4.7	100

<b>religión</b>				
<b>Total</b>	150	100	100	
Actividad Económica				
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>0. Activo</b>	26	17.3	17.3	17.3
<b>1. Desempleado</b>	13	8.7	8.7	26
<b>2. Ama de casa</b>	86	57.3	57.3	83.3
<b>3. Jubilado</b>	23	15.3	15.3	98.7
<b>4. Estudiante</b>	2	1.3	1.3	100
<b>Total</b>	150	100	100	
Salario Mínimo mensual (pesos)				
<b>Pesos mexicanos (\$)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>0. \$ 0-1800</b>	6	4	4	4
<b>1. \$ 1800 a 3600</b>	23	15.3	15.3	19.3
<b>2. \$ 3.600-5.400</b>	48	32	32	51.3
<b>3. Más de 5.400</b>	73	48.7	48.7	100
<b>Total</b>	150	100	100	
Soporte familiar				
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>0. Familia propia</b>	3	2	2	2
<b>1. Familia de origen</b>	121	80.7	80.7	82.7
<b>2. Otros tipos de apoyo</b>	23	15.3	15.3	98
<b>3. Viven solos</b>	3	2	2	100
<b>Total</b>	150	100	100	

**Tabla 10.3. Frecuencias absolutas y porcentajes de los diagnósticos oncológicos incluidos según criterios CIE-10.**

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje acumulativo
(C01) Neoplasias malignas de la base de la lengua	2	1.3	1.3	1.3
(C04) Neoplasias malignas de la base de la boca	1	0.7	0.7	2
(C11) Neoplasias malignas de la nasofaringe	1	0.7	0.7	2.7
(C12) Neoplasias malignas del seno piriforme	1	0.7	0.7	3.3
(C13) Neoplasias malignas de la hipofaringe	1	0.7	0.7	4
(C15) Neoplasias malignas de esófago	2	1.3	1.3	5.3
(C17) Neoplasias malignas de intestino delgado	1	0.7	0.7	6
(C19) Neoplasias malignas de la unión rectosigmoidea	4	2.7	2.7	8.7
(C20) Neoplasias malignas del recto	2	1.3	1.3	10
(C22) Neoplasias malignas de hígado y de canalículos biliares intrahepáticos	1	0.7	0.7	10.7
(C25) Neoplasias malignas de páncreas	2	1.3	1.3	12
(C31) Neoplasias malignas de los senos paranasales	1	0.7	0.7	12.7
(C32) Neoplasias malignas de laringe	1	0.7	0.7	13.3
(C34) Neoplasias malignas de bronquios y pulmón	2	1.3	1.3	14.7
(C40) Neoplasias malignas de hueso y cartílago articular de miembros	1	0.7	0.7	15.3
(C43) Melanoma de piel	2	1.3	1.3	16.7
(C44) Otras neoplasias malignas de la piel	1	0.7	0.7	17.3
(C50) Neoplasias malignas de mama	58	38.7	38.7	56
(C51) Neoplasias malignas de vulva	2	1.3	1.3	57.3
(C53) Neoplasias malignas de cuello uterino	28	18.7	18.7	76
(C54) Neoplasias malignas del cuerpo del útero	2	1.3	1.3	77.3
(C54.1) Cáncer endometrial	3	2	2	79.3
(C56) Neoplasias malignas de ovario	5	3.3	3.3	82.7
(C57) Neoplasias malignas de otros órganos genitales femeninos no especificados	1	0.7	0.7	83.3
(C60) Neoplasias malignas de pene	1	0.7	0.7	84
(C61) Neoplasias malignas de próstata	4	2.7	2.7	86.7
(C62) Neoplasias malignas de testículo	4	2.7	2.7	89.3
(C64) Neoplasias malignas de riñón, excepto de la pelvis renal	1	0.7	0.7	90
(C67) Neoplasias malignas de vejiga urinaria	4	2.7	2.7	92.7
(C70) Neoplasias malignas de meninges	1	0.7	0.7	93.3
(C71) Neoplasias malignas de cerebro	1	0.7	0.7	94
(C78) Neoplasias malignas secundarias de órganos respiratorios y digestivos	1	0.7	0.7	94.7
(C81) Enfermedad de Hodgkin	1	0.7	0.7	95.3
(C91) Leucemia linfoide	1	0.7	0.7	96
(C95.9) Leucemias sin especificar	1	0.7	0.7	96.7
(D44.0) Neoplasias de comportamiento incierto o desconocido de la glándula tiroides	1	0.7	0.7	97.3

(D44.3) Neoplasias de comportamiento incierto o desconocido del hipófisis	1	0.7	0.7	98
(D48.1) Neoplasias de comportamiento incierto o desconocido de tejidos conectivos y otros tejidos blancos	2	1.3	1.3	99.3
(D48.3) Neoplasias de comportamiento incierto o desconocido del retroperitoneo	1	0.7	0.7	100
<b>Total</b>	150	100	100	

**Tabla 10.4. Estadística descriptiva de los subíndices obtenidos de la escala EORTC-QLQ-30.**

EORTC-QLQ30																
Índices	Análisis estadístico										Std. Error					
	Significar	95% Intervalo de confianza para la media		5% media recortada	Mediana	Varianza	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Alcance	Rango intercuartil	Oblicuidad	Curtosis	Significar	Oblicuidad	Curtosis
		Rango inferior	Rango superior													
PF (función física)	72.5333	68.6463	76.4203	74.321	80	580.415	24.0918	0	100	100	40	-0.817	0.164	1.96709	0.198	0.394
RF (función de rol)	72.2222	67.5215	76.9229	74.5062	83.3333	848.869	29.13536	0	100	100	50	-0.974	-0.082	2.37889	0.198	0.394
CF (función cognitiva)	92.1111	89.8929	94.3293	93.7037	100	189.026	13.74866	33.33	100	66.67	16.67	-1.758	2.618	1.12257	0.198	0.394
EF (función emocional)	83.2222	80.2873	86.1571	84.8765	91.6667	330.897	18.19058	16.67	100	83.33	25	-1.054	0.783	1.48525	0.198	0.394
SF (función social)	44.4444	39.2813	49.6076	43.8272	50	1024.111	32.00174	0	100	100	50	-0.04	-1.267	2.61293	0.198	0.394
PA (dolor)	29.2222	25.8246	32.6198	28.1481	33.3333	443.463	21.05855	0	100	100	16.67	0.537	0.735	1.71942	0.198	0.394
FA (fatiga)	35.3333	32.1086	38.5581	34.6091	33.3333	399.486	19.98715	0	100	100	22.22	0.526	0.797	1.63194	0.198	0.394
NV (náuseas/vómito)	17.8889	14.1883	21.5895	15.3086	16.6667	526.087	22.9366	0	100	100	33.33	1.495	2.241	1.87277	0.198	0.394
DY (disnea)	11.7778	8.191	15.3645	8.8889	0	494.208	22.2308	0	100	100	33.33	1.929	3.229	1.81514	0.198	0.394
SL (insomnio)	18.4444	14.4288	22.4601	16.2963	0	619.488	24.88951	0	100	100	33.33	1.139	0.447	2.03222	0.198	0.394
AP (pérdida de apetito)	24.8889	20.939	28.8388	23.4568	33.3333	599.354	24.4817	0	100	100	33.33	0.644	-0.169	1.99892	0.198	0.394
CO (estreñimiento)	34.8889	29.8525	39.9253	33.2099	33.3333	974.447	31.21613	0	100	100	66.67	0.602	-0.484	2.54879	0.198	0.394
DI (Diarrea)	4.8889	2.8808	6.897	3.3333	0	154.909	12.44626	0	66.67	66.67	0	2.402	5.013	1.01623	0.198	0.394
FI (Dificultades financieras)	70.6667	64.4383	76.895	72.963	100	1490.231	38.60351	0	100	100	66.67	-0.815	-0.971	3.15196	0.198	0.394
IndGHS (estado global de salud)	69.1111	65.7214	72.5008	69.8765	66.6667	441.412	21.0098	0	100	100	33.33	-0.546	0.136	1.71544	0.198	0.394
IndQoL (calidad de vida)	83.1111	79.4119	86.8103	85.8025	100	525.677	22.92765	0	100	100	33.33	-1.481	1.924	1.87204	0.198	0.394

**Tabla 10.5. Correlación de los índices de los índices y variables sociodemográficas.**

CORRELACION DE ÍNDICES Y VARIABLES SOCIODEMOCRÁFICAS																					
Coeficiente de Correlación de Spearman (Rhos)																					
Índices	PuntuaciónASS SQ (número de cuidadores)	PuntuaciónSatS SQ (satisfacción percibida)	PF (función física)	RF (función de rol)	CF (función cognitiva)	EF (función emocional)	SF (función social)	PA (dolor)	FA (fatiga)	NV (náuseas /vómito)	DY (disnea)	SL (insomnio)	AP (pérdida de apetito)	CO (estrés/insomnio)	DI (diarrea)	FI (Dificultades financieras)	IndGHIS (estado global de salud)	IndQoL (calidad de vida)	Edad	Salario Mínimo mensual (pesos)	
PuntuaciónASS SQ (número de cuidadores)	1,000	0,207 (*)	0,198 (*)	0,213 (**)	0,039	0,220 (**)	0,185 (*)	-0,202 (*)	-0,220 (**)	-0,148	-0,072	-0,16	-0,189 (*)	-0,169 (*)	-0,045	-0,165 (*)	0,292 (**)	0,278 (**)	-0,137	-0,074	
PuntuaciónSatS SQ (satisfacción percibida)	0,207 (*)	1,000	0,291 (**)	0,233 (**)	0,101	0,364 (**)	0,395 (**)	-0,069	-0,306 (**)	-0,144	-0,126	-0,209 (*)	-0,167 (*)	-0,038	-0,073	-0,301 (**)	0,287 (**)	0,640 (**)	0,038	0,223 (**)	
PF (función física)	0,198 (*)	0,291 (**)	1,000	0,781 (**)	0,215 (**)	0,459 (**)	0,556 (**)	-0,588 (**)	-0,735 (**)	-0,511	-0,216 (**)	-0,341 (**)	-0,425 (**)	-0,433 (**)	-0,227 (**)	-0,334 (**)	0,676 (**)	0,600 (**)	-0,126	0,065	
RF (función de rol)	0,213 (**)	0,233 (**)	0,781 (**)	1,000	0,145	0,474 (**)	0,548 (**)	-0,578 (**)	-0,728 (**)	-0,577	-0,212 (**)	-0,328 (**)	-0,458 (**)	-0,401 (**)	-0,178 (*)	-0,255 (**)	0,617 (**)	0,573 (**)	-0,063	0,073	
CF (función cognitiva)	0,039	0,101	0,215 (**)	0,145	1,000	0,246 (**)	0,316 (**)	-0,009	-0,216 (**)	-0,132	-0,067	-0,068	-0,174 (*)	-0,240 (**)	0,096	-0,183 (*)	0,204 (*)	0,297 (**)	-0,067	0,228 (**)	
EF (función emocional)	0,220 (**)	0,364 (**)	0,459 (**)	0,474 (**)	0,246 (**)	1,000	0,404 (**)	-0,361 (**)	-0,553 (**)	-0,520	-0,263 (**)	-0,391 (**)	-0,432 (**)	-0,186 (*)	-0,266 (**)	-0,257 (**)	0,447 (**)	0,580 (**)	0,089	0,251 (**)	
SF (función social)	0,185 (*)	0,395 (**)	0,556 (**)	0,548 (**)	0,316 (**)	0,404 (**)	1,000	-0,289 (**)	-0,646 (**)	-0,402	-0,134	-0,222 (**)	-0,368 (**)	-0,338 (**)	-0,115	-0,571 (**)	0,566 (**)	0,637 (**)	0,021	0,189 (*)	
PA (dolor)	-0,202 (*)	-0,069	-0,588 (**)	-0,578 (**)	-0,009	-0,361 (**)	-0,289 (**)	1,000	0,512 (**)	0,577	0,210 (**)	0,380 (**)	0,465 (**)	0,421 (**)	0,252 (**)	0,257 (*)	-0,568 (**)	-0,332 (**)	0,116	-0,125	
FA (fatiga)	-0,220 (**)	-0,306 (**)	-0,735 (**)	-0,728 (**)	-0,216 (**)	-0,553 (**)	-0,646 (**)	0,512 (**)	1,000	0,634	0,251 (**)	0,422 (**)	0,499 (**)	0,398 (**)	0,243 (**)	0,397 (**)	-0,660 (**)	-0,618 (**)	0,040	-0,175 (*)	
NV (náuseas/vómito)	-0,148	-0,144	-0,511	-0,577	-0,132	-0,520 (**)	-0,402 (**)	0,577	0,634	1,000	0,402 (**)	0,497 (**)	0,722 (**)	0,353 (**)	0,295 (**)	0,219 (*)	-0,572 (**)	-0,463 (**)	0,066	-0,145	
DY (disnea)	-0,072	-0,126	-0,216 (**)	-0,212 (**)	-0,067	-0,263 (**)	-0,134	0,210 (**)	0,251 (**)	0,402 (**)	1,000	0,552 (**)	0,317 (**)	0,083	0,058	0,085	-0,205 (*)	-0,233 (**)	0,185	-0,028	
SL (insomnio)	-0,16	-0,209 (*)	-0,341 (**)	-0,328 (**)	-0,068	-0,391 (**)	-0,222 (**)	0,380 (**)	0,422 (**)	0,497 (**)	0,552 (**)	1,000	0,422 (**)	0,237 (**)	0,112	0,151	-0,409 (**)	-0,375 (**)	(*)	-0,157	
AP (pérdida de apetito)	-0,189 (*)	-0,167 (*)	-0,425 (**)	-0,458 (**)	-0,174 (*)	-0,432 (**)	-0,368 (**)	0,465 (**)	0,499 (**)	0,722 (**)	0,317 (**)	0,422 (**)	1,000	0,398 (**)	0,258 (**)	0,293 (**)	-0,597 (**)	-0,411 (**)	0,111	-0,196 (*)	
CO (estrés/insomnio)	-0,169 (*)	-0,038	-0,433 (**)	-0,401 (**)	0,096	-0,186 (*)	-0,338 (**)	0,421 (**)	0,465 (**)	0,577	0,210 (**)	0,380 (**)	0,499 (**)	1,000	1,000	0,359 (**)	-0,458 (**)	-0,385 (**)	-0,053	-0,304 (**)	
DI (diarrea)	-0,045	-0,073	-0,227 (**)	-0,203 (*)	0,066	-0,008	1,000	-0,008	-0,008	0,066	0,058	0,112	0,258 (**)	-0,008	1,000	0,066	-0,248 (**)	-0,203 (*)	0,039	0,066	
FI (Dificultades financieras)	-0,165 (*)	-0,301 (**)	-0,334 (**)	-0,255 (**)	-0,183 (*)	-0,571 (**)	-0,332 (**)	0,257 (*)	-0,332 (**)	0,257 (*)	0,257 (*)	0,257 (*)	0,257 (*)	0,257 (*)	0,257 (*)	0,257 (*)	0,257 (*)	0,257 (*)	0,257 (*)	0,257 (*)	0,257 (*)
IndGHIS (estado global de salud)	0,292 (**)	0,287 (**)	0,676 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)	0,617 (**)
IndQoL (calidad de vida)	0,278 (**)	0,640 (**)	0,600 (**)	0,573 (**)	0,297 (**)	0,580 (**)	0,637 (**)	-0,332 (**)	-0,618 (**)	-0,463	-0,233 (**)	-0,375 (**)	-0,411 (**)	-0,241 (**)	-0,203 (*)	-0,385 (**)	0,574 (**)	1,000	0,115	0,275 (**)	
Edad	-0,137	0,038	-0,126	-0,063	0,073	0,089	0,021	0,116	0,040	0,066	0,185 (*)	-0,03	0,111	0,041	0,039	-0,053	-0,035	0,115	1,000	0,126	
Salario Mínimo mensual (pesos)	-0,074	0,223 (**)	0,055	0,073	0,228 (**)	0,251 (**)	0,189 (*)	-0,125	-0,175 (*)	-0,145	-0,028	-0,157	-0,196 (*)	-0,082	0,066	-0,304 (**)	0,246 (**)	0,275 (**)	0,126	1,000	

\* La correlación es significativa al nivel 0,05

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01

**Tabla 10.6. Puntuaciones obtenidas en los índices del número de cuidadores y de la satisfacción percibida del soporte social (SSQ).**

Análisis estático SSQ													
Índices	Estadística												
	Promedio	95% Intervalo de confianza para la		5% media recortada	Mediana	Varianza	Std. Desviación	Mínimo	Máximo	Alcance	Rango intercuartil	Oblicuidad	Curtois
		Rango inferior	Rango superior										
Suma Total Número de cuidadores	83.68	77.11	90.25	80.79	73	1659.55	40.738	27	243	216	49	1,246	1,519
PuntuacionA SSQ (Número de cuidadores)	3.0993	2.8558	3.3427	2.9922	2.7037	2.276	1.5088	1	9	8	1.81	1,246	1,519
Suma Total Satisfacción Percibida	156.95	155.07	158.83	158.92	162	135.723	11.65	94	162	68	4	-3.037	9,811
PuntuacionSat SSQ (satisfacción percibida)	5.8131	5.7435	5.8827	5.886	6	0.186	0.43148	3.48	6	2.52	0.15	-3.037	9,811