

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN LOS
PACIENTES AMBULATORIOS QUE RECIBEN ATENCIÓN MÉDICA EN EL
INSTITUTO ONCOLÓGICO DOCTOR HERIBERTO PIETER, OCTUBRE, 2021-
MARZO, 2022



Trabajo de grado presentado por Benjamín Rosario Sosa y Carmen Yuleika González
Casado para optar por el título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Santo Domingo, DN, 2022

CONTENIDO

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

Asbtract

I. Introducción	11
I.1. Antecedentes	12
I.1.1. Internacionales.....	12
I.1.2. Nacionales	15
I.2. Justificación	15
II. Planteamiento del problema	17
III.1. General	18
III.2. Específicos	18
IV. Marco teórico.....	19
IV.1. Cáncer.....	19
IV.1.1. Historia	19
IV.1.2. Definición.....	21
IV.1.3. Etiología	21
IV.1.4. Clasificación	22
IV.1.5. Fisiopatología	23
IV.1.6. Epidemiología.....	25
IV.1.7. Diagnóstico.....	27
IV.1.7.1. Clínico	27
IV.1.7.2. Laboratorio	31
IV.1.7.3. Imágenes.....	33
IV.1.8. Diagnóstico diferencial.....	34
IV.1.9. Tratamiento	34
IV.1.10. Complicaciones	35
IV.1.11. Pronóstico y evolución.....	36
IV.2. Comunicación del diagnóstico médico.....	36
IV.2.1. La comunicación de malas noticias	37

IV.2.2. Modelos de comunicación de un diagnóstico de cáncer.	38
IV.2.3. Aspectos legales y éticos en la comunicación de un diagnóstico de cáncer.....	39
IV.2.4. Elementos que interfieren en la comunicación de diagnóstico de cáncer al paciente	40
IV.2.4.1. La conspiración del silencio	40
IV.2.4.2. Límites de la verdad tolerable	41
IV.2.4.3. Mortalidad y tiempo mortal.....	42
IV.3. Efectos de un diagnóstico de cáncer en la salud del paciente	42
IV.3.1. Depresión	42
IV.3.2. Ansiedad	43
IV.4. Efectos de los métodos y procedimientos de notificación del diagnóstico de cáncer en la salud del paciente.....	45
V. Operacionalización de las variables.....	46
VI. Material y métodos	48
VI.1. Tipo de estudio	48
VI.2. Área de estudio	48
VI.3. Universo	48
VI.4. Muestra	49
VI.5. Criterios	50
VI.5.1. De inclusión	50
VI.5.2. De exclusión	50
VI.6. Instrumento de recolección de datos	50
VI.6.1. Construcción del cuestionario para la comunicación del diagnóstico inicial de cáncer (CDIC).....	50
VI.6.2. Proceso de validación del cuestionario	51
V.6.2.1. Validez de apariencia y contenido	52
VI.6.2.2. Selección y funcionamiento del panel de expertos.....	52
V.6.2.4. Panel de expertos para la validación del cuestionario (CDIC).....	53
VI.6.2.5. Resultados de validación	54
VI.6.2.6. Validez en apariencia	54

VI.6.2.7. Validez en contenido	55
VI.7. Procedimiento.....	56
VI.8. Tabulación.....	57
VI.9. Análisis	57
VI.10. Aspectos éticos	59
VII. Resultados	60
VIII. Discusión.....	69
IX. Conclusiones.....	71
X. Recomendaciones.....	72
XI. Referencias	73
XII. Anexos	83
XII.1. Cronograma.....	83
XII.2. Instrumentos de recolección de datos	84
XII.3. Resultados de validación del instrumento de recolección de datos para la comunicación del diagnóstico inicial de cáncer	89
XII.4. Consentimiento Informado.....	90
XII.5. Costos y recursos	91
XII.6. Evaluación.....	92

AGRADECIMIENTOS

A Sonia Durán, mi esposa de toda la vida, porque nadie ha convivido por tanto tiempo a mi lado. Porque juntos hemos construido un universo de historias y objetos, y lugares, y personas con vidas que una vez fueron nuestras.

Hay tres categorías de personas a las que quiero agradecer por este logro: A los profesores de la UNPHU por sus enseñanzas, a mis compañeros de facultad por su continuo apoyo, motivación y, sobre todo, respeto. Por último, agradezco al gran número de pacientes oncológicos cuyas historias me inspiraron a llevar a cabo esta investigación. Muy especialmente quiero agradecer a la Señora Socorro Rodríguez Pagan (EPD), por permitirme asistirle en medio de sus padecimientos. ¡Mil gracias!

Benjamín Rosario Sosa

A ti padre celestial, por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi carrera, brindándome paciencia, perseverancia y sabiduría para culminar con éxito este camino.

A mi madre Carmen Marilyn Casado y a mi padre Angel Blandino González porque desde pequeña me enseñaron el significado de perseverar y luchar por mis sueños. Gracias por creer en mí, por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado y por todos esos sabios consejos en el momento exacto para no dejarme caer y enfrentar los momentos difíciles, por ayudarme a tomar decisiones que me ayuden a balancear mi vida. Sobre todo, por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mi hermano Angel González Casado, por su apoyo incondicional.

A mi prometido Rodolfo Enmanuel Aguasvivas, por su comprensión y apoyo incondicional durante estos años, por siempre estar a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más difíciles. Tu ayuda ha sido fundamental, este camino no fue sencillo, pero siempre estuviste motivándome y ayudándome hasta donde te era posible, incluso más que eso.

A todos los docentes de mi Alma mater la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), por ser los portadores de tanta sabiduría y sobre todo por su capacidad de transmitirla.

A mis compañeros de la facultad de medicina, porque con ellos compartí años inolvidables.

A toda mi familia, por sus palabras de aliento y sus buenos deseos.

A nuestra asesora clínica Rosa Haydee Vassallo Veras, por su guía y entrega para que podamos culminar exitosamente este ciclo académico.

A nuestro asesor metodológico Rubén Darío Pimentel, por toda su entrega y dedicación durante todo el proceso de realización de nuestro trabajo de grado.

Carmen Yuleika González Casado

DEDICATORIAS

A mi madre, Basilia Sosa de Rosario (EPD), por su apoyo incondicional todos los días de mi vida. Porque supe que siempre estuvo orgullosa de mi aun sin yo tener méritos para merecer tanto amor.

Para mi hija, Jasminne Rosario por ser la última gota en inspirarme con su lucha tesonera y casi desesperada contra una afección designada casi tan incurable como el Cáncer. Si decidí seguir con mis aspiraciones de ser médico en una época en que ya nadie esperaba nada de mí, ha sido porque sentí que Jasminne merecía más que los sufrimientos de una escleroderma sistémica, o peor aún, del lupus. Su suerte, su entorno, su destino o su genética no nos vencerán. Seguiremos con Dios y la ciencia, hasta la victoria.

Benjamín Rosario Sosa

Dedico este trabajo de grado a todos los pacientes que han tenido trastornos psicológicos y/o psiquiátricos a causa de una insensibilidad por parte de su médico cabecera al diagnosticarle con algún tipo de cáncer. Indudablemente el diagnóstico de cáncer causa un impacto en el paciente, es por lo que la sensibilidad del médico en la comunicación del diagnóstico puede tanto magnificar como reducir ese impacto recibido y el objetivo de cualquier médico debe ser minimizarlo.

A mi madre y a mi padre, mis pilares fundamentales en mi vida, les dedico todo mi esfuerzo, en reconocimiento a todo el sacrificio puesto para que yo pueda estar aquí hoy, se merecen esto y mucho más.

Carmen Yuleika González Casado

RESUMEN

Este estudio ha sido realizado para evaluar la calidad de la entrega de un diagnóstico de cáncer en el territorio nacional, así como medir los impactos que esta notificación causa en el paciente en términos de depresión y ansiedad. En el estudio también se evidencia la relación entre las variables estudiadas con el uso del coeficiente de correlación de Pearson mediante la aplicación Microsoft Excel.

Objetivo: Determinar el impacto que la calidad de la entrega del diagnóstico de cáncer tiene en el paciente, en términos de depresión y ansiedad, en los individuos diagnosticados con cáncer en el territorio nacional en los últimos 12 meses, y que reciben atención médica de manera ambulatoria en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, en el periodo octubre 2021-marzo 2022.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal. Para ello se entrevistaron 100 pacientes ambulatorios que habían sido diagnosticados con cáncer en los últimos 12 meses procedentes de todas las provincias del país. El método de selección fue aleatorio. Las entrevistas se realizaron durante visita de seguimiento, como paciente ambulatorio, en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, en el periodo octubre 2021-marzo 2022.

Resultados: Se encontró que en la República Dominicana, el 25 por ciento de las notificaciones de un diagnóstico inicial de cáncer se hacen con deficiencia. En el mismo grupo de pacientes el 28 por ciento tuvo depresión leve y el 11 por ciento tuvo depresión de moderada a grave; el 53 por ciento tiene ansiedad leve y el 27 por ciento tiene ansiedad de moderada a grave. En el análisis se encontró que existe una correlación moderada e inversa entre los niveles de depresión y ansiedad del paciente y la calidad de la comunicación del diagnóstico de cáncer.

Conclusiones: Los métodos y procedimientos usados para comunicar un diagnóstico de cáncer pueden afectar la salud mental del paciente. La calidad de la comunicación del diagnóstico inicial de cáncer tiene un impacto moderado e inverso a los niveles de depresión y de ansiedad del paciente.

Palabras clave: Cáncer, diagnóstico, depresión, ansiedad, correlación

ABSTRACT

This study has been carried out to evaluate the quality of the delivery of a cancer diagnosis in the national territory, as well as to measure the impacts that this notification produces in the patient in terms of depression and anxiety. The study also shows the relationship between the variables studied with the use of the Pearson correlation coefficient through the Microsoft Excel application.

Objective: To determine the impact that the quality of delivery of the cancer diagnosis has on the patient, in terms of depression and anxiety, in individuals diagnosed with cancer in the national territory in the last 12 months, and who receive medical care on an outpatient basis in the Dr. Heriberto Pieter Oncology Institute, in the period October 2021-March 2022

Material and method: A descriptive, prospective cross-sectional study was conducted. To this end, 100 outpatients who had been diagnosed with cancer in the last 12 months from all provinces of the country were interviewed. The selection method was random. The interviews were conducted during a follow-up visit, as an outpatient, at the Dr. Heriberto Pieter Cancer Institute, in the period October 2021-March 2022.

Results: It was found that in the Dominican Republic, 25 percent of notifications of an initial diagnosis of cancer are made with deficiency. In the same group of patients, 28 percent had mild depression and 11 percent had moderate to severe depression; 53 percent had mild anxiety and 27 percent had moderate to severe anxiety. The analysis found that there is a moderate and inverse correlation between the patient's levels of depression and anxiety and the quality of communication of the cancer diagnosis.

Conclusions: The methods and procedures used to communicate a cancer diagnosis may affect the patient's mental health. The quality of communication of the initial cancer diagnosis has a moderate and inverse impact on the patient's levels of depression and anxiety.

Keywords: Cancer, diagnosis, depression, anxiety, correlation

I. INTRODUCCIÓN

Hay buenas noticias y malas noticias. Todos sabemos que hay formas y métodos para comunicar una noticia a la parte interesada. Este proceso adquiere mayor importancia cuando se trata de malas noticias y más aún cuando se trata de dar noticias de salud que implican un diagnóstico de cáncer. Ello podría repercutir seriamente en el paciente y contribuir con el deterioro de su salud o deseo de participar en su propio tratamiento.

El tema se ha investigado en todo el mundo, su interés aumentó en la década de 1980, debido principalmente a que el paciente exige más información sobre su enfermedad y debido al fácil acceso a los medios de comunicación.¹ Esto ha generado la realización de manuales, protocolos y cursos para ayudar al personal médico en su preparación para presentar al paciente un diagnóstico de cáncer con mínima repercusión en la salud del paciente.

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El cáncer nos afecta a todos, jóvenes y viejos; ricos y pobres; hombres, mujeres y niños y representa una carga enorme para los pacientes, las familias y la sociedad. Es una de las principales causas de muerte en el mundo según la OMS.² Un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana.

En medicina, el diagnóstico médico o propedéutica clínica es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad (el «estado de salud» también se diagnostica). En términos de la práctica médica, el diagnóstico es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona.³

En un proceso ideal de atención a la salud el profesional responsable de comunicar el diagnóstico de cáncer al paciente es el médico tratante. Esto puede suceder a cualquier nivel de atención. Profesionales de todas las especialidades médicas están en la posición de descubrir signos y síntomas del cáncer en los pacientes. Estos médicos tratantes remitirán biopsias al patólogo para confirmación y estadiaje. En pocos días recibirán el resultado de la biopsia y tendrán que comunicar el diagnóstico al paciente. De acuerdo

con el procedimiento empleado en esta comunicación se le podría evitar en buena parte los miedos, angustias y sufrimientos que conllevan este diagnóstico.

Los miedos, sufrimientos y angustias que causan un diagnóstico inicial de cáncer en el paciente pueden ser minimizados con una comunicación apropiada entre el médico y su paciente.⁴ En este trabajo se investigará como se realiza la notificación inicial del diagnóstico de cáncer y los efectos más relevantes que estos producen en el paciente afectado.

Serán investigados el impacto de un diagnóstico de cáncer en términos de depresión y ansiedad en el paciente. Tales impactos han sido identificados por organizaciones internacionales como la *World Health Organization (WHO)*, el *National Institute of Cancer (NIC)* de los Estados Unidos y la *American Cancer Society*, así como por estudios de larga data como «*Clinical diagnosis of mental disorders immediately before and after cancer diagnosis, conducted in a Swedish population*».⁵ También se hará un análisis comparativo para examinar la correlación de los niveles de depresión y ansiedad del paciente con los métodos y procedimientos usados para comunicar el diagnóstico de cáncer al paciente.

I.1. Antecedentes

I.1.1. Internacionales

Jelena Zwingmann MA, Walter F. Baile MD, Johann W. Schmier MD, Jürg Bernhard PhD, Monika Keller MD, PhD, condujeron un experimento para investigar «el impacto del estilo de la comunicación con el médico en encuentros para reportar malas noticias».⁶ En los resultados del estudio se observó que la respuesta emocional era afectada por el estilo de comunicación del médico. Los participantes que interactuaron con un médico que uso métodos de comunicación centrados en el bienestar del paciente mostraron menos ansiedad que aquellos que interactuaron con un médico que no uso el método de comunicación centrada en el paciente. El estudio se realizó en la Universidad de Heidelberg Alemania en el año 2015.

María Die Tril, estudió la comunicación con el paciente oncológico: Transmisión de Información Médica y Atención a las Situaciones «difíciles».⁷ En este estudio se ofrecen

pautas para llevar a cabo el proceso de transmisión de malas noticias y para el manejo de situaciones «difíciles» en el proceso de comunicación con el paciente. En el estudio se concluye que la transmisión de información médica es el resultado de un proceso, y no de un encuentro puntual con el enfermo, que se puede ver alterado por múltiples factores, tanto del paciente, como del profesional o de la situación. Fue realizado en España en el 2019 y publicado por la Sociedad Española de Oncología (SEOM) en el Manual de Práctica Clínica de la SEOM.

La Organización Médica Colegial (OMC) de España Publico el «Código de Deontología Médica de España»⁸ en el año 2018. En este código de ética médica en su capítulo III, artículo 10 declara que «El médico debe informar al paciente de manera comprensible, con veracidad, ponderación y prudencia. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones. De esta información se debe dejar constancia en la historia clínica. Cuando la información incluye datos de gravedad o de mal pronóstico, el médico se debe esforzar en transmitirla con delicadeza. Ante una situación excepcional, en la que se prevé un daño al paciente derivado de la información, el médico debe ponderar la oportunidad y el momento de comunicarla. Como excepción que es, debe justificarlo y dejarlo reflejado en la historia clínica».

Murray L. publicó el «Manual de Medicina Interna de Oxford»⁹ en el año 2018. Este manual es recomendado por la Asociación Médica Británica (BMA) en el Reino Unido. En el manual se manifestó la importancia que tiene para un médico dar una mala noticia, ya que «es una habilidad que se debe aprender». La versión en español da consejos respecto a cómo comunicar el diagnóstico de manera que la noticia cause el menor efecto posible en la salud del paciente.

Leonhard Quintero Garzón,¹⁰ Susan Koranyi, Dorit Engelmann, Rebecca Philipp, Katharina Scheffold, Frank Schulz-Kindermann, Martin Härter, Anja Mehnert. «*Perceived doctor-patient relationship and its association with demoralization in patients with advanced cancer*». En este estudio los investigadores examinan la asociación entre la percepción del paciente con su médico y su desmoralización medida en términos de depresión y ansiedad y otros signos. Se usaron varias escalas estandarizadas. Los resultados apuntalan la importancia en la relación médico-paciente en el contexto de

sobrellevar las demandas de vivir con cáncer en etapa avanzada. El estudio se realizó en *University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Alemania* en el año 2018.

Camargo, N., González, M., Bfrietzke, E y Texeira A,¹¹ realizaron un estudio documental para investigar el estado de la enseñanza para preparar al personal médico a dar malas noticias en Brasil. Este estudio concluyó que las facultades de medicina deben enfocarse en integrar esta capacitación en su currículo regular. Los resultados fueron publicados en Brasilia en el año 2019.

Zapana Mozombite Maher Salalzasbaz.¹² En Perú, realizó un estudio sobre las habilidades de los médicos residentes y especialistas para comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud del tercer nivel. Para este estudio se encuestó a 59 médicos del hospital regional de Loreto durante el año 2019 usando un cuestionario basado en el protocolo SPIKES. Aunque hay buena aceptación de este protocolo, se encontró que el 71.2 por ciento de los médicos no respetan los deseos del paciente al comunicar una mala noticia. El estudio concluyó en la necesidad de incluir el aprendizaje de habilidades en comunicación de malas noticias a pacientes y familiares. Este estudio fue publicado por la UNAP en sus anales, en Quito, Perú, 2019.

Carvajal, Cesar, investigo «El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Algunas Reflexiones».¹³ Este artículo aborda el tema de los procesos diagnósticos enmarcados dentro del ámbito de comunicar malas noticias en medicina. El estudio concluye en que cualquier diagnóstico que implique consecuencias inmediatas o mediatas que afecten la funcionalidad, calidad de vida o que implique limitaciones tendrá un impacto emocional en el paciente, y que la responsabilidad del médico puede transformar la entrega de un diagnóstico complicado en un acto de reflexión sobre el sentido de la existencia para cada paciente. El estudio fue realizado den la Universidad de los Andes, Santiago de Chile, 2017.

Fareshtech, A. E. y Delaram M¹⁴ exploraron las experiencias de un grupo de madres al recibir el diagnóstico de cáncer en sus hijos, debido a que la comunicación de las malas noticias afecta al individuo por la forma en que se reciben, interpretan y entienden. Este estudio fue realizado en Irán en el año 2014, en respuesta a la necesidad de presentar correctamente las malas noticias en medicina.

Los resultados de todas estas investigaciones nos dicen que es imperioso para el medico aprender a dar malas noticias en casos de diagnósticos graves o incapacitantes para evitar tanto como sea posible que el efecto de la mala noticia empeore la salud del paciente.

Como se ve en estos estudios, los esfuerzos para evitar causar daño o incrementar los problemas de salud del paciente se están llevando a cabo en todo el planeta. Pero ¿porque tantos esfuerzos? ¿En verdad se puede empeorar la salud del paciente con la comunicación de su diagnóstico de cáncer?

I.1.2. Nacionales

Se realizaron búsquedas exhaustivas sobre temas similares y hasta el momento no se han podido identificar estudios nativos de la República Dominicana.

I.2. Justificación

El presente estudio se enfocará en determinar el impacto generado en los pacientes luego de recibir la noticia del diagnóstico de cáncer.

Con este estudio se procura obtener conocimientos de las prácticas usadas para dar la noticia de un diagnóstico de cáncer en la República Dominicana e identificar las acciones y conductas consideradas por profesionales médicos como mejores prácticas, así como identificar los más importantes efectos que esta noticia tiene sobre la salud del paciente cuando se aplican protocolos estandarizados y también cuando simplemente se informa sin consideración del impacto que se podría estar causando al paciente.

«Entre la década de los cincuenta a los setenta, la mayoría de los médicos consideraban inhumano y dañino decirle toda la verdad. Pero los estudios de los médicos de seguimiento de pacientes con cáncer evidenciaron que el (95%) de los pacientes si quería saber que tenía cáncer y (85%) quería saber el pronóstico.

Es parte de la misión del médico moderno no solo hacer diagnósticos para hacer el pronóstico, ya que en oncología muchas veces los pacientes toman decisiones sobre su tratamiento dependiendo del pronóstico; si es malo se evitarán cirugías o tratamientos

agresivos que no van a aumentar la cantidad de vida y por el contrario empeoran su calidad; en cambio si el futuro es de curación el paciente aceptará cualquier tratamiento por más agresivo que sea». ¹⁵

Esta investigación aportará conocimientos en cuanto a los procedimientos y formas apropiadas o inapropiadas para comunicar el diagnóstico de cáncer al paciente y a sus familiares, así como los efectos más destacados que estos ejercen sobre la salud del paciente.

Los resultados de este estudio serán puestos a disposición de todos los centros donde haya posibilidad de detectarse y diagnosticarse una enfermedad cancerosa en un paciente. Especialmente será de gran beneficio para la práctica médica del primer nivel en República Dominicana.

Por su generalidad este estudio será valioso para todo médico general, especialistas, u oncólogo en la primera comunicación del diagnóstico de cáncer a un paciente.

La finalidad de este estudio es mejorar la comunicación del diagnóstico de cáncer, como una forma de disminuir los efectos negativos que normalmente tiene este evento en el paciente y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares durante y después de un diagnóstico de cáncer. Los beneficiarios de este estudio serán los pacientes y sus familiares, los oncólogos, psiquiatras y en general la sociedad que los utilice.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de este estudio radica en que el número de los pacientes con cáncer va en crecimiento. Hubo 2591 casos registrados en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter en Santo Domingo durante el año 2010.¹⁶ Esta proporción ha ido en aumento en los últimos años, hasta alcanzar 2859 casos en 2018¹⁷ siguiendo un patrón casi universal. A esta enfermedad (aún sin ser contagiosa) le ha tocado perpetuar el estigma que históricamente han tenido otras enfermedades como lepra, la peste, tuberculosis, o sida.

El cáncer tiene la connotación de ser una enfermedad terminal. Muchos médicos se ven en la situación de comunicar un diagnóstico sin proveer una consejería adecuada al paciente en lo que significa su enfermedad, las opciones de tratamiento, el pronóstico y sus derivados psicológicos. Esto podría estar exacerbando el impacto negativo que produce en el paciente la recepción de un diagnóstico de cáncer. Por lo que nos preguntamos ¿Cuál es el impacto de la comunicación del diagnóstico de cáncer en los pacientes ambulatorios que reciben atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, Octubre, 2021 – Marzo, 2022?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar el impacto de la comunicación del diagnóstico de cáncer en los pacientes ambulatorios que reciben atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, Octubre, 2021-Marzo, 2022.

III.2. Específicos:

Determinar el impacto de la comunicación del diagnóstico de cáncer en los pacientes ambulatorios que reciben atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, Octubre, 2021-Marzo,2022, según:

1. Edad
2. Sexo
3. Procedencia
4. Nivel educativo
5. Ocupación
6. Estado civil
7. Calidad de la comunicación del diagnóstico de cáncer
8. Depresión
9. Ansiedad

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Cáncer

IV.1.1. Historia

En general, el término cáncer se ha utilizado indistintamente para designar un sin número de neoplasias en animales y humanos. La nosología tuvo su origen en función de la palabra *karkinos* que fue aplicada a los tumores malignos por los antiguos griegos. Más adelante fue adoptada por los romanos (el significado de cáncer en el latín significa cangrejo), sin embargo, aún se utiliza en la literatura científica contemporánea. Registros antiguos datan evidencias de la existencia del cáncer en sus animales en el pasado remoto, en el hombre de las cavernas prehistóricas y en dinosaurios del Mesozoico. En la historia de la humanidad, más adelante se supo que los romanos y médicos griegos conocían bien los diferentes tipos de enfermedades malignas específica para cada órgano. Se reconocen más de doscientos subtipos histológicos en la actualidad que afectan animales superiores. Un conjunto de evidencia disponible sostiene que el cáncer abarca un conjunto complejo de eventos genéticos, con cambios dinámicos que subyacen al interior de la célula en el ecosistema corporal y en el estroma. Sin embargo, la iniciación y el desarrollo de la enfermedad se asocia con múltiples causas y factores predisponentes, incluyendo la senectud, variaciones epigénéticas, la exposición a virus, mutágenos químicos y por la radiación. No obstante, el inicio y desarrollo de la enfermedad está asociada a una serie de causas y factores predisponentes, incluyendo las variaciones epigénéticas, la senectud, la radiación, mutágenos químicos, y por la exposición a virus.

En el año 2018, el cáncer se convirtió en la causa primaria de muerte antes de los 70 años en 91 de 172 países, además ocupó el tercer lugar en 22 países adicionales. La mortalidad e incidencia por el cáncer va en incremento de manera exponencial, en particular por el crecimiento y envejecimiento de la población, así como también por los cambios en los principales factores de riesgo que se relacionan con el desarrollo socioeconómico, y por la disminución en las tasas de mortalidad. Con un estimado de 18.1 millones de casos nuevos de cáncer/año y 9.6 millones de muertes por cáncer/año, se espera que el gasto global en la enfermedad alcance un máximo histórico de \$100 mil millones, un 33 por ciento más que lo invertido en el pasado quinquenio. Solo para el año

2014, el gasto mundial en medicamentos contra el cáncer se incrementó a una tasa anual del 10,3 por ciento, y el espectro de la inversión en diagnóstico y tratamiento utilizando genotipificación y terapias dirigidas (inmunoterapia) será próximo a los 400.000 USD/año. Henriette Roland Holst, expresó muy bien que para poder conocer el mañana hay que reconocer que fue escrito ayer. El cáncer ha crecido con la humanidad, adquiriendo importancia progresiva de igual forma que la expansión poblacional. El presente relato contiene una mirada holística del cáncer en, y por la humanidad. El relato presente contiene una mirada holística del cáncer por y en la humanidad.

El planteamiento de que la progresión del cáncer es impulsada por mutaciones somáticas seriadas en genes específicos, ha tenido una aceptación general en los últimos 25 años. Antes de que se contara con el microscopio se pensaba que el cáncer estaba compuesto de cúmulos de moco u otro material acelular. En el siglo XIX a mediados del mismo, se pudo percibir que los tumores eran células en masas que surgían de células normales de los tejidos en los que se originaba la neoplasia. No obstante, durante más de diez décadas no se conocieron las bases moleculares de la incontrolada proliferación de células cancerosas. En ese intercalo, se plantearon diversas teorías de su origen. Otto Warburg, el gran bioquímico, planteó la teoría de la combustión que indicaba que el cáncer era producto del metabolismo anormal de oxígeno. Asimismo, algunos autores pensaron que todos los canceres constituían enfermedades contagiosas y que eran causados por virus.

Finalmente, las observaciones del cáncer que afectaba a los deshollinadores, estudios radiográficos y datos abrumadores que evidenciaban que el humo de cigarrillos era un agente causal del cáncer de pulmón, en conjunto con las investigaciones de Ames sobre la mutagénesis química, indicaban pruebas convincentes de que el cáncer se producía debido a cambios en el DNA.

De manera general, no se comprobó la exactitud de la teoría viral en las neoplasias (a excepción de los virus que causan el papiloma humano que originan el cáncer cervicouterino en mujeres). Mas tarde, fue de gran utilidad el estudio de familias con predisposición genética a mostrar neoplasias, para la identificación de genes supresores de tumores.¹⁸

IV.1.2. Definición

La palabra cáncer se deriva del latín «cangrejo» ya que los cánceres crecen y se diseminan enviando prolongaciones en forma de cangrejo hacia los tejidos circundantes.¹⁹

El término cáncer o tumor maligno se usa para describir una forma más avanzada de neoplasia que implica la invasión y destrucción de tejidos y define un proceso biológico inherentemente progresivo que puede culminar en una enfermedad sistémica y en muerte del hospedador. El proceso de tumorigénesis implica una serie de eventos estocásticos en un contexto proliferativo que puede generar una diversidad ilimitada en los atributos moleculares y fenotípicos de las células tumorales, tanto entre individuos afectados como dentro de un solo individuo afectado.¹⁹

IV.1.3. Etiología

Se cree que la patogénesis molecular de la mayoría de los cánceres se origina con una mutación o daño genético con los cambios resultantes en la fisiología celular que transforman una célula que funciona con normalidad en una célula cancerosa. Es posible también que en la patogénesis molecular del cáncer participen factores epigénicos implicados en el silenciamiento de uno o varios genes.

La mayoría de los genes relacionados con el cáncer se clasifican en 2 amplias categorías según aumente el riesgo del cáncer, una actividad excesiva o la actividad insuficiente del gen. La categoría relacionada con la actividad excesiva del gen comprende a los protooncogenes, los cuales son genes normales que se convierten en oncogenes causantes de cáncer si tienen alguna mutación. Los protooncogenes codifican las proteínas celulares normales como los factores de crecimiento, los receptores del factor de crecimiento, las moléculas de señalización del factor de crecimiento y los factores de transcripción que favorecen el crecimiento celular o aumentan la señalización dependiente del factor de crecimiento.

La categoría relacionada con la actividad insuficiente del gen comprende los genes supresores de tumor, los cuales, al ser menos activos crean un ambiente en el cual se promueve el cáncer. Estos incluyen el gen de la retinoblastoma (RB), el cual

normalmente evita la división celular y el gen TP53, el cual se activa en las células con ADN dañado para iniciar la apoptosis. La pérdida de la actividad del RB acelera el ciclo celular y conduce a un aumento en la proliferación celular, mientras que la inactividad del TP53 aumenta la supervivencia de las células con ADN dañado. El gen TP53 se ha convertido en un indicador pronóstico confiable.

Existen numerosos mecanismos moleculares y celulares con un gran número de vías relacionadas y genes que se sabe o se sospecha que facilitan el desarrollo del cáncer. Los genes que aumentan la susceptibilidad al cáncer o facilitan el cáncer incluyen defectos en los mecanismos de reparación del ADN, defectos en las vías de señalización del factor de crecimiento, evasión de la apoptosis, evitar la senescencia celular, desarrollo de angiogénesis sostenida y metástasis e invasión.²⁰

Todas esas alteraciones son el resultado de la interacción entre factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, a saber: carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes; carcinógenos químicos, como el amianto, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) y el arsénico (contaminante del agua de bebida), y carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias y parásitos ²¹

IV.1.4. Clasificación

Los 2 métodos básicos para clasificar los cánceres son la determinación del grado según las características histológicas o celulares del tumor y la estadificación según la diseminación clínica de la enfermedad. Ambos métodos se utilizan para determinar el curso de la enfermedad y ayudan en la selección del tratamiento adecuado o el plan de manejo.

La determinación del grado de los tumores comprende el examen microscópico de las células cancerosas para determinar su nivel de diferenciación y el número de mitosis. Los cánceres se clasifican como grados I, II, III y IV según la creciente anaplasia o la falta de diferenciación. La estadificación de los cánceres utiliza métodos para determinar la extensión y diseminación de la enfermedad. Se utiliza la cirugía para determinar el tamaño del tumor y la invasión a ganglios linfáticos.

La estadificación clínica del cáncer tiene el propósito de agrupar a las personas según la extensión de su enfermedad. Es útil en la determinación de las opciones de tratamiento para la persona individual, calcular el pronóstico y comparar los resultados de los diferentes regímenes de tratamiento.

En la mayoría de las instalaciones se utiliza el sistema TNM *del American Joint Committee on Cancer* (AJCC). Este sistema, clasifica la enfermedad en etapas utilizando 3 componentes tumorales:

- T: se refiere al tamaño y diseminación local del tumor primario.
- N: se refiere al compromiso de los ganglios linfáticos regionales.
- M: describe el grado de compromiso metastásico.

El momento en que se hace la estadificación se indica como estadificación diagnóstica-clínica (cTNM), estadificación posquirúrgica patológica de la resección (pTNM), estadificación de evaluación quirúrgica (sRNM), estadificación de repetición de tratamiento (rTNM) y estadificación según autopsia (aTNM).²⁰

IV.1.5. Fisiopatología

Los cánceres se caracterizan por el crecimiento celular no regular, la invasión de tejidos y metástasis. Una neoplasia es benigna cuando crece de forma no regulada sin invadir tejidos. La presencia de ambos rasgos es característica de las neoplasias malignas.

En las células normales, el crecimiento y la proliferación celulares están bajo un control estricto. Mientras que las células cancerosas pierden la capacidad de responder a los controles normales del crecimiento, lo cual permite el crecimiento y proliferación descontrolados. Las células de seres humanos requieren varios cambios genéticos para experimentar transformación neoplásica. También hay diferencias específicas por tipo celular para la transformación tumoral.

Las células transformadas con proliferación anormal rebasan a las células normales *in vitro* y a menudo presentan varias características anormales. Éstas incluyen pérdida de la inhibición por contacto, es decir las células continúan su proliferación después que se forma una capa confluyente; apariencia alterada y poca adherencia con otras células

o con el sustrato; pérdida de dependencia del anclaje para el crecimiento; inmortalización, y la capacidad para generar tumores cuando se inyectan en un hospedador apropiado.

En cuanto a la oncogénesis se propone que esta tiene tres pasos: inicio, promoción y progresión. Los fenómenos del inicio, como aumento de la función de los genes denominados oncogenes o disminución de la función de otros denominados genes supresores tumorales, pueden hacer que una sola célula adquiriera una ventaja de crecimiento distintiva. Aunque los tumores casi siempre surgen de una sola célula o clon.

Se cree que a veces no es una célula individual, sino un número mayor de células en un órgano específico que experimenta el fenómeno genético iniciador, por lo que muchas células de apariencia normal podrían tener un alto potencial maligno. Esto se conoce como efecto de campo. Los fenómenos de inicio casi siempre son genéticos e implican deleciones de genes supresores tumorales o amplificación de oncogenes. Los fenómenos ulteriores pueden producir acumulación de mutaciones adversas adicionales en el clon.

Se cree que el cáncer es una enfermedad de progresión clonal, ya que los tumores surgen de una sola célula y acumulan mutaciones que confieren al tumor un comportamiento cada vez más agresivo.

La mayoría de las neoplasias pasan por una progresión desde lesiones benignas a tumores in situ y hasta cánceres invasivos (p. ej., hiperplasia ductal atípica a carcinoma ductal in situ hasta carcinoma ductal invasivo de la mama).

Las células cancerosas a menudo presentan alteraciones en las vías de transducción de señales que conducen a la proliferación como respuesta a señales externas.

Las mutaciones o alteraciones en la expresión de las proteínas del ciclo celular, factores de crecimiento, receptores para factores de crecimiento, proteínas de transducción de señales intracelulares y factores de transcripción nuclear pueden causar trastornos en los mecanismos reguladores básicos que controlan el ciclo celular, lo que permite el desequilibrio del crecimiento y proliferación celulares.

El ciclo celular se divide en cuatro fases. Durante la fase sintética o S, la célula genera una sola copia de su material genético, mientras que, en la fase mitótica o M, los componentes celulares se dividen entre dos células hijas. Las fases G1 y G2 representan

lapsos en los que las células se preparan para completar las fases S y M, respectivamente. Cuando las células terminan la proliferación, salen del ciclo celular y entran al estado quiescente conocido como G0. En el ciclo de las células tumorales humanas, los reguladores como INK4A, INK4B y KIP1 a menudo están mutados o su expresión está alterada. Estas alteraciones subrayan la importancia de la regulación del ciclo celular en la prevención de los cánceres en seres humanos.²²

La diseminación del cáncer ocurre a través de 3 vías: la invasión y extensión directa, la siembra de células cancerosas en las cavidades del cuerpo y la diseminación metastásica a través de las vías vascular o linfática.

Sólo un clon proporcionalmente pequeño de células cancerosas es capaz de dar metástasis. Para metastatizar, una célula cancerosa debe ser capaz de desprenderse del tumor primario, invadir la matriz extracelular circundante, llegar al interior de un vaso sanguíneo, sobrevivir el paso en el torrente sanguíneo, salir de la circulación en una localización favorable, invadir el tejido circundante y empezar a crecer.

La tasa de crecimiento del tejido canceroso depende de la proporción entre las células que se están dividiendo y las que están en reposo (fracción de crecimiento), y el tiempo que se lleva en duplicarse el número total de células de un tumor (tiempo de duplicación). Un tumor suele no ser detectable hasta que se duplica 30 veces y contiene mil millones de células.²⁰

IV.1.6. Epidemiología

Las estadísticas del cáncer describen lo que sucede en grupos grandes de personas y ofrecen un panorama cronológico de la carga de la enfermedad para la sociedad.

Las estadísticas nos dicen cuántas personas reciben un diagnóstico de cáncer y mueren por esta enfermedad cada año, cuántas personas tienen un diagnóstico de cáncer en la actualidad, la edad promedio en el momento del diagnóstico y el número de personas todavía vivas en un momento dado después del diagnóstico. También nos informan sobre las diferencias entre los grupos definidos por edad, sexo, raza o grupo étnico, ubicación geográfica y otras categorías.

Aunque las tendencias estadísticas no se aplican en forma directa a un paciente en particular, son esenciales para los gobiernos, las autoridades responsables de formular políticas, los profesionales de la salud y los investigadores porque ayudan a entender el efecto del cáncer en la población y a crear estrategias que respondan a los desafíos que el cáncer presenta para la sociedad en general. Las tendencias estadísticas también son importantes para medir el éxito de las iniciativas para controlar y tratar el cáncer.

En la Región de las Américas, el cáncer es la segunda causa de muerte. Se estima que cuatro millones de personas fueron diagnosticadas en 2020 y 1,4 millones murieron por esta enfermedad.

Aproximadamente, el 57 por ciento de los nuevos casos de cáncer y el 47 por ciento de las muertes ocurren en personas de 69 años o más jóvenes, cuando se encuentran en lo mejor de sus vidas.

Los tipos de cáncer diagnosticados con mayor frecuencia entre los hombres son: próstata (21,7%), pulmón (8,9%), colorrectal (7,8%), vejiga (4,5%) y melanoma de la piel (3,4%). Entre las mujeres, los tipos de cáncer con mayor incidencia son: mama (25,4%), pulmón (8,5%), colorrectal (7,9%), tiroides (5%) y cervicouterino (3,8%).

Los tipos de cáncer que causaron más muertes entre los hombres son: pulmón (18%), próstata (11,1%), colorrectal (9,4%), hígado (6,1%) y estómago (5,6%). En las mujeres son: mama (13,2%), pulmón (12,3%), colorrectal (7%), cervicouterino (5,3%) y ovario (3,9%).

A nivel mundial, se estima que hubo 20 millones de nuevos casos de cáncer y 10 millones de muertes por cáncer. La carga del cáncer aumentará aproximadamente en un 60 por ciento durante las próximas dos décadas, lo que afectará aún más a los sistemas de salud, a las personas y a las comunidades.

Se prevé que la carga mundial por cáncer aumente a unos 30 millones de nuevos casos para 2040, y el mayor crecimiento se producirá en países de ingresos bajos y medianos.

Si no se toman medidas para prevenir y controlar el cáncer, se prevé que el número de personas que serán diagnosticadas con cáncer aumentará en un 55 por ciento, lo que significa aproximadamente 6,23 millones de personas para 2040, en la Región de las Américas.²³

IV.1.7. Diagnóstico

El diagnóstico del cáncer está basado fundamentalmente en la biopsia de tejido. No debe realizarse nunca el diagnóstico sin antes obtener tejido; ningún procedimiento diagnóstico sin penetración corporal es suficiente para determinar un proceso patológico como lo es el cáncer. Aunque existen situaciones clínicas poco habituales (p. ej., los nódulos tiroideos) en las que la aspiración con aguja fina es un procedimiento diagnóstico aceptable, en general el diagnóstico se basa en extraer del paciente tejido apropiado para permitir un estudio meticuloso de la histología del tumor, su grado y su capacidad de invasión y para obtener, además, datos de diagnóstico molecular, como la expresión de marcadores de superficie celular o proteínas intracelulares que tipifican un cáncer determinado o la presencia de un marcador molecular, como la translocación t(8;14) del linfoma de Burkitt. Cada vez son más los datos que relacionan la expresión de determinados genes con el pronóstico y la respuesta al tratamiento. En ocasiones, un paciente presentará un proceso patológico metastásico que se define como cáncer en la biopsia, pero que carece de una localización primaria de enfermedad. Debe intentarse definir la ubicación primaria a partir de la edad, el género, los lugares afectados, la histología y los marcadores tumorales, así como por los antecedentes personales y familiares. Debe dedicarse especial atención a descartar las causas más tratables. Una vez establecido el diagnóstico de cáncer, es preferible entender el tratamiento del paciente como una colaboración interdisciplinaria entre el médico de atención primaria, los oncólogos médicos, los oncólogos radioterapeutas, los especialistas en enfermería oncológica, los farmacólogos, los asistentes sociales, los especialistas en rehabilitación y otros profesionales de consulta, trabajando en estrecha colaboración entre sí, con el paciente y su familia.²⁴

IV.1.7.1. Clínico

Es probable que no exista una sola función que no esté afectada por la presencia del cáncer. Debido a que las células tumorales reemplazan el tejido parenquimatoso normalmente funcional, las manifestaciones iniciales del cáncer suelen reflejar el sitio de compromiso primario.

Conforme crece el cáncer, comprime y erosiona los vasos sanguíneos, y causa ulceración y necrosis junto con un sangrado franco y en ocasiones hemorragia. Es posible que las células cancerosas produzcan enzimas y toxinas metabólicas que destruyen los tejidos circundantes. Por lo general, el tejido dañado por crecimiento canceroso no cicatriza en forma normal. Más bien, el área dañada persiste y a menudo continúa creciendo; una úlcera que no cicatriza es otra señal de advertencia de cáncer. El cáncer no respeta los límites anatómicos normales; conforme crece, invade y comprime las estructuras adyacentes. A menudo, el signo de presentación de algunos tumores es el desarrollo de derrames o líquido en los espacios pleurales, pericárdico y peritoneal. El compromiso directo de la superficie serosa parece ser el factor causal más importante, aunque muchos otros mecanismos, como la obstrucción del flujo linfático, desempeñen cierto papel.

Gran parte de las manifestaciones clínicas del cáncer, que incluyen anorexia y caquexia, fatiga y trastornos del sueño, y anemia, no están relacionadas en forma directa con la presencia de una masa tumoral sino con las vías metabólicas alteradas la presencia de citocinas y otros mediadores circulantes.

Muchos cánceres están relacionados con adelgazamiento y consunción de la grasa corporal y el tejido muscular, acompañado de una debilidad profunda, anorexia y anemia. Este síndrome de consunción a menudo se denomina síndrome de caquexia-anorexia del cáncer. Es una manifestación frecuente de la mayoría de los tumores sólidos, con excepción del cáncer de mama. Se ha calculado que es una causa importante de morbilidad y mortalidad en el 80 por ciento de las personas con cáncer avanzado y es responsable de la muerte de hasta el 20 por ciento de los casos. Este estado es más frecuente en niños y adultos mayores y se hace más pronunciado conforme la enfermedad progresa.

Aunque la anorexia, la disminución en la ingesta de alimentos y las anomalías en el sentido del gusto son frecuentes en personas con cáncer y a menudo se acentúan por los métodos de tratamiento, el grado de adelgazamiento y de consunción de proteínas no se explica sólo en términos de disminución de la ingesta de alimento. En contraste con la inanición debida a la falta de ingesta de alimento, con la que el peso se pierde de manera preferente a partir del compartimiento de grasa, en la caquexia se pierde el

compartimiento tanto de grasa como de músculo esquelético. Asimismo, la pérdida de proteína que ocurre con la inanición se divide igual entre las proteínas del músculo esquelético y las viscerales, mientras que en la caquexia las proteínas viscerales están relativamente bien conservadas. Es por ello por lo que existe una pérdida de la masa hepática en la inanición, pero un aumento en las personas caquéticas debido al reciclado hepático de nutrientes y a la respuesta de fase aguda.

Por último, y más importante, el adelgazamiento que ocurre en la inanición suele revertirse con la realimentación, mientras que la complementación nutricional oral o parenteral no revierte la caquexia.

Los tumores tienden a consumir gran cantidad de glucosa, con un aumento resultante en la formación de lactato debido a que las concentraciones de oxígeno en el tumor son demasiado bajas para soportar el ciclo del ácido cítrico y la fosforilación oxidativa mitocondrial.

Aunque no se comprenden del todo los mecanismos del síndrome de la anorexia-caquexia del cáncer, es muy probable que sean multifactoriales, provocados por una respuesta inflamatoria persistente en conjunción con la producción de citocinas específicas y factores metabólicos tumorales.

La fatiga y los trastornos del sueño son 2 de los efectos secundarios más frecuentes que presentan las personas con cáncer. La fatiga relacionada con el cáncer se caracteriza por sensación de cansancio, debilidad y falta de energía y es distinta del cansancio normal que siente la persona sana en cuanto a que no se alivia con el reposo o el sueño. Ocurre tanto como una consecuencia del cáncer mismo o como un efecto secundario del tratamiento para el cáncer. La fatiga relacionada con el cáncer en ocasiones es un síntoma temprano de la enfermedad maligna y más de una tercera parte de las personas lo refiere al momento del diagnóstico. Además, el síntoma a menudo permanece durante meses o incluso años después del tratamiento. Se desconoce la causa de la fatiga relacionada con el cáncer, pero es probable que sea multifactorial y comprenda la desregulación de varios sistemas fisiológicos, bioquímicos y psicológicos interrelacionados.

A pesar de que la fatiga y los trastornos del sueño relacionados con el cáncer son padecimientos distintos, están estrechamente vinculados en términos de prevalencia y

síntomas. Las personas con cáncer presentan mala calidad del sueño, trastorno en el inicio y mantenimiento del sueño, sueño insuficiente, despertares nocturnos y sueño intranquilo. Como con la fatiga, los factores precipitantes incluyen el diagnóstico del cáncer, el tipo y etapa de éste, el dolor y los efectos secundarios del tratamiento (p. ej., náuseas, vómito). Una vez que inicia, el insomnio a menudo se autoperpetúa debido a la tendencia natural de compensar por la pérdida de sueño con siestas, acostarse temprano y levantarse tarde. Es posible también que la fatiga que ocurre con el cáncer y el tratamiento anticáncer provoque, que las personas amplíen su oportunidad de dormir y, por ello, se vuelve un factor contribuyente del insomnio. Se han observado también correlaciones entre la fatiga y los síntomas diurnos de problemas de sueño, como somnolencia y siestas diurnas.

Por otra parte, la anemia es frecuente en las personas con diversos tipos de cánceres. Es posible que se relacione con hemorragia, hemólisis, deterioro de la producción de eritrocitos o efectos del tratamiento. Por ejemplo, los fármacos que se utilizan en el tratamiento son citotóxicos y disminuyen la producción de eritrocitos. Además, existen muchos mecanismos a través de los cuales se deteriora la producción de eritrocitos en personas con neoplasias malignas, que incluyen insuficiencias nutricionales, insuficiencia de médula ósea y una respuesta disminuida de la eritropoyetina a la hipoxia.

La anemia relacionada con el cáncer está asociada con una reducción de la efectividad del tratamiento, aumento en la mortalidad, aumento en los requerimientos de transfusión y reducción en el desempeño y calidad de vida. La hipoxia, una característica típica de los tumores sólidos avanzados, se ha reconocido como un factor crucial en la promoción de la resistencia tumoral a la radioterapia y algunos agentes quimioterapéuticos.

Además de los signos y síntomas en los sitios de enfermedad primaria y metastásica, el cáncer en ocasiones produce manifestaciones en sitios que no están afectados en forma directa por la enfermedad. Tales manifestaciones se denominan colectivamente síndromes paraneoplásicos. Algunas de estas manifestaciones son causadas por la elaboración de hormonas en las células cancerosas y otras, por la producción de factores circulantes que producen síndromes hematopoyéticos, neurológicos y dermatológicos.

Estos síndromes se relacionan con más frecuencia con las neoplasias malignas pulmonares, de mama y hematológica. Algunos síndromes paraneoplásicos están relacionados con la producción de mediadores circulantes que producen complicaciones hematológicas. Por ejemplo, una variedad de cánceres produce factores procoagulación lo que contribuye a un aumento de riesgo de trombosis venosa y endocarditis trombotica no bacteriana. En ocasiones, accidentes tromboticos inexplicables son la primera indicación de una neoplasia maligna no diagnosticada.

Una amplia variedad de síndromes cutáneos está relacionada con las neoplasias malignas y es posible que precedan, sean concurrentes o sigan al descubrimiento del cáncer. Entre los trastornos dermatológicos paraneoplásicos está la acantosis pigmentaria, que se caracteriza por hiperqueratosis pigmentada que consiste en lesiones simétricas, verrugosas y papilares que ocurren en las áreas de flexión, en particular las axilas y las áreas perineales. Las lesiones suelen ser simétricas y estar acompañadas de prurito. Los síndromes paraneoplásicos en ocasiones son la primera indicación de que una persona tiene cáncer y debe considerarse como tal. Es posible que también representen problemas clínicos significativos, ser potencialmente mortales en personas con cáncer e imitar enfermedad metastásica y confundir el tratamiento.²⁰

IV.1.7.2. Laboratorio

Dentro de los estudios de laboratorio tenemos los estudios histológicos y citológicos que son métodos que se utilizan para examinar los tejidos y células. Se dispone de varias estrategias para la toma de muestra, que incluyen frotis citológicos, biopsias de tejido y aspiración con aguja.

La prueba de papanicolau es un método citológico que se utiliza para detectar células cancerosas. Su utilidad se basa en el hecho de que las células cancerosas carecen de propiedades de cohesión y uniones intercelulares que son características del tejido normal. Sin estas características, las células cancerosas tienden a exfoliarse y se mezclan con las secreciones que rodean al crecimiento tumoral. Aunque la prueba de Papanicolau se usa ampliamente como una prueba de detección de cáncer cervical, es

posible realizarla en otras secreciones corporales, que incluyen secreción del pezón, lavados anales, líquido pleural o peritoneal y lavados gástricos.

La biopsia de tejido comprende la extirpación de una muestra de tejido para estudio microscópico. Las biopsias se obtienen de varias maneras, que incluyen biopsia con aguja, métodos endoscópicos, como broncoscopia o cistoscopia, las cuales implican el paso de un endoscopio a través de un orificio y dentro de la estructura afectada; o métodos laparoscópicos. En algunos casos, se hace una incisión quirúrgica de la cual se toman especímenes de biopsia. Las biopsias escisionales son aquellas en las que se extirpa el tumor completo. Los tumores suelen ser masas pequeñas, sólidas y palpables. Si el tumor es demasiado grande para extirparse completo, se toma una cuña de tejido de la masa para su examen.

La conservación adecuada del espécimen incluye la inmersión pronta en una solución de fijación como formalina, pero se conserva una porción en un fijador especial para microscopía electrónica o la pronta refrigeración para permitir el análisis óptimo de hormonas, receptores y otros tipos de análisis moleculares. Es posible hacer un corte rápido congelado para determinar la naturaleza de la masa o evaluar los márgenes del tumor extirpado para asegurarse de que se ha extraído la neoplasia completa.

Por otra parte, la aspiración con aguja fina es otra estrategia que se usa ampliamente. El procedimiento comprende la aspiración de células y líquido acompañante con una aguja de calibre pequeño. El método se usa con más frecuencia para la evaluación de lesiones fácilmente palpables en sitios como tiroides, mama y ganglios linfáticos. Las técnicas modernas de imagenología han permitido también que el método se amplíe a estructuras más profundas como los ganglios linfáticos pélvicos y el páncreas.

También se utiliza la inmunohistoquímica comprende la utilización de anticuerpos para facilitar la identificación de productos celulares o marcadores de superficie. Por ejemplo, ciertos carcinomas anaplásicos, linfomas malignos, melanomas y sarcomas tienen un aspecto muy similar bajo el microscopio, pero deben identificarse con exactitud porque su tratamiento y pronóstico son bastante diferentes. Los anticuerpos en contra de los filamentos intermedios han probado ser útiles en tales casos porque las células tumorales a menudo contienen filamentos intermedios característicos de su tejido de

origen. Es posible también utilizar la inmunohistoquímica para determinar el sitio de origen de tumores metastásicos.

En los casos en los cuales es oscuro el origen de las metástasis, la detección inmunoquímica de antígenos específicos de tejido o específicos de un órgano ayudan a identificar el origen del tumor. Esta también se utiliza para detectar moléculas que tienen importancia pronóstica o terapéutica. Por ejemplo, la detección de receptores de estrógenos en las células de cáncer mamario es de significancia pronóstica porque estos tumores responden al tratamiento antiestrógenos.

Por último, la tecnología de micromatrices utiliza las micromatrices multigénicas (genochips) con las que es posible realizar de manera simultánea ensayos miniatura para detectar y cuantificar la expresión de un gran número de genes. La ventaja que tiene es la capacidad de analizar un gran número de cambios en las células cancerosas para determinar los patrones generales de conducta que no se lograron evaluar mediante medios convencionales. Hoy en día se encuentran en el comercio las micromatrices de ADN para ayudar a tomar decisiones clínicas con respecto al tratamiento del cáncer de mama. Además de identificar los tipos de tumor, se han utilizado para determinar un pronóstico y la respuesta al tratamiento, examinar los cambios tumorales después del tratamiento y clasificar los tumores hereditarios.²⁰

IV.1.7.3. Imágenes

La imagenología consiste en obtener imágenes del interior del cuerpo. En el diagnóstico del cáncer suele ser necesario realizar exámenes mediante imágenes en los que, en muchos casos, se utilizan pequeñas cantidades de radiación.

Procedimientos como los rayos X, la tomografía computarizada (TC), la obtención de imágenes por resonancia magnética (MRI), la tomografía por emisión de positrones (PET) y la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) son importantes para detectar el cáncer y tomar decisiones clínicas.²⁵

Aunque la prueba definitiva para un diagnóstico de cáncer es un examen histopatológico, las pruebas de imagen constituyen un elemento esencial para el diagnóstico temprano de cáncer y muchas otras patologías.

El diagnóstico por imagen constituye una prueba complementaria, que permite la detección temprana del cáncer y el seguimiento de su evolución posterior.

IV.1.8. Diagnóstico diferencial

El diccionario médico²⁶ define diagnóstico diferencial como una relación de enfermedades que pueden ser las causantes de los síntomas y signos que sufre un paciente, una vez que se ha realizado la anamnesis y la exploración física, y antes o

En medicina, el diagnóstico diferencial es el procedimiento por el cual se identifica una determinada enfermedad mediante la exclusión de otras posibles causas que presenten un cuadro clínico semejante al que el paciente padece.

Debido a que hay muchos tipos diferentes de cáncer, en cada tipo de cáncer se van a identificar un número de otras patologías posibles. Se concluye con un diagnóstico de cáncer después de evaluar y descartar todos los diagnósticos diferenciales.

IV.1.9. Tratamiento

Los tratamientos del cáncer se dividen en cuatro grupos principales: cirugía, radioterapia (incluida terapéutica fotodinámica), quimioterapia (incluidos hormonoterapia y tratamiento molecular) y bioterapia (incluidas inmunoterapias y genoterapia). Tales modalidades se usan a menudo en combinación y los fármacos que pertenecen a una categoría actúan por diversos mecanismos. Por ejemplo, la quimioterapia del cáncer puede inducir diferenciación, mientras los anticuerpos (una forma de inmunoterapia) pueden utilizarse para administrar radioterapia.

La cirugía y la radioterapia se consideran tratamientos locales, aunque sus efectos pueden influir en el comportamiento tumoral en lugares distantes. La quimioterapia y la bioterapia suelen ser tratamientos sistémicos²⁴.

A partir de la información sobre la extensión de la enfermedad y el pronóstico y adecuándose a los deseos del paciente, se decide si el método de tratamiento debe ser curativo o paliativo en cuanto a su intención.

Para algunos cánceres, la quimioterapia o la quimioterapia más radioterapia administradas antes de las medidas quirúrgicas definitivas (denominada tratamiento neoadyuvante) puede mejorar el pronóstico, como parece ser el caso del cáncer de mama localmente avanzado y de los tumores de cabeza y cuello. En ciertas instituciones en las cuales se pretende aplicar esta modalidad combinada de tratamiento para conseguir resultados óptimos, resulta esencial la coordinación entre el oncólogo médico, el oncólogo radioterapeuta y el cirujano. A veces es necesario administrar la quimioterapia y la radioterapia de forma secuencial y, otras veces, al mismo tiempo.

Los procedimientos quirúrgicos pueden aplicarse antes o después de otros métodos terapéuticos. Lo mejor para el tratamiento es seguir con precisión un protocolo normalizado o formar parte de un protocolo de investigación clínica en marcha para valorar nuevos tratamientos.²⁴

IV.1.10. Complicaciones

Los pacientes de cáncer presentan una extrema fragilidad física y psicológica. Partiendo de esta situación de fragilidad, van a tener múltiples complicaciones a lo largo de la evolución de su enfermedad. Estas complicaciones pueden ser debidas a procesos relacionados con la neoplasia y complicaciones relacionadas con los tratamientos oncológicos.

Según Chávez et al²⁷ las neoplasias pueden producir dolor secundario al tumor primario o sus metástasis, síndrome de vena cava superior, síndrome de compresión medular, hipercalcemia tumoral, Infecciones, fiebre-neutropenia, shock séptico, y fenómenos tromboembólicos.

Los tratamientos oncológicos pueden producir, emesis postquimioterapia, mucositis oral, esofagitis, fiebre neutropénica, mielosupresión, alopecia, náuseas y vómitos, diarrea, toxicidad cutánea, flebitis, neurotoxicidad, cardiotoxicidad, hepatotoxicidad, y anafilaxia.

Entre las complicaciones psicológicas más comunes están la depresión y la ansiedad, las cuales resultan de una combinación de la enfermedad, los tratamientos, y las circunstancias del paciente.

IV.1.11. Pronóstico y evolución

El pronóstico se calcula utilizando estadísticas que han sido recolectadas por investigadores durante muchos años. Dichas estadísticas provienen de personas que padecen un cáncer en específico.

Existen una serie de factores que van a determinar el pronóstico y la evolución de la enfermedad, dentro de los cuales se pueden destacar; el tipo de cáncer y su localización, el estadio de la enfermedad, que indica el tamaño del cáncer y la afectación o metástasis hacia otros órganos, los marcadores biológicos y moleculares que dan una idea de la rapidez con la que puede crecer y diseminarse el cáncer, edad y estado de salud antes de tener el cáncer, así como también la respuesta al tratamiento.²⁸

IV.2. Comunicación del diagnóstico médico

El médico tratante es responsable de comunicar el diagnóstico al paciente. La transmisión de un diagnóstico médico está equiparada en medicina a la transmisión de malas noticias,²⁹ La transmisión de información diagnóstica es un proceso. No consiste en un solo acto aislado que finaliza una vez que el profesional haya explicado la situación médica al enfermo, sino que debe continuar a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

Según García J y Domínguez L, en la transmisión del diagnóstico, este se separa en tres tipos de diagnóstico: «médico», «comunicado» y «asimilado».³⁰ El médico tiene un concepto de lo que significa el diagnóstico el cual sufre modificaciones en la transferencia al paciente. El paciente por su parte recibe el diagnóstico comunicado y construye su propia interpretación de lo que este significa. De ahí que la comunicación de un diagnóstico, aunque parece una acción simple, puede ser bastante compleja y depende mucho de la habilidad de comunicación del médico. Dar el diagnóstico al paciente no es solo transferirle la noticia.

Champagne DM dice que «la diferencia entre informar de un diagnóstico de cáncer y comunicarlo es, fundamentalmente, que informar es solo transmitir la (mala) noticia clínica, mientras que comunicarlo es darle al paciente una visión completa y

comprensible de la situación³¹ y fomentar una cooperación positiva dirigida a los mejores resultados posibles, todo ello con empatía y apoyo al paciente».

IV.2.1. La comunicación de malas noticias

La gama de posibles malas noticias es realmente amplia en el ejercicio de la profesión médica. Las malas noticias pueden asociarse a diagnósticos no severos como enfermedades crónicas como la diabetes; con incapacidades o pérdidas funcionales, con un tratamiento que es cruento, doloroso o exigente; o incluso con información que para el médico es neutra.

Puede ser que el diagnóstico llegue, simplemente, en un momento inoportuno, o que el paciente reciba un diagnóstico incompatible con el desempeño de su trabajo. A veces, una fractura de tobillo es la peor noticia para un deportista profesional porque le impide realizar su trabajo quizás para siempre.

La mala noticia tiene al menos un componente objetivo: La severidad de la mala noticia a la que hacemos referencia cuando informamos de enfermedades 'graves y otro componente subjetivo que depende del propio paciente. Por ello, los pacientes responden a las malas noticias influenciados en gran medida por el contexto psicosocial en el que viven³¹. No es de extrañar, pues, que las malas noticias sean recibidas de diferente manera por cada persona. Así que el contexto en que se da es importante.

La comunicación de la verdad cuando se trata de una «mala noticia» es una situación especialmente compleja en la práctica profesional. Mala noticia es aquella que altera o cambia la perspectiva del paciente y su familia de manera drástica y negativa.³² También suele causar alteración emocional de forma adversa o grave. Una mala noticia puede afectar la visión futura del paciente y convertirlo en no cooperativo con su propio tratamiento. La comunicación de malas noticias incluye una gran variedad de situaciones, desde el resultado de un examen, hasta un diagnóstico de mal pronóstico.

Para dar una mala noticia de salud, Rayón, Cortes y Maya concluyen que es fundamental elegir el momento, la forma y el contenido apropiados, considerando las características y las condiciones del paciente, para que haya una mejor comprensión y asimilación de la información,³³ y de la verdad de la información que se transmite.

Aunque la comunicación de malas noticias es una práctica inherente a la práctica médica ya que permanentemente debe darse información contraria a las expectativas de los pacientes, es una tarea que se tiende a rehuir, evitar o delegar en otros.

En su investigación sobre la comunicación de malas noticias en salud, Luz Bascuñán,³⁴ describe seis pasos o fases: 1ª Preparación del Entorno y del profesional, 2ª Explorar la percepción e información que maneja el paciente sobre su condición, 3ª Explorar qué y cuánto desea saber el paciente en ese momento, 4ª Compartir la información, 5ª Explosión y acogida de sentimientos, y 6ª Planificación y seguimiento. Bascuñán concluye afirmando que la comunicación de malas noticias involucra profundamente al médico, y no sólo porque se ve afectado por el dolor de los demás sino que porque para realizar esta tarea (comunicar una verdad adversa) usa su propia persona.

Es importante aceptar que la mala noticia no se puede convertir en buena noticia. El grado de la mala noticia es proporcional a la distancia entre la percepción del paciente de la situación y la realidad, por lo que la tarea del profesional de la salud es facilitar el paso de la percepción de su situación hacia la realidad,³⁵ con una mínima alteración del estado de salud físico o mental al paciente.

IV.2.2. Modelos de comunicación de un diagnóstico de cáncer.

Los objetivos de la comunicación en oncología según el NIC son: Establecer confianza y una buena compenetración, recopilar información sobre el paciente y su familia, comunicar información negativa o cualquier otro tipo de información acerca de la enfermedad, tomar en cuenta las emociones del paciente y explorar sus inquietudes.³⁶

En oncología una comunicación adecuada con el paciente puede convertirse en el mejor de los aliados terapéuticos. Saber cuándo y cómo explicar el diagnóstico y su tratamiento, y asegurarse de que la persona lo entiende y se compromete con su enfermedad podrían ser las claves para alcanzar el éxito clínico.

No existe un modelo de comunicación de diagnóstico de cáncer universalmente aceptado. La diversidad cultural (creencias, lenguaje, y cultura en general), hacen imposible un manejo similar de esta comunicación en todas las áreas geográficas.

Existen varios protocolos (ABCDE, SPIKES, etc) usados ampliamente en Norteamérica y algunos otros países más avanzados. Entre los investigadores del tema se evidencia una tendencia generalizada a proponer seis pasos para la comunicación efectiva de un diagnóstico de cáncer. Las etapas comunes son⁵: Preparación inicial, alinear la notificación con la percepción del paciente, reconocer que y cuanto quiere saber el paciente, compartir el diagnóstico de cáncer, responder a los sentimientos y emociones del paciente, y explicar la estrategia de tratamiento y resumir la entrevista.

IV.2.3. Aspectos legales y éticos en la comunicación de un diagnóstico de cáncer

Aunque algunos autores recomiendan que una completa discusión del diagnóstico con el paciente no es siempre la mejor opción. La gran mayoría de investigadores del tema considera un deber profesional proveer al paciente con toda la información disponible sobre su diagnóstico.³⁷ Otros investigadores van más allá. Parra considera que el médico tiene la obligación legal y ética de proveer información completa al paciente sobre su condición.^{38,39} En su artículo honestidad en medicina el Dr. Drane concluye que «decir la verdad no significa negar las esperanzas. La esperanza y la verdad e incluso la amistad y el amor forman parte de la ética de los cuidados terminales».⁴⁰

En cuanto a los aspectos éticos en la comunicación del diagnóstico de cáncer, los profesionales del área de la salud se ven enfrentados frecuentemente a dilemas éticos que conllevan decisión sobre la conveniencia o no de dar a conocer al enfermo su diagnóstico o pronóstico. Decir o no la verdad a un paciente puede parecer muy simple, pero en realidad es una decisión muy difícil.⁴¹ La comunicación de la verdad, particularmente cuando se trata de informar «malas noticias», es una situación estresante y difícil para los médicos y para el resto del equipo de salud.⁴² Una realidad habitual es que esta comunicación es manipulada de modo tal que, en el mejor de los casos, resulta en una verdad parcial, y en el peor en un cuadro pintado sobre la base de falsedades y omisiones.⁴³

La ética médica tradicional se ha basado en dos principios fundamentales, «beneficencia» y «no maleficencia», exigidos a los médicos en ejercicio.⁴⁴ Estos principios se enfrentan frecuentemente cuando el médico debe entregar información que

puede alterar en forma negativa la visión del paciente sobre su situación de salud.⁴⁵ Además, el médico busca mantener el respeto por la autonomía del paciente.

Existen causas básicas que interfieren con una buena comunicación de una mala noticia por parte del médico. La evidencia sugiere que los profesionales médicos experimentan diversas emociones en el proceso: Incertidumbre acerca de las expectativas del paciente, miedo a destruir el optimismo del paciente, miedo a una reacción inadecuada, vergüenza por haber entregado previamente una visión demasiado optimista al paciente, miedo a su propia ineficiencia en términos de la incontabilidad de la enfermedad, sentirse no preparado para manejar la reacción emocional anticipada del paciente.⁴⁶

IV.2.4. Elementos que interfieren en la comunicación de diagnóstico de cáncer al paciente

Según el *National Institute of Cancer* de Estados Unidos, los factores que más comúnmente afectan una buena comunicación del diagnóstico de cáncer son: Edad, raza, etnia y comunicación Posición socioeconómica, influencia de la cultura, la etnia y el lenguaje, la familia del paciente, y otras barreras para la comunicación.³⁶

Existen planteamientos teóricos que tratan de explicar las razones para que a pacientes de cáncer no se les den todos los detalles de su condición o incluso que se le oculte su diagnóstico. Entre estos debates se encuentran la conspiración del silencio, los límites de la verdad tolerable, la conciencia de la mortalidad que se enciende en el paciente con conocimiento completo de su enfermedad, y otras ideas tan triviales como permitir al paciente disfrutar de sus últimos días sin las preocupaciones de la muerte.

IV.2.4.1. La conspiración del silencio

La comunicación del diagnóstico al paciente ha ido evolucionando para incorporar las circunstancias del paciente a la decisión de cuanto se le informa.

No existe un acuerdo general sobre la información que debe darse a los pacientes que sufren un proceso oncológico acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.⁴⁷ Muchos

autores hablan del pacto o la conspiración del silencio cuando se trata de informar un diagnóstico de cáncer al paciente.⁴⁷⁻⁴⁹ La conspiración o el pacto de silencio fue definida por Ruiz y Coca como un acuerdo, implícito o explícito entre los familiares, allegados y profesionales sanitarios, de ocultar o distorsionar la información sobre su situación diagnóstica, tratamiento y/o pronóstico al paciente para evitarle el sufrimiento de enfrentar el final de su vida,⁵⁰ pero al mismo tiempo se corre el riesgo de que el paciente reúse los tratamientos a su enfermedad por considerarlos innecesarios.

Otros investigadores⁵¹⁻⁵³ concluyen que si a este aspecto le añadimos la autonomía como muestra de la dignidad de la persona, y el derecho a la información con su consecuente toma de decisiones, el pacto de silencio se convertirá en una agresión a los derechos humanos fundamentales.

IV.2.4.2. Límites de la verdad tolerable

La conspiración del silencio colinda con el concepto sobre los límites de la verdad tolerable (VT). «En Bioética el término verdad tolerable hace referencia al momento en que el médico debe comunicarle a un sujeto, en posición de paciente, que se enfrenta a una invalidez psicofísica progresiva, a una enfermedad crónica o a una enfermedad grave con un desenlace fatal inminente».⁵⁴ Este concepto sustenta que la verdad hay que adaptarla a cada paciente y a su grado de tolerancia en cada momento.⁵⁵ La verdad tolerable es aquella que el paciente puede asumir en un momento dado sin que se le causen graves daños psicológicos e incluso con repercusión física negativa en su enfermedad.

El conocimiento de la verdad más o menos amplia o rigurosa irá en función de las necesidades que tenga el enfermo de saber o no saber. Los límites de la verdad fueron objeto de estudio por Rubiales et al del Servicio de Oncología en Hospital Universitario de Valladolid.⁵⁶ Una de las aportaciones más importantes de la «verdad soportable» fue la de reconocer la necesidad de mirar al paciente como un individuo concreto y peculiar. No lo mismo sirve para todos.⁵⁵

IV.2.4.3. Mortalidad y tiempo mortal

El concepto de mortalidad y nuestra limitación en el tiempo se hace más evidente ante la presencia de una enfermedad mortal o que pone en peligro la vida de una persona. McQuellon y Cowan⁵⁷ usan el término «tiempo mortal» para capturar la experiencia de estar altamente consciente de nuestra propia mortalidad. Mientras todos vivimos en tiempo mortal desde nuestro nacimiento, una enfermedad como el cáncer puede guiar el foco de nuestras vidas hacia la muerte. Esto crea una profunda perturbación en el paciente diagnosticado con cáncer. La manera en cómo el médico maneja esta situación es seriamente importante para la salud física y mental del paciente.

IV.3. Efectos de un diagnóstico de cáncer en la salud del paciente

La presente investigación se enfocará en determinar el impacto generado por la noticia del diagnóstico de cáncer en sí, y la contribución a ese impacto producida por los procedimientos y métodos actualmente en uso para entregar el diagnóstico de cáncer al paciente en nuestro país. Para Peiro y Sanchez,⁵⁵ la experiencia reafirma que el impacto emocional está claramente más ligado al estilo de comunicación del oncólogo que a la información misma que transmite.

Muchos investigadores del tema^{55,57,58} han concluido que un diagnóstico de cáncer causa en los pacientes una enorme carga de emociones y deterioro de la salud mental. Incluyendo la *American Cancer Society*,⁵⁹ todos están de acuerdo que los impactos más relevantes en la salud mental del paciente son estrés, depresión, ansiedad, angustia, miedo etc. Otros autores^{10,60,6} concuerdan también en que la forma en que se le comunique el diagnóstico de cáncer al paciente puede aumentar (o disminuir) el nivel de estos trastornos.

IV.3.1. Depresión

La OPS/OMS define la depresión como «una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. Se manifiesta con tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos

de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y disminución de la concentración». ⁶¹ Luna y Wilchez la identifican como una de los trastornos más frecuentes y crónicos a nivel mundial enfermedad. ⁶²

En su estudio «Cáncer y depresión» ⁶³ Pousa et al concluyen que la depresión es un trastorno frecuente, aunque habitualmente infra diagnosticado e infra tratado en la población oncológica. Este trastorno afecta del 15-25 por ciento de la población oncológica.

La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Según Diz Ramirez et al. (2015), los factores de riesgo con mayor peso para el desarrollo de depresión en pacientes con cáncer son el tipo de cáncer; el estadio del cáncer; el tratamiento oncológico en curso; los antecedentes de depresión; el dolor; una red de apoyo social limitada; un estado funcional pobre, y la edad. ⁶⁴

Para medir la depresión de los pacientes en nuestra muestra usaremos el PHQ-9. Este es un instrumento de 9 preguntas que se les da a los pacientes en un contexto de atención primaria para detectar la presencia y la gravedad de la depresión. Es la escala de depresión de nueve preguntas del *Patient Health Questionnaire* (PHQ) realizado por la corporación farmacéutica Pfizer. Los resultados del PHQ-9 se pueden usar para hacer un diagnóstico de depresión de acuerdo con los criterios del DSM-IV y demora menos de tres minutos en completarse. El PHQ-9 fue desarrollado por el Dr. Robert J. Spitzer, la Dra. Janet BW Williams, el Dr. Kurt Kroenke y sus colegas de la Universidad de Columbia desarrollaron el PHQ a mediados de la década de 1990 y el PHQ-9 en 1999 con una subvención de Pfizer.

IV.3.2. Ansiedad

Sierra, Ortega y Zubeidat, en su investigación «Ansiedad, Angustia, y Estrés» ⁶⁵ resumen la ansiedad como un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo

trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

El trastorno de ansiedad por enfermedad es la preocupación y el miedo de tener o adquirir un trastorno grave.⁶⁶

Orozco W y Vargas M, definen la ansiedad como una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales.⁶⁷

Los signos más frecuentes de ansiedad son expresiones faciales, preocupación descontrolada, dificultad para resolver problemas y para concentrarse, tensión muscular (la persona también puede lucir tensa), temblor o estremecimiento, intranquilidad, puede sentirse agitado o muy nervioso, sequedad de la boca, irritabilidad o arrebatos de furia (o impaciente).⁶⁸

Se ha diseñado una gran variedad de instrumentos para medir los niveles de ansiedad. Uno de los más usados es la escala de ansiedad de Hamilton. Esta ha sido validada en muchos estudios.⁶⁹

La Escala de Ansiedad de Hamilton que usaremos (HAM-A)⁷⁰ se aplica a la población general. Se trata de una escala hetero administrada por un clínico tras una entrevista. Esta escala es un cuestionario psicológico utilizado por los médicos para calificar la gravedad de la ansiedad de un paciente. El HAM-A fue una de las primeras escalas de calificación de ansiedad que se publicaron y sigue siendo ampliamente utilizado por los médicos. Fue publicado originalmente por Max Hamilton en 1959. Para fines clínicos, y el propósito de esta escala, solo se atiende la ansiedad severa o inadecuada. Esta escala se considera una «calificación clínica» de la extensión de la ansiedad. La escala consta de 14 ítems diseñados para evaluar la gravedad de la ansiedad de un paciente. Cada uno de los 14 ítems contiene una serie de síntomas, y cada grupo de síntomas se clasifica en una escala de cero a cuatro, siendo cuatro los más graves. Todos estos puntajes se utilizan para calcular un puntaje general que indica la gravedad de la ansiedad de una persona. Los valores de <17 indican ansiedad leve, 18-24 ansiedad moderada y >25 ansiedad moderada-severa. La escala de ansiedad de Hamilton se ha considerado una escala valiosa durante muchos años.

IV.4. Efectos de los métodos y procedimientos de notificación del diagnóstico de cáncer en la salud del paciente

El impacto que produce la palabra cáncer sobre el enfermo y su entorno familiar y social es enorme. El cáncer es una enfermedad estigmatizante, que genera sufrimientos y cambios en la vida de las personas. Puerto y Gamba⁷¹ encontraron que los pacientes que han sido diagnosticados de cáncer experimentan una variedad de estados afectivos, incluyendo ansiedad y depresión que pueden verse afectados por el dolor y otros síntomas físicos derivados del cáncer y sus tratamientos. Estos efectos podrían ser empeorados por la forma en se entrega el diagnostico.

El hablar de cáncer es para muchos sinónimos de muerte. La noticia del diagnóstico de cáncer llega a ser un recuerdo muy doloroso y triste en el que influye sin duda alguna la forma en que fue comunicado por el profesional de la salud, quien se lo dijo, donde se lo dijo, y hasta los gestos hizo.⁷²

La revelación del diagnóstico puede ser completa, parcial o ausencia de la revelación formal del diagnóstico. En los casos de revelación parcial las informaciones aportadas por los médicos han sido incompletas. Refiriéndose a la revelación incompleta del diagnóstico de cáncer, Kern et al dicen que «esa información ha generado dudas, ansiedad y sufrimiento al paciente, que muchas veces se ha sentido incómodo para preguntar más detalles sobre su estado de salud».⁷³

En su revisión del impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática, el Dr. Carvajal nos dice que cualquier diagnóstico que implique consecuencias inmediatas o mediatas que afecten la funcionalidad, calidad de vida del paciente o más aún si el pronóstico es fatal, producirá un impacto emocional en el paciente.⁷⁴

Los atributos del médico y las características del paciente interactuarán para facilitar o complicar los efectos de la comunicación de la mala noticia. Es deber del médico conocer lo mejor posible al paciente y sus circunstancias para disminuir este impacto.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Características genotípicas que determinan el sexo del individuo.	Femenino Masculino	Nominal
Procedencia	Lugar de origen del paciente.	Urbano Rural	Nominal
Nivel educativo	Último grado aprobado por el paciente.	Primaria, Intermedia Secundaria Universitaria	Ordinal
Ocupación	Actividad a la que se dedica.	Ama de casa, estudiante, profesor/a, albañil, mecánico, plomero, pintor, carpintero, entre otros.	Nominal
Estado civil	Estado en la que se encuentra con relación al sexo opuesto.	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Nominal

Calidad de la comunicación del diagnóstico de cáncer	Conjunto de conductas, procedimientos, métodos, condiciones y ambiente global de la comunicación del diagnóstico de cáncer.	Deficiente Bueno Excelente	Nominal
Depresión	Trastorno mental, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima.	Depresión leve Depresión moderada Depresión grave	Nominal
Ansiedad	Trastorno que comparte características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas.	Ansiedad leve Ansiedad moderada/grave	Nominal

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, con el objetivo de determinar el impacto de la comunicación del diagnóstico de cáncer en los pacientes ambulatorios que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, Octubre, 2021-Marzo, 2022. (Ver anexo VIII.1. Cronograma).

VI.2. Área de estudio

La investigación se llevó a cabo en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. Localizado en la Av. Dr. Bernardo Correa y Cidrón 1. Zona Universitaria, Distrito Nacional, República Dominicana. Está delimitado, al norte por la Avenida José Contreras; al sur, por la Avenida Dr. Bernardo Correa y Cidrón; al este, por la Avenida Santo Tomás de Aquino y al Oeste, por la calle Rafael Augusto Sánchez Ravelo. (ver mapa cartográfico y vista aérea)



Mapa Cartográfico



Vista aérea

VI.3. Universo

El universo estuvo conformado por los pacientes ambulatorios que recibieron atención médica en los últimos doce meses en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, Octubre 2021-Marzo, 2022

VI.4. Muestra

Se realizó un muestreo probabilístico a partir de la totalidad de pacientes diagnosticados con algún tipo de cáncer en cualquier parte del país, en los últimos doce meses y recibiendo atención en calidad de pacientes ambulatorios en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter.

Se realizó el cálculo de la muestra con la siguiente fórmula:⁷⁵

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

n = el tamaño de la muestra el cual vamos a calcular

N = tamaño de la población con valor de 568

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0.5

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación con un nivel de confianza del 95 por ciento (como más usual para investigaciones en el área de medicina). Este valor, extraído de tablas estadísticas equivale a 1.96

e = Límite aceptable de error muestra que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el uno por ciento (0,01) y nueve por ciento (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

Cálculo de la muestra:

$$n = \frac{568(0.5)^2(1.96)^2}{(568-1)(0.09)^2 + (0.5)^2(1.96)^2} = \frac{142(3.84)}{4.59+0.96} = \frac{545,28}{5.55} = 98$$

Este cálculo refleja el mínimo de pacientes que deben ser entrevistados a fin de mantener una confiabilidad en los datos presentados por encima del 95 por ciento. El valor seleccionado para pacientes a entrevistar fue de 100 pacientes.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Pacientes con diagnóstico de cáncer notificado en los últimos doce meses.
2. Pacientes de ambos sexos.
3. Pacientes ambulatorios, que reciben atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter (IOHP).

VI.5.2. De exclusión

1. Negarse a participar en el estudio.
2. No firmar el consentimiento informado.
3. Barrera en el idioma.

VI.6. Instrumento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó en tiempo presente, de pacientes que fueron diagnosticados con cáncer en cualquier centro de atención médica de la República Dominicana y que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter (IOHP) durante los últimos doce meses. Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario escrito presentado al paciente en formato de entrevista médica.

También se aplicaron las escalas de Hamilton para medir los niveles de ansiedad y el cuestionario (PHQ-9) para medir los niveles de depresión en los pacientes entrevistados.

VI.6.1. Construcción del cuestionario para la comunicación del diagnóstico inicial de cáncer (CDIC)

Al revisar la literatura, no se encontraron instrumentos específicos para medir la calidad de la comunicación de un diagnóstico de cáncer. Por esto se diseñó este instrumento después de hacer una amplia revisión en la literatura sobre referentes teóricos y prácticos. Se encontraron varios protocolos (SPIKES, ABCDE, etc.) y muchos estudios referentes.

Todos recomiendan la aplicación en un conjunto de pasos o etapas que deben cumplirse para causar el menor impacto en la salud mental del paciente y lograr su comprensión de la enfermedad y su integración a los tratamientos recomendados por el oncólogo.

De esta manera se concluyó en aceptar seis pasos o categorías como indispensables en la comunicación del diagnóstico de cáncer. Estos pasos son: 1) preparación inicial de la comunicación con el paciente, 2) Alinear la notificación con la percepción del paciente, 3) Reconocer que, y cuanto quiere saber el paciente, 4) Compartir el diagnóstico de cáncer adecuadamente, 5) Responder a los sentimientos y emociones del paciente. 6) Explicar la estrategia de tratamiento y resumir la entrevista. Cada uno de estos pasos tiene un elemento eminentemente práctico dirigido a conducir la percepción del paciente paulatinamente hasta llevarlo a entender su diagnóstico y las posibilidades de tratamiento.

Cada una de estas categorías conlleva planificación y preparación para abordar al paciente. Desde escoger la localización para la entrevista, acompañamiento, gesticulaciones y serenidad del médico, hasta las preguntas que se le harán al paciente; todo debe corresponder a un plan de proteger la salud mental del paciente sin agregar cargas emocionales a su condición física existente.

Siguiendo las pautas recomendadas por las investigaciones y los procedimientos considerados como mejores prácticas se procedió a elaborar las preguntas que constituyen cada categoría. Las preguntas buscan evidenciar la presencia (o ausencia) de elementos considerado importante en el proceso. Así que desde el punto de vista del paciente las respuestas serán un sí (que equivale a un punto) o un no (que equivale a Zero punto). El resultado preliminar consistió entonces de un cuestionario con 30 preguntas distribuidas en seis categorías. Este cuestionario se sometió a un proceso de validación que describimos a continuación.

VI.6.2. Proceso de validación del cuestionario

¿Qué es validación de un instrumento y porqué lo validamos?

Las dos características métricas esenciales para valorar la precisión de un instrumento son la fiabilidad y la validez. La fiabilidad se relaciona con la precisión de la medida y su

estabilidad en el tiempo mientras que la validez se refiere al grado en que un cuestionario mide la variable que pretende medir.⁷⁹ Para nuestra investigación obviamos la fiabilidad del instrumento debido a que esta requiere múltiples contactos con la muestra. Esto no fue posible en el contexto de nuestra investigación. Así que este estudio se enfocó más en la característica de validez de contenido.

En el proceso de realizar una investigación científica, la medición de las variables requiere de instrumentos válidos y confiables, uno de los dos pilares de la investigación científica es la capacidad de un instrumento para medir la variable por medio de la estabilidad y consistencia interna. Por esa razón se realiza la validación del instrumento.

V.6.2.1. Validez de apariencia y contenido

La validez de contenido evalúa de manera cualitativa si el cuestionario abarca todas las dimensiones del fenómeno que se quiere medir.⁸⁰ Por ello la validez de contenido tiene varios elementos como pertinencia, relevancia, calidad de la redacción y legibilidad de cada pregunta. La validez de contenido de este estudio fue determinada mediante la evaluación de la pertinencia, la relevancia y la redacción de cada pregunta o ítem en el instrumento.

Se aplicó el método Delphi⁸¹ para esta parte de la investigación. Una vez confeccionado el instrumento preliminar se procedió a realizar la validación de apariencia y de contenido. La validez aparente se estableció según redacción y legibilidad, y la validez de contenido según los criterios relevancia y pertinencia.

VI.6.2.2. Selección y funcionamiento del panel de expertos

Se seleccionó un grupo de expertos, constituido por diez (10) profesionales de salud (doctores en medicina-ver listado más abajo) con amplia experiencia en el manejo de la entrega de malas noticias al paciente. A estos se les entregó el formato de evaluación con las preguntas y los criterios a evaluar. Junto al cuestionario de 30 preguntas dividido en 6 categorías se les entregó las siguientes instrucciones: “Usted ha sido escogido para formar parte de nuestro panel de expertos en el área de entrega de diagnósticos oncológicos.

Su función será evaluar cada pregunta en función de su pertinencia, relevancia y redacción-claridad. Usted calificará cada pregunta y asignará una puntuación entre 1 y 10, en el rectángulo correspondiente. Un 1 corresponde a baja pertinencia, baja relevancia y poca claridad. Un 10 corresponde a alta pertinencia, alta relevancia, y claridad superior. Una vez completado pasaremos a recoger el documento.”

Se estableció un índice de validez de contenido (IVC) de 80 por ciento, es decir un promedio de 8 puntos. Si el IVC era mayor de 80 por ciento la pregunta era aprobada. Si el IVC era menor de 80 por ciento en todos los criterios, se descartaba la pregunta. Si el IVC era menor de 80 por ciento en uno o dos de los criterios, se promediaba con los demás criterios. Si el promedio alcanzaba 80 por ciento se mantenía, después de hacerse las correcciones de redacción necesarias.

Para hallar el IVC se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Sumatoria de los valores asignados por cada experto a cada pregunta}}{\text{Número total de expertos participantes (10)}}$$

V.6.2.4. Panel de expertos para la validación del cuestionario (CDIC)

El panel para evaluar el cuestionario utilizado para medir la calidad de la comunicación del diagnóstico inicial de cáncer desde la perspectiva del paciente fue seleccionado por los investigadores de este estudio.

Todos son médicos activos en los centros en los que realizamos nuestras prácticas del último año de la carrera de medicina o internado rotatorio. Estos médicos son catedráticos universitarios con muchos años en el ejercicio de la medicina. A nuestro entender, los mejores en sus especialidades.

La validación se realizó con la participación de diez expertos en el área. El panel consistió en tres psico oncólogos, dos expertos en medicina familiar y cinco oncólogos. Los miembros de este panel fueron:

1. Dra. Rut E. Villegas Matos. Ginecóloga/Oncóloga, Hospital de la Mujer. Santo Domingo, D.N.
2. Dra. Estefanía Sánchez, Oncóloga, Hospital Materno Universitario Nuestra Sra. de la Altagracia, Gazcue, Santo Domingo, D.N.

3. Dra. Diaz, Oncóloga, Hospital Universitario Materno Nuestra Señora de la Altagracia, Gazcue, Santo Domingo D.N.
4. Dr. Beato, Oncólogo, Hospital Universitario Materno Nuestra Señora de la Altagracia, Gazcue, D.N.
5. Dr. Víctor Manuel Feliz, Oncólogo, Centro de Diagnósticos Especializados, Dr. Joaquín Balaguer, Gazcue, Santo Domingo D.N.
6. Lic. Mireles Otaño, Psicooncología, IOHP, Ciudad Universitaria, Santo Domingo D.N.
7. Dr. Larry G. Gómez, Psicooncología, IOHP. Ciudad Universitaria, Santo Domingo, D.N.
8. Lic. Silvana de Peña Estévez, Psicooncología IOHP, Ciudad Universitaria, Santo Domingo, D.N.
9. Dra. Wendy Tapia, Medicina Familiar, FUNDACOSI XXI, Guaricano, Santo Domingo Norte
10. Dra. Walkidia Nova Montero, Medicina familiar, FUNDACOSI XXI, Guaricano, Santo Domingo Norte

VI.6.2.5. Resultados de validación

Después de hacer los cálculos de los IVC para cada pregunta cuyos resultados se presentan en el anexo (XII.3.), se hicieron las modificaciones pertinentes de acuerdo con las recomendaciones y los valores de IVC alcanzados por cada pregunta. En relación con la validez de apariencia y la validez de contenido, los resultados son como sigue.

VI.6.2.6. Validez en apariencia

Este elemento nos permitió evaluar la claridad y la comprensión del instrumento sin ambigüedad. En este estudio el análisis tuvo en cuenta los criterios de extensión, redacción y coherencia de cada pregunta, aunque en la práctica las preguntas habrían de ser leídas por los encuestadores (investigadores) a los pacientes, en que sería una entrevista totalmente verbal.

VI.6.2.7. Validez en contenido

Para este elemento los datos se obtuvieron igualmente de la aplicación del formato completado por el panel de expertos. Como resultado quedo un instrumento que consiste en seis categorías con 25 preguntas divididas como sigue:

Categoría I: Preparación inicial de la comunicación con el paciente; consiste en la creación de un contexto físico y ambiental que contribuya a una discusión fértil y provechosa para el paciente. Saludar al paciente llamándolo por su nombre, presentarse a sí mismo, dar la mano al paciente, pedirle que se siente y sentarse cerca del paciente, asumir una postura neutral, inclinado hacia adelante, listo para sonreír y escuchar. Esta categoría estaba originalmente constituida por 6 preguntas y se eliminó una.

Categoría II: Alinear la notificación con la percepción del paciente, En esta categoría el médico tratante debe descubrir cuanto sabe o cree el paciente sobre su condición para emplear esta percepción como base y expandirla o reorientarla hacia la verdad del diagnóstico. Esta categoría tenía 4 preguntas y todas fueron aprobadas.

Categoría III: Reconocer que y cuanto quiere saber el paciente. Se trata de definir a que nivel quiere el paciente saber qué es lo que está pasando. ¿Quiere el diagnóstico con detalles o sin detalles? De esta categoría se eliminó una pregunta.

Categoría IV: Compartir el diagnóstico de cáncer adecuadamente. El médico usa un lenguaje y vocabulario entendible al paciente, provee la información en pequeñas partes, verifica que el paciente está entendiendo, responde a las emociones intensas del paciente cuando afloran, escucha las preocupaciones del paciente, y adapta su agenda a la agenda del paciente. Esta categoría tenía 6 preguntas y se eliminó una.

Categoría V: Responder a los sentimientos y emociones del paciente. El médico reconoce y responde a las emociones del paciente, muestra empatía y solidaridad. En esta categoría teníamos 5 preguntas y se eliminó una.

Categoría VI: Explicar la estrategia de tratamiento y resumir la entrevista. El médico explica al paciente (o presenta un oncólogo que lo haga) la estrategia clínica a seguir para tratar el diagnóstico presenta las alternativas de tratamiento cuando hay opciones y se gana la aprobación del paciente al tratamiento propuesto. Sumar la entrevista resaltando los puntos más importantes conversados, los acuerdos y agenda para la próxima entrevista. De las 6 preguntas de esta categoría se eliminó una.

Como resultado de esta validación construimos un cuestionario definitivo para evaluar la calidad de la comunicación de un diagnóstico inicial de cáncer. El instrumento consiste en 25 preguntas distribuidas en 6 categorías. (Ver anexo XII.2. Instrumentos de recolección de datos).

VI.7. Procedimiento

Se sometió el anteproyecto para su aprobación en la unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) y a la unidad de enseñanza del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. Una vez obtenidos los permisos correspondientes, se inició la recolección de datos. Fueron seleccionados todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que recibían atención médica en calidad de pacientes ambulatorios.

Inicialmente se realizó una investigación documental para identificar las conductas, procedimientos, métodos, condiciones y ambiente global aceptados internacionalmente como mejores prácticas en la comunicación del diagnóstico inicial de cáncer. De estos se extrajo los protocolos y estándares internacionales con los cuales comparar la práctica en nuestra área de estudio.

Se determinaron cuáles son las mejores prácticas y los elementos que todas ellas tienen en común. Se elaboró un instrumento para medir la aplicación de principios, normas y protocolos recomendados por los expertos. Se utilizó este documento para investigar y evaluar cómo se está llevando a cabo la comunicación del diagnóstico inicial de cáncer en Santo Domingo.

En la entrevista con el paciente fueron aplicadas las siguientes escalas estandarizadas para medir el impacto que está teniendo la comunicación del diagnóstico inicial de cáncer en una muestra de 100 pacientes, en términos de depresión y ansiedad. Para esta evaluación fueron usadas las siguientes escalas:

- a) El Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) para el nivel de depresión⁷⁶
- b) Escala de Hamilton para medir el nivel de ansiedad.⁷⁰
- c) Cuestionario para medir la calidad de la comunicación del diagnóstico inicial de cáncer en pacientes diagnosticados en los últimos doce meses.

La recolección de datos se realizó en el periodo; Octubre, 2021-Marzo, 2022, (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.8. Tabulación

Los datos obtenidos fueron, procesados, tabulados y computarizados, a través del programa de Microsoft Excel.

VI.9. Análisis

Los datos obtenidos en la entrevista realizada a los pacientes ambulatorios fueron analizados utilizando una escala de valores, compuesta de seis variables con probabilidad dicotómica SI o NO, con valores asignados de uno (1) para el SI y de Zero (0) para el NO para asignar un valor equitativo a cada una de las seis variables investigadas. Así mismo cada variable se investigó con una serie de preguntas para obtener un valor porcentual de su aplicación en el proceso de la comunicación del diagnóstico inicial de cáncer (CDIC).

Para cada variable en sí misma y para cada paciente en particular se utilizó el siguiente rango/escala de evaluación:

Rango/Escala de valores	Calificación
Menor o igual a 34%	Deficiente
35-70%	Bueno
71-100%	Excelente

Se construyeron tablas de valores para la depresión y la ansiedad medidas en los pacientes.

Se hicieron comparaciones lineales para investigar numérica y gráficamente si hubo alguna correlación entre los niveles de depresión y ansiedad con los valores obtenidos para la calidad de la comunicación del diagnóstico inicial de cáncer.

Las conclusiones derivadas fueron en términos que den respuestas a la siguiente pregunta. ¿Hay alguna correlación entre el nivel de depresión del paciente y el nivel de aplicación de prácticas y protocolos estandarizados para la comunicación del diagnóstico

inicial de cáncer (CDIC)? ¿Qué tipo de correlación? La misma pregunta será formulada para los grados de ansiedad en los pacientes encuestados.

¿A una mayor medida de depresión y ansiedad corresponde un menor o mayor grado de la calidad de la comunicación del diagnóstico?

El propósito principal del análisis de datos es determinar si existe alguna correlación entre la calidad con que se entrega el diagnóstico de cáncer al paciente y el impacto que este le causa. Realizamos esta determinación del impacto en términos de depresión y en términos de ansiedad. Para ello se utilizó la correlación de Pearson. Con los niveles de depresión, ansiedad y la calidad de la CDIC ya medidos se determina el coeficiente de relación de Pearson en base a la siguiente formula:

$$r = \frac{\sum_i (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_i (x_i - \bar{x})^2 \sum_i (y_i - \bar{y})^2}}$$

\bar{x}, \bar{y} son las medias aritméticas de x e y .

Esta fórmula se utilizó a través de la función COEF.DE.CORREL disponible en las funciones del programa Microsoft Excel.

El coeficiente de correlación de Pearson es un valor adimensional que expresa la relación entre dos variables estadísticas.⁸² Consiste en un signo (+ o -) y un valor numérico (entre -1 y +1). El signo nos dice la dirección de movimiento de una variable con relación a la otra. Si las dos variables se mueven en la misma dirección, es decir cuando una aumenta la otra también aumenta, el signo es positivo (+) y se dice que las variables son directamente proporcionales. Si las dos variables se mueven en dirección contraria, es decir, cuando una aumenta la otra disminuye entonces el signo es negativo (-) o sea, las variables son inversamente proporcionales. El valor numérico del índice de correlación de Pearson nos da la fuerza de la correlación. Este se interpreta con el siguiente cuadro a la derecha.⁸²

Rango de valor del coeficiente de Pearson	Interpretación
0 a 0.1	Correlación nula
0.1 a 0.3	Correlación débil
0.3 a 0.6	Correlación moderada
0.6 a 1.0	Correlación fuerte

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁷⁷ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁷⁸ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, a la Unidad de enseñanza del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, cuya aprobación era el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio consistió en la aplicación de un cuestionario realizado por los investigadores y aprobado por un panel de expertos en el área, a los pacientes ambulatorios que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. Los datos recopilados fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y manejada únicamente por los investigadores. Todos los informantes identificados durante el estudio fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su consentimiento para ser entrevistados.

Todos los datos recopilados en este estudio se manejaron con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as pacientes contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el presente trabajo de grado, que fue tomada de otros autores, fue justificada por su cita correspondiente.

VII. RESULTADOS

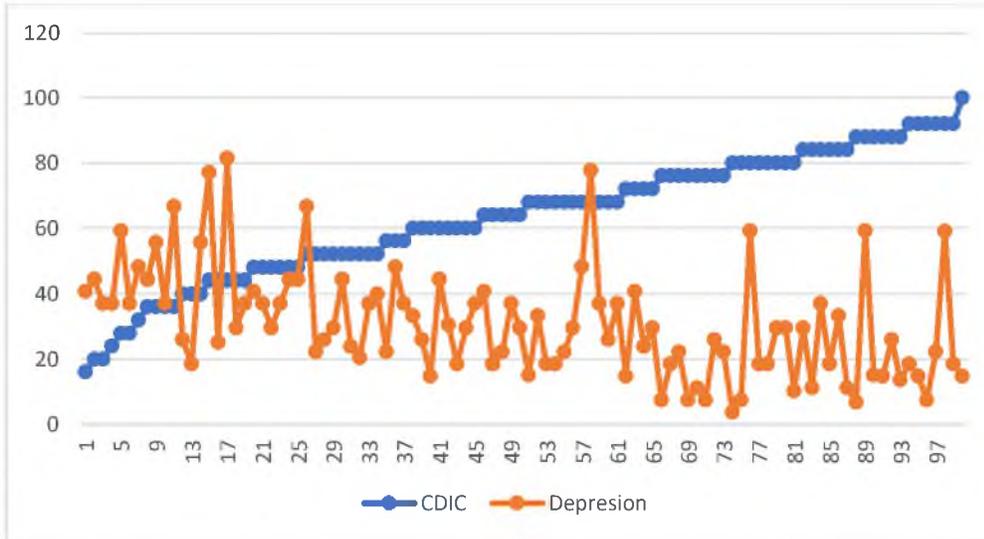
Tabla I: Correlación de la calidad del diagnóstico inicial de cáncer y su impacto en términos de depresión y ansiedad.

No.	Sexo	Edad	CDIC	Depresión	Ansiedad
1	F	41	52	66.6	46.8
2	F	55	88	6.8	11.1
3	F	62	88	59.2	50.4
4	F	52	52	22.2	37
5	F	75	60	33.3	21
6	F	57	76	7.4	18
7	M	73	16	40.7	50.4
8	F	52	52	25.9	25.2
9	M	51	44	77	45
10	F	54	48	40.7	16.2
11	F	60	40	25.9	18
12	F	72	68	15	22.2
13	F	58	88	15	7
14	F	72	56	22.2	6.8
15	M	26	68	33.3	19.8
16	F	64	80	3.7	3.6
17	M	44	100	14.8	9
18	M	63	60	25.9	12.6
19	M	52	60	14.8	5.4
20	M	46	92	18.5	16.2
21	F	63	92	14.8	5.4
22	M	54	76	18.5	7.2
23	M	66	20	44.4	19.8
24	M	40	88	14.8	7.2
25	M	39	88	25.9	9
26	M	69	60	44.4	18
27	F	64	72	14.8	9
28	M	48	72	40.7	25.2
29	M	71	48	37	23.4
30	M	63	92	7.4	5.4
31	M	49	84	29.6	25.2
32	F	56	56	48.1	43.2
33	F	53	48	29.6	32.4
34	M	57	80	7.4	6.8
35	F	65	68	18.5	18
36	M	72	60	30.6	25.2
37	F	55	24	37	19.8
38	F	63	76	22.2	23.4
39	F	27	80	59.2	34.2
40	M	50	84	11.1	5.4
41	F	73	64	40.7	25.2
42	M	56	36	44.4	21.6
43	M	68	68	18.5	19.8
44	F	73	76	7.4	12.6
45	F	36	80	18.5	16.2
46	F	70	44	25.2	40.7
47	M	41	48	37	16.2
48	M	64	68	22.2	16
49	F	71	92	22.2	23.4
50	F	45	76	11.1	7.2

No.	Sexo	Edad	CDIC	Depresión	Ansiedad
51	M	71	76	7.4	5.4
52	M	73	60	18.5	10.8
53	F	47	84	37	19.8
54	F	47	64	18.5	12.6
55	F	54	64	22.2	19.8
56	F	44	76	25.9	7.2
57	F	68	80	18.5	9
58	F	47	44	81.4	70.2
59	F	58	28	59.2	48.6
60	F	54	92	59	32.4
61	M	66	44	29.6	23.4
62	F	54	92	18.5	14.4
63	F	81	20	37	28.8
64	F	69	56	37	21.6
65	M	63	52	29.6	21.6
66	F	43	28	37	39.6
67	F	83	64	37	19.8
68	F	48	48	44.4	30.6
69	F	17	60	29.6	19.8
70	M	64	68	29.6	32.4
71	F	58	68	48.1	37.8
72	F	53	36	55.5	36
73	F	72	64	29.6	23.4
74	F	84	76	22.2	21.6
75	M	84	36	37	32.4
76	F	56	40	18.5	27
77	F	54	68	77.7	30.6
78	M	77	32	48.1	34.2
79	M	70	44	37	27
80	F	34	52	44.4	23.4
81	F	71	48	44.4	19.8
82	F	63	80	29.6	9
83	F	41	52	23.8	28.8
84	F	85	68	37	18
85	F	74	72	23.8	18
86	F	71	84	18.5	12.6
87	F	67	52	20.4	18
88	F	69	52	37	16.2
89	F	52	84	33.3	25.2
90	M	42	80	29.6	9
91	M	49	84	11.1	7.2
92	F	71	40	55.5	28.8
93	F	69	60	37	30.6
94	F	70	68	25.9	23.4
95	M	22	80	10.2	10.8
96	M	44	52	40	10.8
97	F	35	68	37	14.4
98	F	32	36	66.6	30.6
99	F	62	88	13.6	16.2
100	F	57	72	29.6	10.8

Entrevista: Instrumentos de recolección de datos

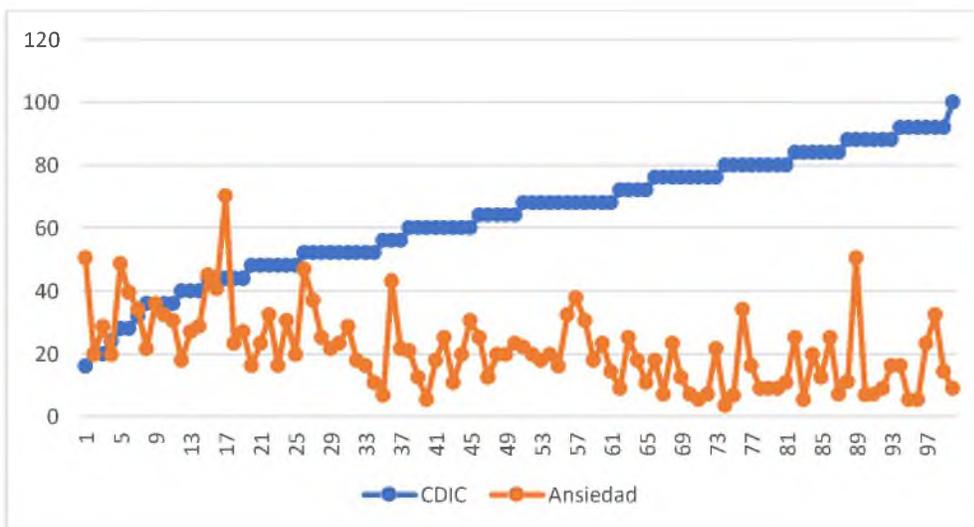
Gráfico 1-A: Correlación de la calidad del diagnóstico inicial de cáncer y su impacto en términos de depresión en los pacientes ambulatorios diagnosticados con cáncer en los últimos doce meses, que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022)



Correlación moderada en dirección inversa entre las dos variables relacionadas.

Fuente: Tabla I

Gráfico 1-B: Correlación de la calidad del diagnóstico inicial de cáncer y su impacto en términos de ansiedad en los pacientes ambulatorios diagnosticados con cáncer en los últimos doce meses, que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022)



Correlación moderada en dirección inversa entre las dos variables relacionadas.

Fuente: Tabla I

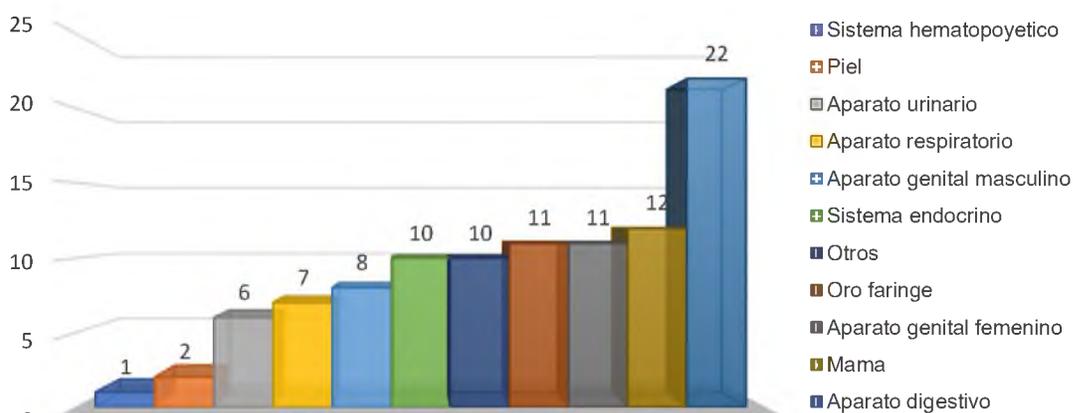
Tabla II. Distribución de pacientes ambulatorios entrevistados según el tipo de cáncer, diagnosticados en los últimos doce meses que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022)

Tipo de Cáncer	%
Sistema hematopoyético	1.0
Piel	2.0
Aparato urinario	6.0
Aparato respiratorio	7.0
Aparato genital masculino	8.0
Sistema endocrino	10.0
Otros	10.0
Oro faringe	11.0
Aparato genital femenino	11.0
Mama	12.0
Aparato digestivo	22.0
Total	100.0

Encuesta: Instrumento de recolección de datos

El tipo de cáncer de los pacientes se clasificó usando los mismos criterios usados por el IOHP. Los tumores se clasificaron por el sitio primario en el que aparecen. De esta manera resultaron diez tipos principales, más una categoría general para incluir todos los que no caben en estas diez categorías. El 22 por ciento de los pacientes encuestados habían sido diagnosticados con cáncer en el aparato digestivo, seguido de un 12 por ciento en mama.

Gráfico 2. Distribución de pacientes ambulatorios encuestados según el tipo de cáncer, diagnosticados en los últimos doce meses que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022)



Fuente: Tabla II

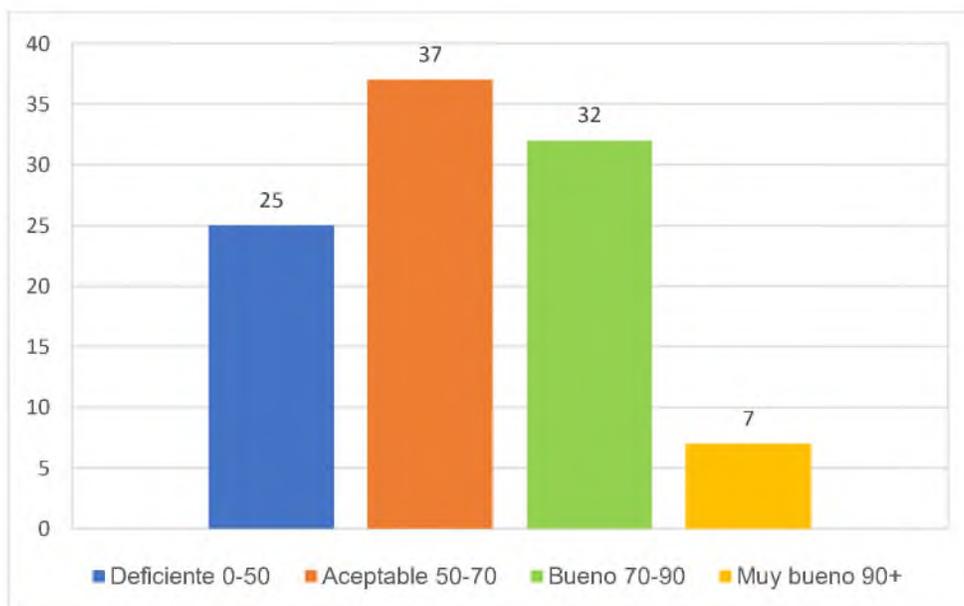
Tabla III. Distribución de pacientes ambulatorios entrevistados según la calidad del diagnóstico inicial de cáncer, diagnosticados con cáncer en los últimos doce meses, que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022)

Calidad del diagnóstico inicial de cáncer		
Calidad	Rango	%
Deficiente	0-50	25.0
Aceptable	50-70	37.0
Bueno	70-90	32.0
Muy bueno	≥90	7.0
Total		100.0

Encuesta: Instrumento de recolección de datos

El 25 por ciento de las notificaciones del diagnóstico inicial cáncer se realizó con deficiencia, el 36 por ciento aceptable, el 32 por ciento bueno y el 7 por ciento muy bueno.

Gráfico 3. Distribución de pacientes ambulatorios entrevistados según la calidad del diagnóstico inicial de cáncer, diagnosticados con cáncer en los últimos doce meses que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022)



Fuente: Tabla III

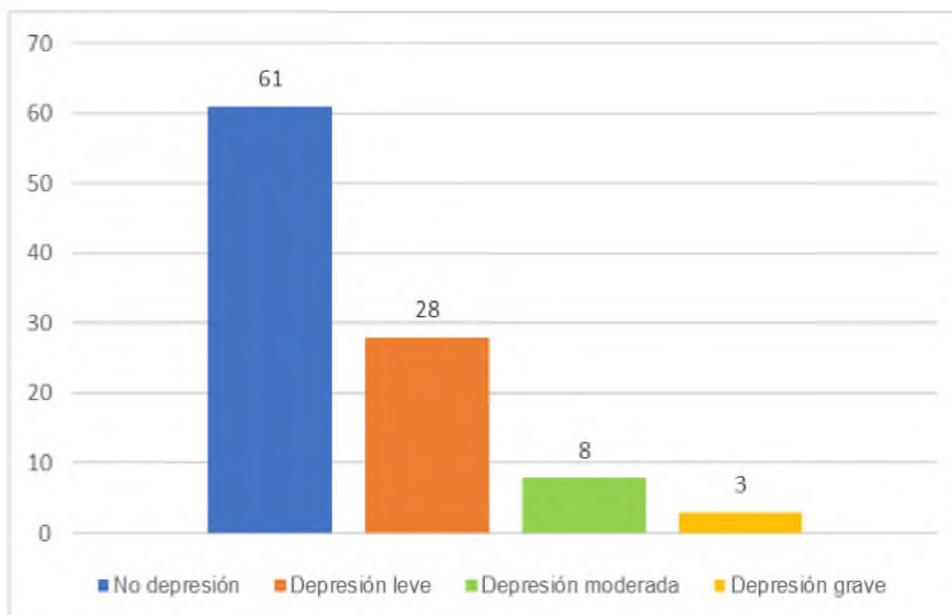
Tabla IV. Distribución de pacientes ambulatorios entrevistados según el grado de depresión, después de ser diagnosticados con cáncer en los últimos doce meses, que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022)

Depresión		
Nivel	Rango	%
No depresión	0-37	61.0
Depresión leve	37-52	28.0
Depresión moderada	52-70	8.0
Depresión grave	70+	3.0
Total		100.0

Encuesta: Instrumento de recolección de datos (PHQ-9)

El 61 por ciento de los pacientes no mostró síntomas de depresión, el 28 por ciento presentó depresión leve, el 8 por ciento presentó depresión moderada y solo el 3 por ciento presentó depresión grave.

Gráfico 4. Distribución de pacientes ambulatorios entrevistados según el grado de depresión, después de ser diagnosticados con cáncer en los últimos doce meses, que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022)



Fuente: Tabla IV

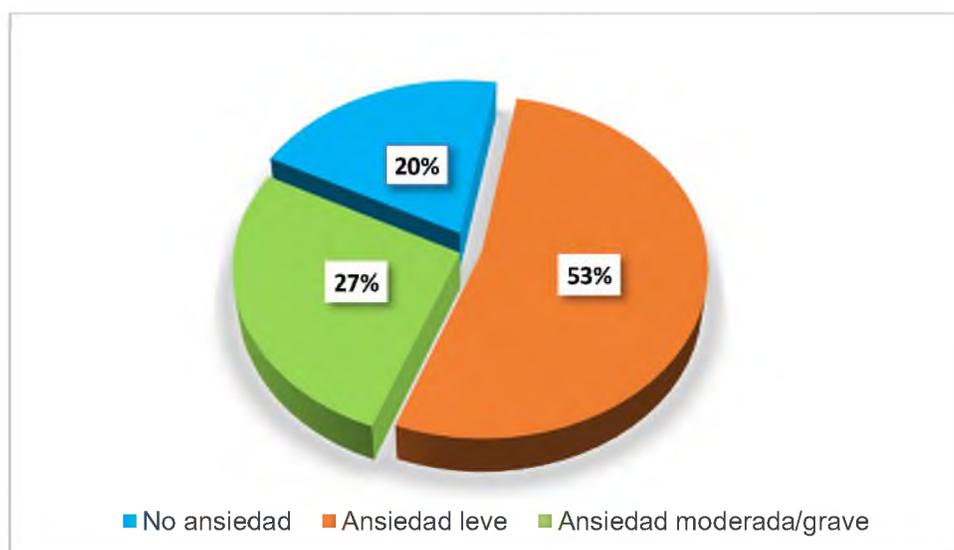
Tabla V. Distribución de pacientes ambulatorios entrevistados según el grado de ansiedad, después de ser diagnosticados con cáncer en los últimos doce meses, que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022)

Ansiedad		
Nivel	Rango	%
No ansiedad	0-9.0	20.0
Ansiedad leve	9.0-25	53.0
Ansiedad moderada/grave	25+	27.0
Total		100.0.

Encuesta: Instrumento de recolección de datos (Escala de Hamilton)

El 20 por ciento de los pacientes no presentó ningún síntoma de ansiedad, el 53 por ciento mostró ansiedad leve y el 27 por ciento tuvo ansiedad de moderada a grave.

Gráfico 5. Distribución de pacientes ambulatorios entrevistados según el grado de ansiedad, después de ser diagnosticados con cáncer en los últimos doce meses, que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022)



Fuente: Tabla V

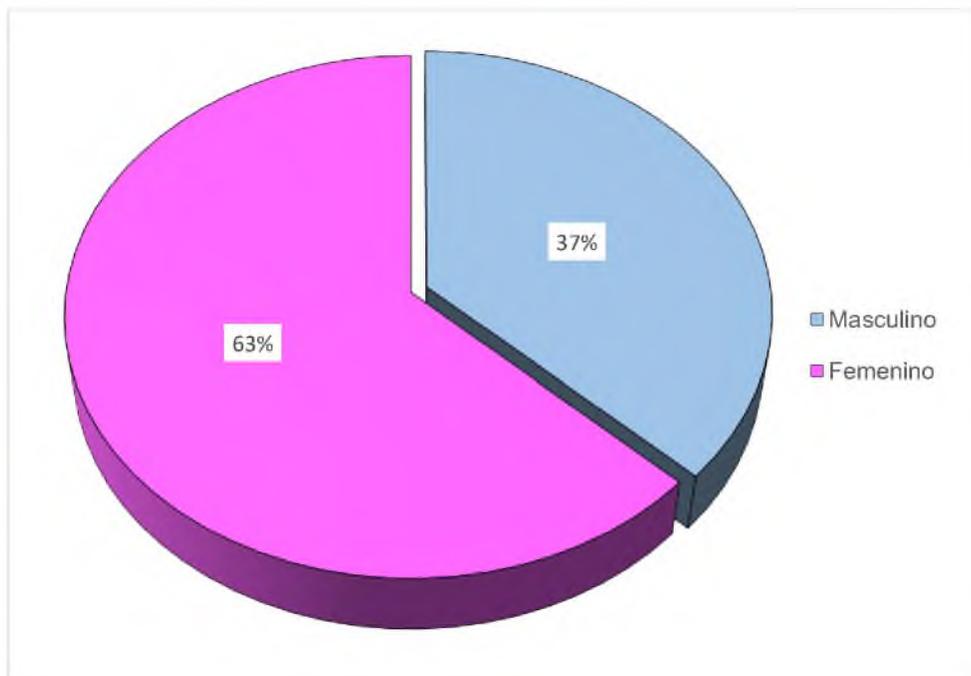
Tabla VI. Distribución de pacientes ambulatorios encuestados según el sexo, diagnosticados con cáncer en los últimos doce meses que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022).

Sexo	%
Masculino	37.0
Femenino	63.0
Total	100.0

Encuesta: Instrumento de recolección de datos.

De los cien pacientes encuestados, el sexo femenino alcanzó un 63 por ciento y el sexo masculino un 37 por ciento.

Gráfico 6. Distribución de pacientes ambulatorios encuestados según el sexo, diagnosticados con cáncer en los últimos doce meses que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022).



Fuente: Tabla VI

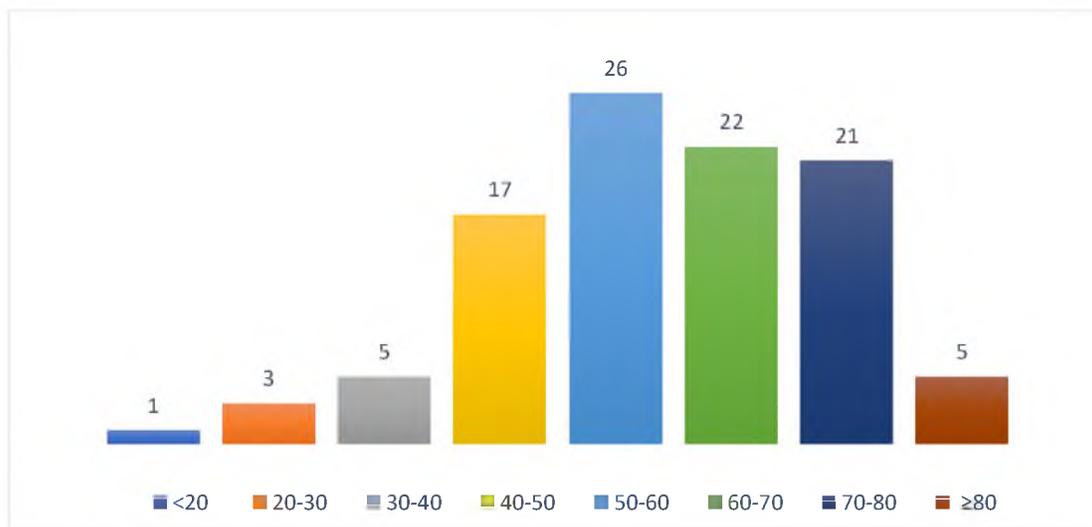
Tabla VII. Distribución de pacientes ambulatorios encuestados según la edad, diagnosticados con cáncer en los últimos doce meses que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022).

Edad (Años)	%
<20	1.0
20-30	3.0
30-40	5.0
40-50	17.0
50-60	26.0
60-70	22.0
70-80	21.0
≥80	5.0
Total	100.0

Encuesta: Instrumento de recolección de datos

El 26 por ciento de los pacientes encuestados correspondía al grupo etario de mayor incidencia de cáncer en edades comprendidas de 50 a 60 años.

Gráfico 7. Distribución de pacientes ambulatorios encuestados según la edad, diagnosticados con cáncer en los últimos doce meses que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022).



Fuente: Tabla VII

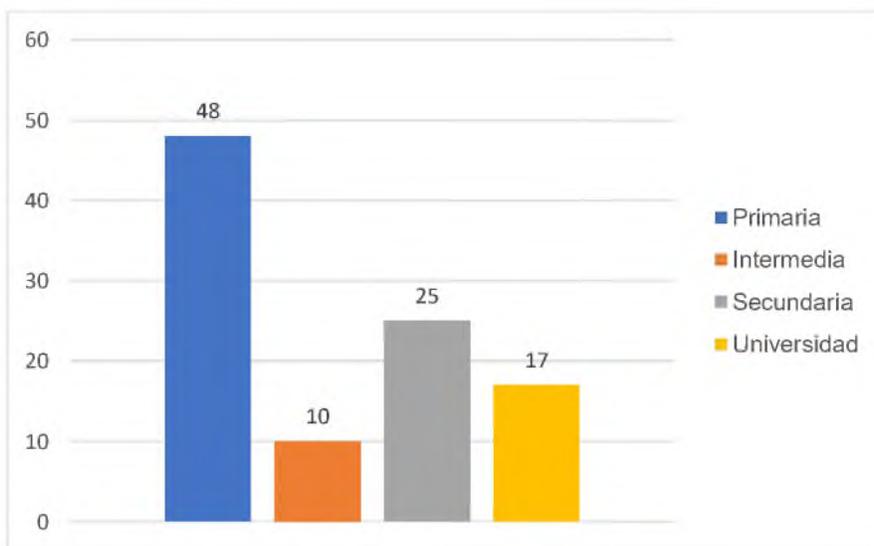
Tabla VIII. Distribución de pacientes ambulatorios encuestados según el nivel educativo alcanzado, diagnosticados con cáncer en los últimos doce meses que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022)

Nivel educativo alcanzado	%
Primaria	48.0
Intermedia	10.0
Secundaria	25.0
Universidad	17.0
Total	100.0

Encuesta: Instrumento de recolección de datos

Según el nivel educativo alcanzado por los pacientes encuestados el 48 por ciento cursó la primaria, seguido de un 25 por ciento para la secundaria, un 17 por ciento la universidad y un 10 por ciento llegó hasta la intermedia.

Gráfico 8. Distribución de pacientes ambulatorios encuestados según el nivel educativo alcanzado, diagnosticados con cáncer en los últimos doce meses, que recibieron atención médica en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. (Octubre, 2021-Marzo, 2022)



Fuente: Tabla VIII

VIII. DISCUSIÓN

Un diagnóstico de cáncer causa en el paciente una enorme carga de emociones y deterioro de la salud mental. Los impactos más relevantes en la salud mental del paciente son estrés, depresión, ansiedad, angustia, miedo etc. Este impacto, dependiendo de su intensidad pueden deteriorar el sistema inmune del paciente e influir seriamente en su recuperación. Este estudio se enfoca en dos impactos que pueden medirse con relativa facilidad: depresión y ansiedad. La intensidad de este impacto puede ser incrementada o disminuida por muchos factores. Entre estos factores se citan los siguientes: Edad del paciente, raza, etnia, comunicación médico-paciente, posición socioeconómica, influencias de la cultura, el lenguaje, la familia del paciente y otras barreras para la comunicación. Este estudio fue orientado hacia el impacto que la comunicación médico-paciente, y particularmente los efectos que los métodos usados en la comunicación del diagnóstico de cáncer pueden tener en la salud del paciente.

Se escogieron el nivel de depresión y de ansiedad debido a que estos pueden ser medidos con cierta facilidad. Se usaron instrumentos reconocidos, validados y aceptados en múltiples estudios anteriores. También se usó un instrumento nuevo diseñado exclusivamente para medir la calidad de la comunicación del diagnóstico de cáncer. Este instrumento fue diseñado en base a investigaciones científicas publicadas y fue validado por un panel de médicos y psicólogos con muchos años de experiencia en la tarea de comunicar malas noticias al paciente.

El objetivo principal de este estudio ha sido determinar si los métodos y procedimientos usados para comunicar un diagnóstico de cáncer son responsables por una porción de la depresión y la ansiedad en el paciente, y en qué proporción esta comunicación está afectando al paciente en la República Dominicana.

Los resultados, vistos de forma gráfica y numérica son claros en ese sentido. Ambos gráficos de las relaciones entre la calidad de comunicación del diagnóstico inicial de cáncer vs el nivel de depresión y la calidad de comunicación del diagnóstico inicial de cáncer vs el nivel de ansiedad muestran que hay una relación inversa entre estas variables. Cuando los procedimientos de notificación del diagnóstico fueron buenos los niveles de depresión y ansiedad se disminuyeron, y, por el contrario, cuando la

comunicación del diagnóstico de cáncer fue deficiente, los niveles de depresión y ansiedad tendieron a ser más altos. Esto con ciertas excepciones.

El gráfico muestra que en algunos pacientes la tendencia general no se cumple. Hubo pacientes que aun habiendo recibido su diagnóstico con deficiencias muestran un bajo nivel de depresión y ansiedad. También hay los que, habiendo recibido las mejores atenciones en el proceso de comunicación de su diagnóstico, aun así, exhiben altos niveles de depresión y/o ansiedad. Pero, estas son excepciones que tienen su impacto en el gráfico y en los cálculos del coeficiente de correlación de Pearson, pero no son suficientes para cambiar las tendencias opuestas de las dos variables.

El análisis de datos también se hizo usando fórmulas matemáticas y modelos estadísticos. Se necesitaba mostrar algún tipo de relación entre la variable independiente (Calidad de la CDIC) y los niveles de depresión y de ansiedad (variables dependientes). La determinación de esta relación se hizo mediante la correlación de Pearson. Se usó la aplicación computarizada Microsoft Excel. Para ello se calculó el coeficiente de correlación de Pearson. Este coeficiente nos dice si existe alguna correlación, la fuerza y la dirección de la correlación. Con el análisis se revela que existe una correlación moderada (alrededor de 0.5) e inversa (por su signo negativo) entre la calidad de la comunicación de un diagnóstico de cáncer y el nivel de depresión del paciente. Similar resultado se registró para el nivel de ansiedad del paciente. Este resultado orienta las conclusiones de esta investigación.

El impacto de otros elementos y variables como la edad, educación, el tipo de cáncer, el apoyo y participación familiar, etc. que están presentes afectando al paciente oncológico durante la comunicación del diagnóstico no están siendo considerados en este estudio. Nos hemos limitado a estudiar el impacto de la comunicación del diagnóstico inicial de Cáncer en términos de depresión y ansiedad producidas en el paciente. Tampoco hemos considerado el impacto en términos de estrés, angustia, miedo, etc. Se necesitarán más estudios para cubrir todo el espectro de impactos del cáncer en la salud y la evolución del paciente oncológico.

IX. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación se desprenden las siguientes conclusiones:

1. La comunicación del diagnóstico de cáncer impactó el estado de depresión y ansiedad de los pacientes siendo este impacto proporcional e inverso con la calidad de esta comunicación. Mientras más alta fue la calidad de esta comunicación, menor fue el nivel de depresión y de ansiedad del paciente.
2. En la población bajo investigación, los miembros de muestra que participó en la entrevista provienen de todas las provincias del país, lo que nos permite decir que la comunicación del diagnóstico estuvo por debajo de los estándares de calidad en el 25 por ciento de los pacientes que se trataron en el IOHP y, por ende, de toda la geografía nacional. Los restantes, 75 por ciento fueron distribuidos entre, 37 por ciento aceptables, el 32 por ciento buenos y el 7 por ciento muy buenos.
3. En la población investigada se encontró que el 28 por ciento de los pacientes diagnosticados con cáncer en el último año tiene depresión leve y el 11 por ciento, depresión de moderada a grave. De este mismo modo se determinó que el 53 por ciento de los pacientes diagnosticados con cáncer en los últimos 12 meses tienen ansiedad leve y el 27 por ciento tiene ansiedad de moderada a grave.
4. Sorprendente el resultado de este estudio en el que el 75 por ciento de los pacientes oncológicos investigados recibieron una comunicación satisfactoria o muy buena de su diagnóstico de cáncer; a pesar de lo delicado y cuidadoso que se debe ser en este proceso y no obstante las condiciones de aglomeración numérica y la aparente escases de espacios en que se desenvuelven los servicios médicos en el IOHP.

X. RECOMENDACIONES

Basado en este estudio y en nuestras investigaciones en esta área hacemos las siguientes recomendaciones.

1. Los profesionales e instituciones del área de la salud deben diseñar un protocolo unificado para la comunicación del diagnóstico inicial de cáncer, y de otras malas noticias, a pacientes en toda el área nacional.
2. Las instituciones educativas que forman profesionales de la medicina deberían incorporar en sus planes educativos suficiente entrenamiento académico y práctico en el área de comunicar malas noticias al paciente.
3. Se recomiendan la realización de más estudios sobre los efectos de la edad, educación, apoyo familiar, estado civil y el sexo podrían tener en la salud mental del paciente diagnosticado con cáncer.
4. Considerando el derecho del paciente a recibir su diagnóstico, y reconociendo el principio de no maledicencia, se recomienda que la notificación de un diagnóstico inicial de cáncer se realice teniendo en cuenta los límites de tolerancia del paciente para una comunicación completa y detallada de la verdad del diagnóstico.

XI. REFERENCIAS

1. Ramírez-Ibáñez M, Ramírez-de la Roche O. Como comunicar malas noticias en la práctica médica. *Aten Fam* [Revista en internet] 2015 [consultado 3 de noviembre de 2021];15(1): 119-132. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-como-comunicar-malas-noticias-practica-S1405887116300608>
2. Organización Mundial de la Salud. El diagnóstico temprano del cáncer salva vidas y reduce los costos de tratamiento. Informe de un grupo científico OMS. Tarik Jašarevi T y Garwood P. OPS/OMS. Ginebra: OPS/OMS; 2017. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs>
3. Stedmans medical dictionary. 28th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2020. Diagnóstico médico; p. 245-246
4. Valbuena R y Blanco-Cabral A. El impacto psicológico. Enfermedad terminal y cuidados paliativos. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica* [Revista en línea]. [consultado 3 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/impacto-psicologico-enfermedad-terminalcuidados-paliativos>
5. Buckman R. *How to break bad news: A guide for health care professionals*. 2ª ed. Baltimore (United States of America): The Johns Hopkins University Press; 2016: 65-97
6. Zwingmann J, Baile W, Schmier J, Bernhard J, y Keller M. Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: A randomized, experimental study. *Cancer*; 2017 [consultado 3 de noviembre de 2021];123(16):3167-375. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.30694>
7. Trill M. La Comunicación con el Paciente Oncológico: Transmisión de Información Médica y Atención a las Situaciones «Difíciles». En: Trill M. *guía de practica clínica en cuidados continuos*. Madrid (España): editorial Seom, 2019: 85-101.
8. CCD, OMC. Código de deontología médica. Ed provisional CCD, OMC. Madrid (España); octubre 2018. Disponible en:

- http://www.comteruel.org/documentos/2018_CodigoDeontologicoBorrador.pdf
9. Wilkinson I, Raine T, Wiles K, Goodhart A, Hall C, Oneil H. 10th, *Manual Oxford de medicina interna*. e-books, ed aula medica; 2018:11.
 10. Quintero-Garzon L, Koranyi S, Eknegmann D, Philipp R, Scheffold K, Schultz-Kinderman F, *et al*. Perceived doctor-patient relationship and its association with demoralization in patients with advanced cancer. *Psychooncology* [revista en internet]. 2018 [consultado 3 de noviembre de 2021]; 27(11): 2587-2593. doi: 10.1002/pon.4823. Epub 2018 Jul 20. Pmid: 29952046. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29952046/>
 11. Cavalari-Cmargo N, Goncalves-Lima M, Brietzke E, Mucci S, Texeira-Gois A. La Enseñanza de Cómo Dar Malas Noticias. Una revisión sistemática. *Rev Bioet* [revista en internet] 2019 [consultado 3 de noviembre de 2021]; 27(2):5-15. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/477892195/La-ensenanza-de-comodar-malas-noticias-una-revision-sistemica>
 12. Zapana-Mozombite M. Habilidades de los médicos residentes y especialistas al comunicar malas noticias a pacientes en un establecimiento de salud de tercer nivel. Universidad Nacional De La Amazonía Peruana (UNAP); Iquitos (Perú): 2019. Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/6617>
 13. Carvajal C. El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Algunas reflexiones. *Rev Med clínica condes* [revista en internet] 2017 [consultado 3 de noviembre de 2021];28(6):841-848. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864017301463>
 14. Aein F, Delaram M. Giving Bad News: A Qualitative Research Exploration. *Iran Red Crescent Med J* [revista en internet] 2014 [consultado 3 de noviembre de 2021];16(6):8197. Disponible en: https://scholar.google.com/scholar?q=Giving+bad+News:+A+qualitative+Research+Exploration&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar
 15. Rubiano V. *Fundamentos de Oncología*. 2; Cali (Colombia): Pub Universidad del Valle; 2017: 141-156. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/j.ctv14npj99>

16. Organización Mundial de la Salud. Perfiles de país sobre cáncer, 2020. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2020. Serie de informes técnicos 72576.
17. Liga Dominicana Contra el Cáncer. Registro hospitalario de tumores; Estadísticas 2018. Informe anual de la Liga Dominicana Contra el Cáncer, Inc. Santo Domingo (República Dominicana); 2018 Disponible en: <https://iohp.org/registrotumores/>
18. López M, Cardona A. Historia del cáncer y el cáncer en la historia. Historia del cáncer y el cáncer en la historia. *Medicina* [revista en internet] 2020 [consultado 3 de noviembre de 2021]; 42(4): 528-562. Disponible en: <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/1559>
19. Moasser M, Ai WZ. Neoplasia. En: Hammer G, McPhee S. *Fisiopatología de la enfermedad: Una introducción a la medicina clínica*. 8ª ed, Ciudad de México (Mexico): McGraw-Hill Medical; 2019. p. 815-840.
20. Grossman SC, Porth CM. Neoplasia. En: Porth CM. *Porth fisiopatología: alteraciones de la salud, conceptos básicos*. 9ª ed. Barcelona (España): Lippincott Williams & Wilkins; 2014. p 160-199.
21. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras del Cáncer. Informe de un grupo científico de la OMS; Ginebra: OMS; 2021.
22. Meric-Bernstam F y Pollock R. Oncología. En: Brucardi C, Anderse D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Matthews J, Pollock R. *Schwartz Principios de cirugía*, 10ª ed, México (México): Mcgraw Hill; 2015: 277-279.
23. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer en las Américas. Informe de un grupo científico de la OPS/OMS. OPS; Washington; 2021.
24. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson L, y Loscalzo J. Estudio del paciente con cáncer. En: Longo D, Loscalzo J, Jameson J, Hauser S, y Kasper D. *Harrison: principios de medicina interna*. 18ª ed, Distrito Federal (México): Mcgraw-Hill; 2012: 649-690
25. Zarco M, Rojas-Marin C, Velasco C, Ortiz EN, Villaseñor EAM. Imagenología en cáncer. Diferentes técnicas diagnósticas de imagen para cáncer. *Casos y Revis Salud* [revista en internet] 2018 [consultado 3 de noviembre de 2021]; 1(0):56-66. Disponible en:

https://cyrs.zaragoza.unam.mx/wpcontent/Contenido/Volumenes/V0N1/9Imagenologiaencancer_Diferentestecnicasdeimagediagnosticasencancer.pdf

26. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. Diagnóstico diferencial. 2021 p 81.
27. Chávez-Tarambis JR, y Zúñiga-Orellana KG. Complicaciones oncológicas en pacientes adultos atendidos en el área de emergencia en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde octubre 2016 hasta febrero 2017. [Tesis de grado-enfermería]. Santiago de Guayaquil (Colombia); Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG). 2017.
28. Tuca-Rodríguez A, Prat-Aparicio A, Balaguer-Prunes A, Molla-Armanda M, Valverde-Bosch M, Vilas V, et al. Pronóstico del cáncer. Clínic Barcelona [revista en internet] 2018 [consultado 3 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/cancer/evolucion-de-la-enfermedad>
29. Trill DM. Aspectos éticos, legales y psicológicos en la comunicación de un diagnóstico médico. *Educ Médica*. 2016; 17(Supl 1): 25-9.
30. García-Arroyo JM, Domínguez-López ML. El problema de la comunicación del diagnóstico en medicina. *Común y Hombre*. 2014; 10 p 95-107.
31. Campagne DM. Cáncer: comunicar el diagnóstico y el pronóstico. *Med Fam Semer* [revista en internet] 2019 [consultado 5 de noviembre de 2021];45(4): 273-83. Disponible en: <https://medes.com/publication/146253>
32. García-Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva* [revista en internet] 2006 [consultado 5 de noviembre de 2021]; 30(9):452-9.
33. Rayón-Velázquez C, Cortés-Mancera EA, Maya-Ampudia CC. Comunicar bien las malas noticias en medicina: Una labor compartida. *Investig en Discapac Intensiva* [revista en internet] 2018 [consultado 5 de noviembre de 2021]; 7(2): 72-9.
34. Bascuñán ML. Comunicación de malas noticias en salud. *Clin Las Condes* [revista en internet] 2013 [consultado 5 de noviembre de 2021]; 24(4):685-93. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-comunicacion-malas-noticias-salud-S0716864013702086>

35. Bennett M, Alison D. Discussing the diagnosis and prognosis with cancer patients. *Postgrad Med J* [revista en internet] 1996 [consultado 5 de noviembre de 2021]; 72(843):25-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/14456842_Discussing_the_diagnosis_and_prognosis_with_cancer_patients
36. Instituto Nacional del Cáncer. Comunicación en la atención del cáncer (PDQ®)– Versión para profesionales de salud - *Instituto Nacional del Cáncer* 2021. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/adaptacional56cancer/comunicacion-pro-pdq>
37. Gajardo-Ugás A. La comunicación de la verdad en la relación médico-paciente terminal. *Acta Bioeth* [revista en internet] 2009 [consultado 5 de noviembre de 2021]; 5(2):212-5. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2009000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
38. Trapaga-Soto MA. La bioética y sus principios al alcance del médico en su práctica diaria. *Investig Matern Infant* [revista en internet] 2018 [consultado 5 de noviembre de 2021]; 9(2): 53-59. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2018/imi182c.pdf>
39. Parra D. La obligación de informar al paciente. Cuestiones sobre el derecho a ser informado. *Rev Med Chile* [revista en internet] 2013 [consultado 5 de noviembre de 2021]; 141:1578-83. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001200012
40. Drane JF. Honestidad en la Medicina: ¿Deberían los doctores decir la verdad? Universidad de Chile. Chile (Santiago de Chile). 2021.
41. Taboada-Rodríguez P. Principios éticos relevantes en la atención de pacientes terminales. *Rev Ars medica* [revista en internet] 2006 [consultado 7 de noviembre de 2021]; 35(1):11. Disponible en: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/188>

42. Bascuñán ML. Truth disclosure in medicine: psychological perspective. *Rev Med Chil* [Revista en línea] 2005 [consultado 7 de noviembre de 2021];133(6):693-698. Disponible:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872005000600012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
43. Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Breaking bad news in clinical practice. *Rev Med Chil* [revista en internet] 2014 [consultado 7 de noviembre de 2021];142(10):1306-1315. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872014001000011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
44. Hincapié-Sánchez J, Medina-Arellano M de J. 1. Bioética: teorías y principios. Enseñanza Transversal en Bioética y Bioderecho: *Cuadernillos Digitales de Casos*. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas; 2019.
45. Singh MM. Breaking bad news in clinical setting: a systematic review. *Indian Journal of Applied Research* [revista en internet] 2017 [consultado 9 de noviembre de 2021]; 7(12): 29-32. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/322083788_breaking_bad_news_in_clinical_setting_a_systematic_review
46. Aranda-Sánchez CI, Cedillo Zaragoza R, Del Campo-Acosta MG, Ornelas Segovia RO, Góngora Ortega J. Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud. *Acta Universitaria*. 2014;24(5):20-6.
47. Esteban-Gimeno AB, Martínez-Bara JM, García-Arilla E y Mesa-Lampré MP. La comunicación del médico con el paciente y la familia. En: Ruipérez-Cantera I. Tratado de geriatría para residentes. Madrid (España): International Marketing & communication, S.A, 2006: 115-122
48. Bermejo JC, Villaceros M, Carabias R, Sánchez E, Díaz-Albo B. Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Rev Medicina Paliativa Research* [revista en internet] 2013 [consultado 9 de noviembre de 2021]; 2013; 20(2): 49-59. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina>

[paliativa-337-articulo-conspiracion-del-silencio-familiares-pacientes-S1134248X1200078X](#)

49. Martínez-Oña MDC. La conspiración del silencio. [Tesis de grado-psicología]. Jaén (España): Universidad de Jaén (UJA); 2017.
50. Ruiz-Benítez M, Coca MA. El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología* 2008;5(1): 53-69
51. Vergara-Lacalle O. Pacto de silencio y derecho a la información en pacientes gravemente enfermos. Escribiendo el último capítulo de la vida. *Rev Bioet Derecho* [revista en línea] 2021 [consultado 9 de noviembre de 2021]; (52):45-60. Disponible: <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/32561>
52. Espinoza-Suárez NR, Mar Z-D, Mejía-Pérez CM. Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. *Rev Neuropsiquiatr* 2017;80 (2):125
53. Alonso-Sánchez M. ¿Qué consecuencias tienen los pactos de silencio para los pacientes con diagnósticos graves o enfermedades en situación terminal? [Tesis de grado-enfermería]. Palma de Mallorca (España): Universitat de les Illes Balears (UIB); 2013.
54. Soifer GM, Moreira GE, Ruffa AI, Guz MP, Ferrari ML, Massaro LA. Algunas reflexiones sobre verdad tolerable. *Rev Redbioética/Unesco* 2013; 1(7): 95-96.
55. Peiró G, Sánchez PT. La verdad soportable. Cuadernos Monográficos de Psicobioquímica [Monografía en línea]. Valencia: Consorcio Hospital General Universitario de Valencia; 2012 [consultado 10 de noviembre de 2021].1(1):5-11. Disponible en: http://www.psicobioquimica.org/cancer_comunicacion_1_01.html
56. Rubiales AS, Martín L, Del Vale L, Garavís I, Centeno C. Información al enfermo oncológico: los límites de la verdad tolerable. *Cuadernos de Bioética* 1998: 45-51.
57. McQuellon RP, Cowan MA. The art of conversation through serious illness: Lessons for caregivers. First. The art of conversation through serious illness: Lessons for caregivers. New York (United States): Oxford University Press; 2010.
58. Morena-Acosta AI, Krikorian A, Palacio-González C. Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Av Psicol Latinoam* [revista en línea]. 2015 [consultado 10

- de noviembre de 2021]; 33(3): 517-529. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S179447242015000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=es
59. American Cancer Society. Cambios emocionales, de salud mental y de estado de ánimo; 2021 [consultado 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-emocionales.html>
60. Lafata JE, Shay LA, Winship JM. Understanding the influences and impact of patient-clinician communication in cancer care. *Health Expect*; 2017; 20(6):1385-92.
61. Organización Panamericana de la Salud. Depresión. Informe de un grupo científico de la OPS/OMS. OPS; Washington; 2021.
62. Luna-Reyes T, Vilchez-Hernández E. Depresión: situación actual. *Rev. Fac. Med. Hum* [revista en línea] 2017 [consultado 10 de noviembre de 2021];17(3). Disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1197>
63. Pousa-Rodríguez V, Miguelez-Amboage A, Hernández-Blázquez M, González-Torres MÁ, Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Rev colomb cancerol* [revista en internet] 2015 [consultado 10 de noviembre de 2021];19(3):166-172. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-depresion-cancer-una-revision-orientada-S0123901515000438>
64. Diz-Ramírez RF, Garza-De La Cruz A, Olivas-Verduzco EK, Montes-Esqueda JG, Fernández-Luciano GS. Cáncer y depresión: una revisión. *Psic y Sal* [revista en línea] 2018 [consultado 10 de noviembre de 2021]; 29(1):115-124. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2573>
65. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal-Estar Subj* [revista en internet] 2003 [consultado 10 de noviembre de 2021]; 3(1):11-60.
66. Dismale JE. Trastorno de ansiedad por enfermedad. San Diego (California): Manual MSD versión para profesionales; 2020.

67. Orozco WN, Jesús M, Baldares V. Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Rev Médica Costa Rica y Centroamérica* 2012; 69: 497-507.
68. Muñoz-Alga MJ, Bernal-García P. Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer. *Psicooncología* 1970; 13(2-3): 227–248.
69. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg depression rating scale y Hamilton anxiety rating scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)* [revista en internet] 2002 [consultado 10 de noviembre de 2021]; 118 (13):493-499. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/256812219_Validacion_de_las_versiones_en_espanol_de_la_Montgomery-
70. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50-55
71. Puerto-Pedraza HM, Gamba-Collazos HA. La comunicación del diagnóstico de cáncer como práctica saludable para pacientes y profesionales de la salud. *Rev Cuid* [revista en internet] 2015 [consultado 10 de noviembre de 2021]; 6(1): 964-969. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732015000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=es
72. Arias-Rodríguez MA, Henríquez-Platero JE, Veliz-Aguilar XL. Análisis retrospectivo del impacto emocional producido por la notificación del diagnóstico de cáncer avanzado. [Tesis de grado-enfermería]. El Salvador: Universidad Dr. José Matías Delgado (UJMD); 2020
73. De Castro KE, Peloso F, Vital L, Bittencourt-Romeiro F, Moro-Gutiérrez L, González-Fernández M. La revelación del diagnóstico en oncología: una investigación transcultural Brasil-España. *Psicooncología* [Revista en línea] 1970 [consultado 12 de noviembre de 2021]; 2018; 15(1): 119-132. Disponible en:
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/59181>
74. Carvajal C. El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática: algunas reflexiones. *Rev médica Clín Las Condes* [revista en línea] 2017 [consultado 12 de noviembre de 2021]; 28(6): 841-848. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-el-impacto-del-diagnostico-medico-S0716864017301463>

75. Suárez-Ibujes MO. [revista en línea] Cálculo del tamaño de la muestra. Ecuador: Monografías.com S.A; 2020. Documentos de trabajo: 87
76. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke Kurt. Cuestionario sobre la salud del paciente-9. México (Ciudad de México): Instituto Nacional De Geriátría. Serie informes técnicos: 96260
77. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* [revista en internet] 2017 [consultado 12 de noviembre de 2021];2000: 321-323. Disponible en: www.aabioetica.org
78. Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud en seres humanos. Informe de un grupo científico de CIOMS; Ginebra: OPS/CIOMS 2017.
79. Sarabia Cobo C M, Halconero Camarero A R, Claves para el diseño y validación de cuestionarios en Ciencias de la Salud. *enfermería en Cardiol.* 2019; 26(77);69-73
80. Cajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales A., ¿Como validar un instrumento de medida de la salud? *An. Sist. Sanit. Navar.* 2011, Vol. 34, N.º 1, Pamplona, enero-abril 2011.
81. Reguant-Álvarez, M. y Torrado-Fonseca, M. (2016). El método Delphi. *REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 9 (1), 87-102. DOI: 10.1344/reire2016.9.1916
82. Scappini A, 80 Fundamental Models for Business Analysts, ed Created space independent publishing platform, 2016

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2020-2022	
Selección del tema	2020	Junio Julio Agosto
Búsqueda de referencias		Septiembre Octubre Noviembre Diciembre
Elaboración del anteproyecto	2021	Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio
Sometimiento y aprobación		Agosto Septiembre
Ejecución de las encuestas		Octubre Noviembre Diciembre
Tabulación y análisis de la información	2022	Enero Febrero Marzo
Redacción del informe		Abril
Revisión del informe		Abril
Encuadernación		Mayo
Presentación		Mayo Junio

XII.2. Instrumentos de recolección de datos

A. Cuestionario para medir la calidad de la comunicación del diagnóstico de cáncer en los pacientes recientemente diagnosticados y recibiendo atención médica en el IOHP

1. Datos:

ID		Estado civil	
Edad		Fecha del diagnóstico	
Sexo		Tipo de cáncer	
Procedencia		Nivel de cuidado	Ambulatorio
Nivel educativo		Etapa:	
Ocupación		¿Cómo supo su diagnóstico?	

2. Preparación inicial de la comunicación con el paciente:

- a) ¿Quién le dio la noticia? _____
- b) ¿Dónde estaba usted en ese momento? _____
- c) ¿Qué medio se usó? Presencial, Teléfono, Chat, Correo, otro: _____
- d) ¿El Dr. le llama por su nombre? __ Lo saluda? __ Le pidió sentarse? ____
- e) ¿El Dr se notaba sereno? __ Le extendió su mano? __ Sonrió alguna vez? ____

3. Alinear la notificación con la percepción del paciente.

SI NO

- a) ¿Le pregunto el Dr sobre su condición? SI NO
- b) ¿Le pregunto qué sabía sobre su enfermedad antes de explicarle su diagnóstico? SI NO
- c) ¿Le pregunto si tiene o ha tenido familiares con cáncer? SI NO

4. Reconocer qué y cuánto quiere saber el paciente:

SI NO

- a) ¿Le preguntó el Dr. cuanto quería usted saber sobre los resultados de la biopsia? SI NO
- b) ¿Le pidió usted al Dr. todos los detalles sobre su diagnóstico? SI NO

- c) ¿Se le dio la información con el nivel de detalles que usted quería o necesitaba?
- d) ¿Le comentó que tiempo le quedaba de vida?

5. Compartir el diagnóstico de cáncer adecuadamente: SI NO

- a) ¿Entendió usted el lenguaje usado por médico para explicar su diagnóstico?
- b) ¿Recibió el diagnóstico de una vez? O el Dr. ¿Se lo fue explicando poco a poco?
- c) El Dr. ¿Le pregunto alguna vez si entendió las explicaciones sobre su diagnóstico?
- d) ¿Sintió usted que el Dr. fue solidario con usted al recibir su diagnóstico?
- e) ¿Escuchó el Dr. con atención sus preocupaciones al recibir su diagnóstico?
- f) ¿Hizo el Dr algún ajuste basado en sus sugerencias para acomodarlo a usted?

6. Responder a los sentimientos y emociones del paciente: SI NO

- a) ¿Le afectó emocionalmente a usted el diagnóstico de cáncer?
- b) ¿Que hizo el Dr para ayudarlo a mantener control de sus emociones:
- c) ¿Notó en él algún grado de solidaridad con usted?
- d) ¿Notó usted empatía en las palabras del Dr.?
- e) ¿Le dio esperanzas de vida, basado en datos estadísticos?

7. Explicar la estrategia de tratamiento y resumir la entrevista para concluir: SI NO

- a) ¿Había alguien más con el Dr el día en que te comunico el diagnostico?
- ¿Quién?

- b) ¿Te explico el Dr las opciones/alternativas que tienes para tratar su
- c) ¿Te pregunto el Dr si estabas de acuerdo con el tratamiento a seguir para
tratar su diagnóstico de cáncer?
- d) ¿Al concluir la entrevista el Dr refresco los puntos más importantes
tratados?
- e) ¿Acordaron juntos una fecha para la próxima entrevista y comienzo del
tratamiento?

B. Cuestionario para medir niveles de depresión (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un “ ” para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3	
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3	
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3	
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3	
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3	
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3	
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3	
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3	
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3	

Total Score: _____ FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil. Un poco difícil. Muy difícil extremadamente difícil

No síntomas depresivos Depresión Leve Depresión Moderada Depresión Grave

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc . No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

C. Escala de Ansiedad de Hamilton

1. <i>Humor ansioso (AF)</i> Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad	0 1 2 3 4
2. <i>Tensión (AF)</i> Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor. Sensación de no poder encuadrar en un Lugar	0 1 2 3 4
3. <i>Miedos (AF)</i> A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales grandes, etc. Al tránsito callejero. A la multitud	0 1 2 3 4
4. <i>Insomnio (AF)</i> Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Peccadillos. Terrores nocturnos	0 1 2 3 4
5. <i>Funciones intelectuales (AF)</i> (Gnósticas). Dificultad de concentración. Mala memoria	0 1 2 3 4
6. <i>Humor depresivo (AF)</i> Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones de humor durante el día	0 1 2 3 4
7. <i>Síntomas somáticos generales (AS)</i> (musculares) Dolor y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos. Sacudidas crónicas. Chirrido de los dientes. Voz poco firme o insegura	0 1 2 3 4
8. <i>Síntomas somáticos generales (AS)</i> (somáticos) Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo	0 1 2 3 4
9. <i>Síntomas cardiovasculares (AS)</i> Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles	0 1 2 3 4
10. <i>Síntomas respiratorios (AS)</i> Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Falta de aire	0 1 2 3 4
11. <i>Síntomas gastrointestinales (AS)</i> Dificultad para tragar. Meteorismo (hinchazón). Dispepsia (acidez). Dolor antes o después de comer. Sensación de ardor. Distensión abdominal. Pirosis. Náuseas. Vómitos. Sensación de estómago vacío. Cólicos abdominales. Barbarismos. Diarrea. Constipación	0 1 2 3 4
12. <i>Síntomas genitourinarios (AS)</i> Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de la micción. Eyaculación precoz. Ausencia de erección. Impotencia	0 1 2 3 4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo (AS)</i> Sequedad de boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos. Cefalea de tensión. Horripilación	0 1 2 3 4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista (AF)</i> (general) Tenso, incómodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, aprieta los puños. Inestabilidad, postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies tensa. Aumento del tono muscular (fisiológico). Traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 20 min. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmía. Sudor. Mioclonias palpebrales	0 1 2 3 4

A.P. [] + A.S. [] = TOTAL []

No ansiedad [0-5], Ansiedad leve [6-14], Ansiedad moderada/grave [15 o MAS],

Ansiedad grave 15 o mas

XII.4. Consentimiento Informado

IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN LOS PACIENTES AMBULATORIOS QUE RECIBEN ATENCIÓN MÉDICA EN EL INSTITUTO ONCOLÓGICO DOCTOR HERIBERTO PIETER, OCTUBRE, 2021- MARZO, 2022

El objetivo del presente consentimiento es solicitarle a usted su participación en nuestro proyecto de investigación, donde le haremos una serie de preguntas para conocer más de cerca como es la comunicación inicial del diagnóstico de cáncer y el impacto sobre su salud como paciente.

Su participación es totalmente voluntaria y la información que usted brinde será confidencial, respetando el anonimato de sus datos, haciendo uso de estos para fines académicos.

Si tiene alguna duda con respecto a las preguntas puede hacerlas en el momento de la realización de estas.

Si está de acuerdo en participar, proporcione su nombre y firma en la línea de abajo, recordándole que se respeta su derecho a negarse o retirarse respetando su participación voluntaria.

Yo _____ he leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado de manera satisfactoria las preguntas que he realizado.

Sí, acepto participar voluntariamente en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la misma en cualquier momento.

La investigación es llevada a cabo por Carmen Yuleika González Casado y Benjamín Rosario Sosa, asesor clínico Dra. Rosa Haydee Vassallo (Hematóloga Oncóloga del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter

Firma

XII.5. Costos y recursos

XII.5.1. Humanos			
2 sustentantes			
2 asesores (metodológico y clínico)			
XII.5.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	2 resmas	200.00	400.00
Lápices	1 paquete	120.00	120.00
Borras	2 unidades	50.00	100.00
Bolígrafos	1 paquete	200.00	200.00
Sacapuntas	2 unidades	50.00	100.00
Cartuchos EPSON 664	2 unidades	600.00	1,400.00
Calculadoras	2 unidades	150.00	300.00
XII.5.3. Económicos*			
Papelería (copias)	1800 copias	5.00	9,000.00
Encuadernación	18 unidades	100.00	1,800.00
Empastado	6 unidades	550	3,300.00
Alimentación			5,000.00
Transporte			15,000.00
Inscripción trabajo de grado	2 unidades	16,500	33,000
Presentación trabajo de grado	2 unidades	16,500	33,000
Total			\$102,720.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por los sustentantes.

XII.6. Evaluación

Sustentantes:

Benjamín Rosario Sosa

Carmen Yuleika González Casado

Asesores:

Rubén Darío Pimentel
(Metodológico)

Dra. Rosa Haydee Vassallo
(Clínico)

Jurado:

Autoridades:

Dra. Claudia María Scharf
Directora Escuela de Medicina

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____