



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

“NECESIDADES INSATISFECHAS, GASTOS EN SALUD Y DETERMINANTES
SOCIALES DE PERSONAS SUPERVIVIENTES DE CÁNCER EN UN CENTRO DE
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA CIUDAD DE MÉXICO”

MPSS: JUAN ALBERTO RÍOS NAVA

MATRÍCULA: 2163082408

ASESOR

DR ALEJANDRO ALONSO ALTAMIRANO



82356 .

JUNIO 2023

ÍNDICE

CONTENIDOS

CAPÍTULO I: INVESTIGACIÓN	3
INTRODUCCIÓN.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
HIPÓTESIS.....	10
METODOLOGÍA.....	11
Tipo de estudio.....	11
Población, criterios de inclusión y exclusión.....	11
Variables.....	12
Definición operacional.....	14
RESULTADOS, CUADROS Y GRÁFICAS.....	19
Validación transcultural.....	19
Resultados.....	20
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	24
Análisis de SF-SUNS.....	28
Análisis NCCN-Survivorship.....	32
Análisis de gastos.....	35
Discusión.....	37
Conclusiones.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41
CAPÍTULO II: CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL	47
En relación con su formación como persona.....	47
En relación con su formación como profesional.....	49
En relación con su aportación a la comunidad.....	50
En relación con su institución educativa.....	51
ANEXOS.....	52

CAPÍTULO I: INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

Una persona superviviente de cáncer se define como aquella con diagnóstico de cáncer que ha terminado el tratamiento oncológico activo y no tiene evidencia de enfermedad. En los últimos años, la cantidad de gente que sobrevive a un cáncer ha aumentado, incluyendo al grupo de adultos mayores, y con ello se ha reconocido que este grupo de pacientes tiene necesidades particulares a lo largo de su supervivencia. El objetivo de este estudio es identificar la proporción de necesidades no satisfechas de adultos mayores supervivientes de cáncer. Para ello se realizará una validación transcultural de los cuestionarios SF-SUNS y NCCN-Survivorship. Posteriormente se aplicarán de manera transversal a supervivientes de cáncer mayores de 65 años, además, se buscará identificar si existen asociaciones entre las necesidades no satisfechas y variables clínicas y geriátricas (comorbilidades, presencia de síndromes geriátricos, funcionalidad, fragilidad), y determinantes sociales de salud (económicos, de vivienda, de acceso a alimentos, de educación, de acceso a la salud, sociales y ambientales). Se buscará también identificar cual es el gasto en salud que tiene esta población. Identificar las necesidades de los pacientes y los factores asociados a ellas, es el primer paso en los cuidados de supervivientes. Con estos datos será posible desarrollar planes de cuidados a mediano y largo plazo (Negrete-Najar, 2023).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incidencia y prevalencia de cáncer aumenta con el aumento de la edad, y conforme las poblaciones tengan más adultos mayores, se espera que aumente el número de gente que es superviviente de cáncer. El impacto de sobrevivir un cáncer en el adulto mayor ha sido poco estudiado (Gotay & Muraoka, 1998). Se ha reportado que los adultos mayores supervivientes de cáncer tienen múltiples necesidades no satisfechas además de mayor comorbilidad y pérdida de la funcionalidad (Garman et al., 2003; Sweeney et al., 2006). Las necesidades no satisfechas pueden estar influenciadas no solo por los antecedentes oncológicos, sino también por características de funcionalidad, red familiar y determinantes sociales de la salud, por lo que conocer sobre todas las esferas del paciente es necesario para otorgar la mejor atención posible.

La Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) en sus guías de cuidados de supervivientes refiere que el propósito de realizar una identificación de necesidades sirve para encontrar y corregir deficiencias, con la finalidad de reconocer que recursos ya existen disponibles y cómo utilizarlos de la mejor manera posible, además considera que realizar esta identificación es clave para el establecimiento exitoso de un servicio de cuidados de supervivientes de cáncer (Resnick et al., 2015; Nekhlyudov et al., 2017; Runowicz et al., 2016). Identificar los factores asociados o modificadores de dichas necesidades permitirá el diseño de planes que impacten más allá de solo control de síntomas.

JUSTIFICACIÓN

En México y América Latina, según nuestro conocimiento, sólo ha habido un acercamiento a las necesidades de los supervivientes de cáncer, el Registro de supervivientes de cáncer en México realizado por el Instituto Nacional de Cancerología, en el que los pacientes se registraban en un sitio web. Dicho estudio incluyó 3201 pacientes y reportó que 96.88% tenían efectos adversos relacionados al tratamiento recibido, 95% síntomas de depresión, 82% problemas sexuales y 26% problemas para reincorporarse a la vida laboral (Cancerología, 2018). Al parecer dicho registro continúa reclutando pacientes y hasta el momento no ha habido un reporte estratificado por edad ni se han publicado planes de cuidados con base en la información obtenida.

El obtener información sobre dichas necesidades y con base en ello implementar intervenciones y cuidados dirigidos puede resultar en desenlaces positivos para los pacientes (Ruland et al., 2010; Dennison & Shute, 2000).

MARCO TEÓRICO

El cáncer es caracterizado por una proliferación descontrolada de células anormales y una incapacidad del sistema inmune para reconocerlas. De acuerdo con un reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer ocasionó un estimado de 9.6 millones de muertes alrededor del mundo en 2018 (Yin et al., 2021).

De acuerdo con el GCO (Por sus siglas en inglés “Global Cancer Observatory”) existieron alrededor de 18.08 millones de casos nuevos de cáncer, entre los cuales el cáncer de pulmón (2.09 millones de casos), mama (2.09 millones de casos) y próstata (1.28 millones de casos) son los tres más frecuentes. En hombres, el cáncer de pulmón (1.37 millones de casos) y de próstata (1.28 millones de casos) ocupan los dos primeros lugares respectivamente. En mujeres el cáncer de mama es por mucho el tipo de cáncer más frecuente (2.09 millones de casos), seguido por cáncer de pulmón (0.72 millones de casos) y cervicouterino en tercer lugar (0.57 millones de casos) (Mattiuzzi & Lippi, 2019).

El termino “neoplasia” usualmente se refiere a un “tumor”, los tumores generalmente se dividen en benignos y malignos, basado en su potencial de evolución:

- Se dice que un tumor es benigno cuando sus características microscópicas y macroscópicas se consideran que es relativamente inofensivo, indicando que este permanecerá localizado y es elegible para removerlo quirúrgicamente.
- Se dice que un tumor es maligno (también llamado neoplasia) cuando la lesión puede invadir y destruir tejido adyacente y viajar a tejidos lejanos (metastásico) que puede ocasionar la muerte (Kumar et al., 2017).

Ambos tejidos (tanto benigno como maligno) tienen dos componentes básicos:

1. El parénquima, hecho de células neoplásicas transformadas
2. Tejido de soporte, estroma no neoplásico hecho mayormente de tejido conectivo, vasos sanguíneos y células inflamatorias del huésped (Kumar et al., 2017).

Generalmente, hay dos factores importantes que se asocian con el desarrollo de cáncer, estos son los factores **ambientales** y los factores **genéticos**. Los **factores ambientales** se han asociado a varios tipos comunes de cáncer, por lo que una gran cantidad de estos pueden ser prevenidos. Esta noción de la exposición ambiental está respaldada por la variedad de formas de cáncer asociadas a distintas poblaciones; por ejemplo, la tasa de cáncer de mama es de cuatro a cinco veces mayor en Estados Unidos y en Europa que en Japón. Los factores ambientales mayormente asociados al cáncer son: dieta, fumar, consumo de alcohol, historia reproductiva y agentes infecciosos (Kumar et al., 2017).

Está claro que el cáncer es una enfermedad causada por mutaciones que alteran la función de genes humanos. Los genes del cáncer se pueden definir como genes que son recurrentemente afectados

por aberraciones genéticas las cuales propician el desarrollo de cáncer. Para simplificar la complejidad de los genes del cáncer, se deben considerar cuatro mayores clases funcionales:

1. Oncogenes, son genes que inducen a un fenotipo transformado cuando se expresa en células promoviendo un incremento en el crecimiento celular.
2. Genes supresores tumorales, son genes que normalmente previenen el crecimiento descontrolado, cuando estos mutan o una célula los pierde, permiten el desarrollo del fenotipo transformado.
3. Genes que regulan la apoptosis, primeramente, actúan mejorando la supervivencia celular, en lugar de estimular la proliferación per se.
4. Genes que regulan la interacción entre las células tumorales y células del huésped, ya que estos genes son recurrentemente mutados o funcionalmente alterados en ciertos tipos de cáncer (Kumar et al., 2017).

El cáncer se sigue desarrollando a menos que una de las siguientes cuatro cosas ocurra:

1. El tumor es removido quirúrgicamente
2. Uso de quimioterapia u otro tipo de medicamento específico para el cáncer, como la terapia hormonal
3. Uso de terapia de radiación
4. Las células cancerígenas se encogen y desaparecen por sí solas

La cirugía, la quimioterapia y la radioterapia son las formas más convencionales de tratar el cáncer. La cirugía fue la primera técnica usada exitosamente como tratamiento del cáncer, ya que esta es la única terapia curativa para muchos tumores. Lo más importante para determinar su efectividad es la ausencia de metástasis e infiltración. La quimioterapia es la administración de agentes citotóxicos contra las células cancerígenas. Su objetivo es prevenir que las células aberrantes se multipliquen, invadan, generen metástasis y en última instancia, generen la muerte del paciente. La radiación es un método local usado como tratamiento del cáncer. A su vez, también estos tipos de terapia se pueden combinar dependiendo del tipo de cáncer, su evolución y diseminación, a esto lo llamamos terapia bimodal o trimodal (Roy & Saikia, 2016).

Existen varias definiciones de superviviente de cáncer. La más común es la que considera a la persona como superviviente de cáncer desde el diagnóstico hasta el final de la vida, en esta definición se incluye también a los familiares y cuidadores, ya que sus vidas también se ven afectadas por el diagnóstico (Truant et al., 2017). Otra definición se refiere a aquel paciente con diagnóstico de cáncer que ha terminado el tratamiento oncológico activo, esta será la definición que utilizaremos a lo largo de este proyecto (Mayer et al., 2017).

Las clínicas de cuidados de supervivientes de cáncer se crearon con el propósito de dar seguimiento y tratamiento a los síntomas derivados del cáncer y su tratamiento, buscando mejorar el funcionamiento diario y la calidad de vida a través de diversas acciones, que van desde la

medicación, la promoción de salud y la rehabilitación hasta las intervenciones psicológicas y sociales (Armes et al., 2009).

En los últimos años, la cantidad de gente que sobrevive a un cáncer ha ido en aumento, incluyendo al grupo de adultos mayores, y con ello ha aumentado el reconocimiento de que este grupo de pacientes tiene necesidades particulares a lo largo de su supervivencia. Hasta hace poco tiempo se inició la investigación al respecto de las necesidades de salud de los supervivientes de cáncer en el periodo de transición, que comprende el tiempo desde que termina el tratamiento activo hasta los 5 años de supervivencia (Armes et al., 2009).

Los supervivientes de cáncer que han sido estudiados refieren tener necesidades no satisfechas en los siguientes aspectos: físico/sintomático, emocional, psicológico, espiritual, social, información sobre su enfermedad y sobre el autocuidado posterior al tratamiento (Fitch, 2008).

Se ha observado que estas necesidades continúan durante la supervivencia a corto y largo plazo (Bennett et al., 2010). Las mayores necesidades no satisfechas se han vinculado a ciertas características de los pacientes, como edad avanzada, origen étnico, historia de tratamiento más intenso, el tipo de cáncer, mala calidad de vida, tener bajos ingresos, características sociodemográficas, el grado de acceso a servicios de salud, e historia o presencia de ansiedad y depresión (Kent et al., 2012).

Existen herramientas diseñadas para identificar las necesidades no satisfechas de los supervivientes de cáncer, las cuales buscan encontrar las áreas en que los pacientes perciben que requieren una mayor asistencia. Esta información permite el desarrollo y planeación de programas de cuidados para la mejor atención de los pacientes supervivientes de cáncer. Las herramientas que identifican necesidades evalúan explícitamente la brecha que existe entre las experiencias de los pacientes en cuanto a los servicios que reciben y los que perciben que necesitan. Los estudios que utilizan estos informes indican que entre el 30% y 50% de los supervivientes de cáncer tienen necesidades no satisfechas, principalmente en el aspecto psicológico y el miedo a la recurrencia (Boberg et al., 2003; McIlmurray et al., 2001, *Cancerología*, 20).

Uno de los instrumentos más utilizados es el cuestionario *Survivor Unmet Needs Survey* (SUNS) que se desarrolló originalmente de manera cualitativa en una población canadiense de adultos con distintos tipos de cáncer. Posteriormente se desarrolló una versión cuantitativa conocida como CA-SUNS y una versión abreviada con la intención de usarse en la práctica clínica (Jiao et al., 2018). Estos cuestionarios sentaron las bases para el desarrollo de herramientas locales y encuestas para tipos particulares de cáncer y buscan evaluar necesidades no solo del aspecto médico/sintomático sino también en la parte social y de acceso a la información (Campbell et al., 2014). Por otro lado, en E.U.A. el *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) y la *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) han propuesto que además se utilicen listas de síntomas y problemas de salud para complementar la valoración de los supervivientes de cáncer (Mayer et al., 2017; Denlinger et al., 2020; Mayer et al., 2014).

Por ejemplo, en el estudio de Armes et al, se incluyeron 1425 pacientes que habían concluido su tratamiento oncológico activo para distintos tipos de tumores, las necesidades más comunes reportadas fueron: miedo de recurrencia o metástasis, incertidumbre sobre el futuro y falta de energía/fatiga. En ese mismo estudio dieron seguimiento a los 6 meses y se reportó que 43% tuvieron efectos adversos asociados al tratamiento y 30% diagnósticos de nuevas enfermedades o exacerbación de patologías preexistentes. Tan solo el 30% de los participantes refirió no tener ninguna necesidad no satisfecha (Armes et al., 2009).

Las necesidades de salud de una población están modificadas y encausadas no solo por las características propias de sus enfermedades y padecimientos, sino por la suma e interacción de estos con las circunstancias en las que la persona vive y se desarrolla, incluso circunstancias del pasado podrían tener impacto en las necesidades actuales. Es decir, las necesidades de salud están modificadas por los determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales de la salud (DSS) son los factores no médicos que influyen en los resultados de salud. Son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que configuran las condiciones de la vida diaria. (Braveman & Gottlieb, 2014; Hatem et al., 2021; Hall, 2018; Lisy et al., 2019).

Identificar las necesidades de los pacientes y los factores asociados a ellas, es el primer paso en los cuidados de supervivientes. Posteriormente se deben crear planes e implementar cuidados que inciden sobre los problemas identificados. Algunas necesidades no satisfechas pueden atenderse de inmediato durante una valoración médica, algunas necesitarán referencias oportunas y colaboración interdisciplinaria, y algunas otras pueden no tener una solución en el campo médico. Se ha recomendado que se creen guías locales para determinar las acciones a realizar según las necesidades identificadas (Eiser et al., 2006; Osman et al., 2018).

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la proporción de necesidades no satisfechas de adultos mayores sobrevivientes de cáncer

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una validación transcultural de los cuestionarios SF-SUNS y NCCN- Survivorship
- Identificar cuáles son las necesidades no satisfechas de los adultos mayores supervivientes de cáncer
- Identificar si existen asociaciones entre las necesidades no satisfechas y variables clínicas y geriátricas (comorbilidades, presencia de síndromes geriátricos, funcionalidad, fragilidad)
- Identificar si existen asociaciones entre las necesidades no satisfechas y determinantes sociales de salud (económicos, de vivienda, de acceso a alimentos, de educación, de acceso a la salud, sociales y ambientales)
- Describir cual es el gasto en salud de los supervivientes de cáncer
- Identificar la proporción de adultos mayores supervivientes de cáncer que son frágiles

HIPÓTESIS

Se encontrará que entre 30 y 50% de los adultos mayores sobrevivientes de cáncer en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán tienen alguna necesidad no satisfecha.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se realizará un estudio transversal sobre las necesidades no satisfechas de adultos mayores supervivientes de cáncer.

Población, criterios de inclusión y exclusión

Se incluyó a aquellas personas de 65 años y más, que tuvieran un diagnóstico de cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer colorrectal o linfoma no Hodgkin de células grandes B, que tuvieran 1 año de haber terminado el tratamiento oncológico activo, que se encontraran sin evidencia de actividad de la enfermedad y que recibieran el seguimiento en la CICAM o en la clínica de vigilancia de oncología del INCMNSZ. Previo a la inclusión en el estudio todos los participantes proporcionaron su consentimiento informado.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de cáncer colorrectal, mama, próstata, o linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B 65 años o más
- Haber terminado el tratamiento oncológico activo y estar en vigilancia
- En el grupo con cáncer colorrectal se incluirán aquellos que hayan completado el tratamiento con intención curativa
- En el grupo con cáncer de mama se incluirán aquellos que hayan completado tratamiento con intención curativa (cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal y tratamiento anti-her2)
- En el grupo con cáncer de próstata incluirán aquellos que hayan completado con intención curativa (cirugía, radioterapia y hormonoterapia)
- En el grupo con linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes se incluirá aquellos que hayan terminado tratamiento con intención curativa (quimioterapia ± terapia blanco o radioterapia).
- Que haya firmado el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes incapaces de completar por sí mismos la evaluación
- Personas con deterioro cognitivo grave
- Personas que, aunque hubieran tenido el año de vigilancia, su médico tratante sospechara recaída

Criterios de eliminación

- Pacientes que contesten menos del 75% de los ítems de los instrumentos sobre necesidades no satisfechas o síntomas

Variables

Necesidad no satisfecha: para este estudio se considerará como aquel problema no solucionado que esté relacionado al diagnóstico de cáncer o que sea consecuencia del tratamiento recibido. Para su identificación se utilizarán los cuestionarios SF-SUNS y NCCN-Survivorship. Se realizará un análisis descriptivo de las respuestas de los cuestionarios.

Otras variables

socioeconómico registrado en el expediente electrónico y ocupación (con trabajo/sin trabajo). Además, se investigará la existencia o no de un cuidador primario y su identidad (con parentesco VS sin parentesco).

Comorbilidad: Se revisarán los diagnósticos con que cuente el participante en el expediente electrónico y se realizará una cuenta de comorbilidad. Se utiliza como una variable cuantitativa.

Variables asociadas al tumor: Se registrará la etapa patológica según lo reportado en los hallazgos histopatológicos acorde a la clasificación TNM (Benson et al., 2018). También se registrará el tiempo desde el diagnóstico y el tiempo de supervivencia libre de recurrencia al momento de la entrevista. Se utilizarán como variables categóricas.

Variables asociadas al tratamiento: Se registrará el tratamiento recibido (cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia/terapia blanco, terapia hormonal y tratamiento combinado) y la duración de este. Se utilizarán como variables categóricas.

Funcionalidad: Se registrará la funcionalidad de los sujetos utilizando instrumentos de valoración geriátrica. Para la funcionalidad en actividades básicas de la vida diaria se utilizará el índice de Katz, una puntuación menor o igual a 5 puntos indica discapacidad. Para la funcionalidad en actividades instrumentadas de la vida diaria se utilizará el índice de Lawton-Brody, una puntuación menor a 8 en mujeres y menor a 5 en hombres se considerará como discapacidad. Para la movilidad/funcionalidad física, se usarán Nagi y Rosow-Breslau, en ambas escalas la pérdida de un punto se considera como discapacidad para la movilidad. Se utilizará la puntuación total como variable cuantitativa y según las definiciones mencionadas, como cualitativas.

Fragilidad: Se registrará la clasificación de fragilidad según FRAIL (Robusto, pre-frágil o frágil; cualitativa ordinal) y según las categorías del CFS (1 a 9, donde mientras más alta la clasificación, mayor grado de fragilidad; cuantitativa)

Determinantes sociales de la salud

Se utilizarán los cuestionarios PhenX para las siguientes variables:

- Cobertura de seguro médico: Se pregunta si cuenta con seguro del gobierno, particular o ninguno. Se utilizará como cualitativa categórica.
- Calidad desigual de la atención médica: Se hace la siguiente pregunta, ¿Hubo alguna vez en que hubiera recibido una mejor atención médica si hubiera pertenecido a una raza, grupo étnico o grupo social diferente? Se utilizará como cualitativa dicotómica.
- Inseguridad laboral: Se preguntará el estado laboral del proveedor primario o del participante según sea el caso. Se complementa con la pregunta: Pensando en los próximos 12 meses, ¿qué tan probable cree que es que pierda su trabajo o sea despedido: muy probable, bastante probable, poco probable o nada probable? Se utilizará como cualitativa categórica.
- Espiritualidad: Se pregunta si la persona practica alguna religión y se hacen las siguientes preguntas, 1. ¿En qué medida la conexión con un ser espiritual le ayuda a superar los momentos difíciles? 2. ¿Hasta qué punto encuentra sentido a la vida? Se contestan con la siguiente escala tipo Likert: 1 Para nada, 2 Un poco, 3 Una cantidad moderada, 4 Mucho, 5 Una cantidad extrema. A mayor puntuación, más grado de espiritualidad. Se utilizará como continua.
- Autopercepción de discriminación: Se utiliza la pregunta ¿Alguna vez ha recibido trato injusto debido a una condición de su persona como género, edad, apariencia, religión, enfermedades u otra? Se utiliza como cualitativa dicotómica
- Inseguridad alimentaria: Se utilizan las siguientes preguntas, En los últimos 12 meses, desde (fecha de hace 12 meses), ¿alguna vez (usted / usted u otros adultos en su hogar) redujo el tamaño de sus comidas o se saltó comidas porque no había suficiente dinero para la comida? / En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comió menos de lo que debía debido a que no había suficiente dinero para comprar alimentos? / En los últimos 12 meses, ¿alguna vez tuvo hambre, pero no comió porque no podía pagar comida suficiente? Si responde que sí a cualquiera de las preguntas se considera inseguridad alimentaria. Se analizará como cualitativa dicotómica.
- Acceso a transporte público: Se hacen las siguientes preguntas: ¿Con qué frecuencia se pierde actividades / eventos a los que le gustaría asistir debido a la falta de transporte? (Frecuentemente, Ocasionalmente, Rara vez, Nunca) ¿Tiene acceso a transporte público a menos de 10 minutos caminando desde su casa? (Sí, No)
- Costos: Los costos directos médicos representan el valor monetario de los bienes y servicios consumidos como resultado de ser un adulto mayor superviviente de cáncer. Incluyen típicamente pagos por tratamientos médicos, estudios diagnósticos o de laboratorio, cuidados profesionales de la salud, rehabilitación, y medicamentos, estancias hospitalarias, servicios médicos ambulatorios, prescripción de medicamentos y cuidados básicos de enfermería en el hogar. Los costos directos no médicos se refieren a los costos en que incurre el AM o sus familiares durante la búsqueda y obtención de la atención médica, por ejemplo, costos de transporte, alimentación, hospedaje, etc. Los costos indirectos representan los costos por los cuales no existe un valor monetario explícito (que se refleja en el cambio de dinero por bienes o servicios) sino más bien por un costo económico que es de

todos modos observado. Estos incluyen primordialmente las pérdidas de productividad (ausencias laborales) relacionadas con la morbilidad (enfermedad o discapacidad) y la mortalidad, ya sea del AM o de la persona de su hogar que se encargue de sus cuidados (cuidador primario) o de sus traslados en busca de servicio médico. Se utilizará el cuestionario de Salinas y colaboradores (Salinas-Rodríguez et al., 2019). Se utilizará como continua y de ser posible se analizará por percentiles.

Definición operacional

Se realizará un estudio transversal sobre las necesidades no satisfechas de adultos mayores supervivientes de cáncer.

En la primera fase se realizará la traducción y equivalencia lingüística de los cuestionarios SF-SUNS y el cuestionario NCCN-survivorship. Para cada uno de los instrumentos se realizará lo siguiente:

- 1.- Traducción inicial: traducción de las escalas de inglés a español por dos traductores certificados y comparación de los productos.
- 2.- Reconciliación: resolución de las diferencias entre las originales y las traducciones por un tercer traductor certificado. Se realizará un informe del proceso en el que se postulará una versión única de traducción de los cuestionarios.
- 3.- Retrotraducción: las escalas serán traducidas nuevamente al inglés por un cuarto traductor bilingüe sin conocer las escalas en su idioma original. Se deben resaltar las redacciones difíciles, además se debe determinar si la traducción da lugar a diferencias semánticas o conceptuales importantes entre el cuestionario original y la versión de síntesis obtenida previamente.
- 4.- Revisión de la calidad de la retrotraducción y corrección de las discrepancias conceptuales en los ítems de las escalas por el grupo investigador.
- 5.- Revisión cognitiva: se realizará la evaluación de la comprensión por medio de encuesta a un grupo de expertos. Se buscará determinar el entendimiento, comprensión, redacción, ortografía y las dificultades presentadas al momento de aplicar las escalas traducidas. Corrección final de errores gramaticales y tipográficos.
- 6.- Consolidación por comité de expertos: comité multidisciplinar para llegar a un cuestionario consolidado. Se debe lograr que la versión pre-final sea comprensible para una persona escolarizada con conocimientos equivalentes a un individuo de 12 años.
- 7.- Prueba piloto para determinar aplicabilidad/viabilidad: se realizará una prueba piloto en 30 pacientes para familiarizar a los evaluadores con el instrumento traducido. De cada participante se

recopilarán datos y se les invitará a comentar acerca de cualquier aspecto de las escalas que haya sido difícil de comprender.

8.- Informe donde se identifiquen las posibles dificultades en la comprensión de las instrucciones de las escalas, las preguntas y opciones de respuesta. Se considerará la revisión de cualquier pregunta si 15 % de los participantes presentan dificultades para su comprensión.

9. Informe final: presentación de la versión traducida, final y corregida de las escalas en español.

Una vez traducidos los instrumentos se realizará su aplicación a adultos mayores supervivientes de cáncer de mama, colon, próstata y linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B. Se identificará a los sujetos mediante la agenda de la consulta externa de Oncología vigilancias y Oncogeriatría. Posteriormente, se contactará a los sujetos el día de su consulta y se les preguntará si quieren participar en el estudio; en dado caso de tener una respuesta positiva, se obtendrá el consentimiento informado de su participación. Se buscará que haya un lugar privado para contestar los cuestionarios (consultorio o sala de juntas del servicio de geriatría) y el participante puede estar acompañado por un familiar si así lo desea. Cabe mencionar que, si el semáforo epidemiológico no se encuentra en verde, la aplicación de los cuestionarios se acordará a realizar por vía telefónica o videollamada, según convenga al participante. En caso de que el paciente requiera asistencia o apoyo (por ejemplo, por déficit visual o auditivo) se insistirá en que sea acompañado y ayudado por un familiar.

Un miembro del equipo de investigación obtendrá los datos demográficos de los pacientes y aplicará los cuestionarios en formato digital (en computadora o Tablet). Dada la longitud de los cuestionarios, se realizará una primera entrevista de máximo 60 minutos y al final se acordará con el paciente una segunda entrevista (ya sea presencial o por teléfono o videollamada) en la semana siguiente para completar la obtención de datos. Los datos se registrarán en medios electrónicos y serán almacenados en una cuenta segura cifrada, codificada y protegida por una contraseña que será cambiada periódicamente, a la cual solo tendrán acceso los investigadores del estudio. Para obtener información sobre el tipo de tumor, estadiaje, tratamiento recibido y tiempo de supervivencia se revisarán el expediente electrónico o físico según sea pertinente.

De igual manera, en aquellos pacientes que tengan acceso a internet y que así lo deseen, dado que los cuestionarios a usar han sido utilizados en auto llenado, se le propondrá al paciente como alternativa el contestarlos de manera digital desde su domicilio a través de la plataforma Google Forms. A todos los participantes se les dará el número de teléfono fijo, celular y un correo electrónico del investigador principal para dudas y ayuda en el llenado de ser necesario.

Material y métodos

-Cuestionario NCCN-survivorship: Se trata de un cuestionario propuesto por las guías NCCN de supervivientes de cáncer, incluye 29 ítems que valoran la presencia o ausencia de síntomas asociados a cáncer o su tratamiento. Incluye preguntas sobre cardiotoxicidad, ansiedad/depresión/angustia, cognición, fatiga, linfedema, síntomas asociados a tratamiento hormonal, dolor, función sexual, trastornos del sueño, hábitos de vida saludable e inmunizaciones. Cada una de sus secciones y de sus ítems están basados en la literatura médica al respecto de supervivientes de cáncer y los efectos adversos tardíos y de largo plazo asociados al tratamiento oncológico, y la opinión de expertos sobre el seguimiento de supervivientes de cáncer (Denlinger et al., 2020) . El uso de este instrumento está respaldado también por ASCO para su uso como base del desarrollo de servicios de cuidados de supervivientes de cáncer (Mayer et al., 2014) .

-SF-SUNS (Short-Form Survivor Unmet Needs Survey): Se trata de un cuestionario de 30 ítems sobre las necesidades no satisfechas de los supervivientes de cáncer en el último mes. Está dividido en 4 dominios: 1) obtención de información; 2) trabajo y necesidades financieras; 3) continuidad del cuidado médico; y 4) afrontamiento y necesidades emocionales. Cada ítem se responde según una escala tipo Likert que va del 0 al 4 acorde al grado de satisfacción sobre cómo se ha cubierto una necesidad específica, siendo 0 equivalente a que el ítem no corresponde a una necesidad no satisfecha y 4 equivalente a una necesidad no satisfecha en alto grado. Para su análisis se realiza un promedio de la puntuación de cada ítem por cada dominio, el valor obtenido se clasifica en 0= bajo nivel de insatisfacción, 1-2= insatisfacción moderada, 3-4= alto nivel de insatisfacción (Campbell et al., 2014).

- Índice de Katz para las actividades básicas de la vida diaria: El índice de Katz es la escala más utilizada para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria. Consiste en 6 ítems en los que el sujeto contesta si puede o no realizar de manera independiente las siguientes actividades: Bañarse, vestirse, realizar transferencias, usar el sanitario, mantener la continencia y alimentarse. Se desarrolló en los 50's y desde entonces ha demostrado utilidad en la evaluación de la funcionalidad de los adultos mayores. Aunque no existen reportes formales sobre su validez, es la escala más ampliamente utilizada en la literatura geriátrica (Hartigan, 2007; Katz, 1983; Katz et al., 1963).

- La escala Lawton-Brody: es un cuestionario de 8 ítems sobre la capacidad del individuo de llevar a cabo actividades que le permitan tener una vida independiente (uso de teléfono, realizar compras, cocinar, limpieza del hogar, lavandería, transporte, toma de medicamentos, finanzas). A mayor puntuación mejor funcionalidad (Lawton & Brody, 1969). La validez interobservadora del índice de Lawton es de 0.85. Su validez se estudió al correlacionarse con 4 escalas de funcionalidad previamente validadas que valoraban el estado físico, orientación y memoria, adaptación social y de comportamiento y capacidades físicas para el autocuidado. Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas. El índice de Lawton ha sido ampliamente utilizado en distintos contextos sociales y clínicos, además ha sido traducido a múltiples idiomas (Graf, 2008).

- Escala Rosow-Breslau de salud funcional, que valora si el sujeto puede o no realizar tres actividades relacionadas a movilidad: caminar media milla (4 cuadras), subir un piso de escaleras y realizar trabajo pesado (Rosow & Breslau, 1966).

- Índice de Nagi de discapacidad física del individuo. Consiste en 4 ítems que preguntan si el individuo puede o no realizar las siguientes actividades: agacharse, utilizar objetos pequeños, levantar los brazos por encima de la cabeza, cargar un objeto de 5 kg y mover un objeto como una silla (Nagi, 1976).

- Fragilidad: Se utilizará el cuestionario FRAIL, desarrollado en la Universidad de San Luis, por John Morley y colaboradores. Se trata de un instrumento corto de tamizaje para fragilidad, incluye 5 componentes: fatiga, resistencia, deambulación, presencia de múltiples enfermedades y pérdida de peso. Los puntajes de escala varían de 0 a 5 (es decir, 1 punto para cada componente; 0 = mejor a 5 = peor) y representan un estado de salud frágil (3-5), prefrágil (1-2) y robusto (0). La fatiga se mide preguntando a los encuestados cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas se sintieron cansados y las respuestas de "todo el tiempo" o "la mayor parte del tiempo" obtienen 1 punto. La resistencia se evalúa preguntando a los participantes si previo a la hospitalización tenían alguna dificultad para subir 10 escalones solos sin descansar y sin ayuda, y deambulación preguntando si antes de la hospitalización tenían alguna dificultad para caminar una cuadra de 100 metros solos y sin ayuda; Las respuestas "sí" se puntuaron con 1 punto cada una. La presencia de múltiples enfermedades se califica con 1 para los encuestados que informen 5 o más enfermedades de un total de 11 enfermedades (hipertensión, diabetes, cáncer que no sea un cáncer de piel menor, enfermedad pulmonar crónica, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva, angina, asma, artritis, accidente cerebrovascular y enfermedad renal). La pérdida de peso se califica con 1 para los encuestados con una disminución de peso no intencionada del 5% o más en los últimos 12 meses según el autoinforme (Morley et al., 2012).

- Fragilidad por Escala clínica de fragilidad (CFS, clinical frailty scale): La CFS es una escala inclusiva de 9 puntos que se desarrolló originalmente para resumir el nivel general de aptitud física o fragilidad de un adulto mayor después de haber sido evaluado por un profesional de la salud. La escala se puntúa de modo que las puntuaciones más altas signifiquen un mayor riesgo. Se califica basándose en el estado basal del individuo (cómo se encontraba 2 semanas antes de la evaluación) (Rockwood & Theou, 2020). Para su calificación se utiliza un árbol de decisión como el descrito por los autores y utiliza las puntuaciones de las escalas de funcionalidad en actividades básicas e instrumentadas, el número de comorbilidades del sujeto, la presencia de fatiga y la autopercepción de salud (Theou et al., 2021). El sujeto es clasificado de la siguiente manera: 1-Muy robusto (very fit), 2- Robusto (fit), 3- Desempeño adecuado (managing well), 4-Viviendo con fragilidad muy leve (living with very mild frailty), 5-Viviendo con fragilidad leve (living with mild frailty), 6-Viviendo con fragilidad moderada (living with moderate frailty), 7-Viviendo con fragilidad grave (living with severe frailty), 8-Viviendo con fragilidad muy grave (living with very severe frailty), 9-Enfermo terminal. Si se utiliza el árbol de decisión, el acuerdo interobservador es bueno (CCI = 0,833) (Theou et al., 2021).

A continuación se presentan los cuestionarios al respecto de los determinantes sociales de salud:

Medidas PhenX para los determinantes sociales de la salud: recopilación de medidas sobre determinantes sociales de salud creado por el Instituto Nacional de Salud y Disparidades de Salud de las Minorías (NIMHD) de E.U.A. Las preguntas incluidas en los cuestionarios de PhenX cumplen con las siguientes características: claramente definidos, bien establecidos, ampliamente aplicable y generalmente aceptado, baja carga para los participantes y los investigadores, que hayan demostrado utilidad previamente, reproducibles, específicos y diseñados para poder ser contestados por minorías. Si bien, la mayoría corresponden a cuestionarios de encuestas norteamericanas, tiene versiones en español y validadas en mexicanos y latinos viviendo en los E.U.A. (Hamilton et al., 2011). Se utilizarán las preguntas para cobertura de seguro médico, calidad desigual de la atención médica, inseguridad laboral, espiritualidad, autopercepción de discriminación e inseguridad alimentaria

Costos de salud: Se interrogará sobre los gastos incidentes en medicamentos, consultas, hospitalizaciones, estudios de laboratorio, aparatos o prótesis, etcétera. Se tendrán dos cuestionarios específicos, uno para el hogar y otro individual para el adulto mayor. Dichos cuestionarios han sido aplicados previamente por Salinas y colaboradores (Salinas-Rodríguez et al., 2019), las preguntas que se incluyen han sido ampliamente en encuestas nacionales en México (ENSANUT, ENIGH). La información obtenida con este cuestionario servirá para estimar los costos en salud asociados desde la perspectiva de los hogares. Para medir los costos desde la perspectiva del sistema de salud se hará una revisión exhaustiva de los expedientes clínicos de cada uno de los participantes para determinar el uso de recursos y servicios médicos (consultas, hospitalizaciones, medicamentos, pruebas diagnósticas, etc.) así como los costos implicados.

RESULTADOS, CUADROS Y GRÁFICAS

Validación transcultural

Una vez que se realizaron las traducciones iniciales, retrotraducción y síntesis, se llevó a cabo un pilotaje en 30 individuos, con los siguientes resultados.

Cuatro individuos (13.3%) refirieron que había preguntas difíciles de entender en el cuestionario SF-SUNS. Las 4 preguntas mencionadas fueron el ítem 5.- Tener que cobrar una pensión o un subsidio por incapacidad, el ítem 6.- Cubrir los gastos del hogar o de otro tipo, el ítem 20.- Tratar con personas que esperan que yo “vuelva a la normalidad” y el ítem 27.- Lidar con no poder sentirme “normal”. Dado que ninguno de los ítems se mencionó más de una vez, se decidió no modificar el instrumento final. Cabe mencionar que 25 (86.2%) dijeron que el tiempo de aplicación era adecuado, 4 (13.8%) dijeron que el cuestionario era demasiado largo, ninguno mencionó que alguna pregunta fuera molesta y 1 mención que le hubiera agradado que se interrogara sobre la relación médico-paciente.

Al respecto del NCCN-Survivorship, ningún participante mencionó que alguna pregunta fuera difícil de entender, todos contestaron que el tiempo de aplicación era adecuado y ninguno contestó que el cuestionario fuera demasiado largo. Una persona (3.3%) mencionó que el ítem 19.- ¿Tiene alguna preocupación en relación con su desempeño sexual, actividad sexual, relaciones sexuales o vida sexual? era molesto. Dado que fue solo un individuo, se decidió mantener el ítem. El Anexo 3 muestra los instrumentos finales. Se calculó una alfa de Cronbach para revisar la consistencia interna de cada uno de los elementos del cuestionario SF-SUNS, encontrándose los siguientes valores: para la sección de acceso a la información $\alpha=0.855$, para problemas financieros $\alpha=0.830$, para acceso a los servicios de salud $\alpha=0.914$, para relaciones interpersonales $\alpha=0.863$ y para salud emocional $\alpha=0.892$ (Negrete-Najar,2023)

Resultados

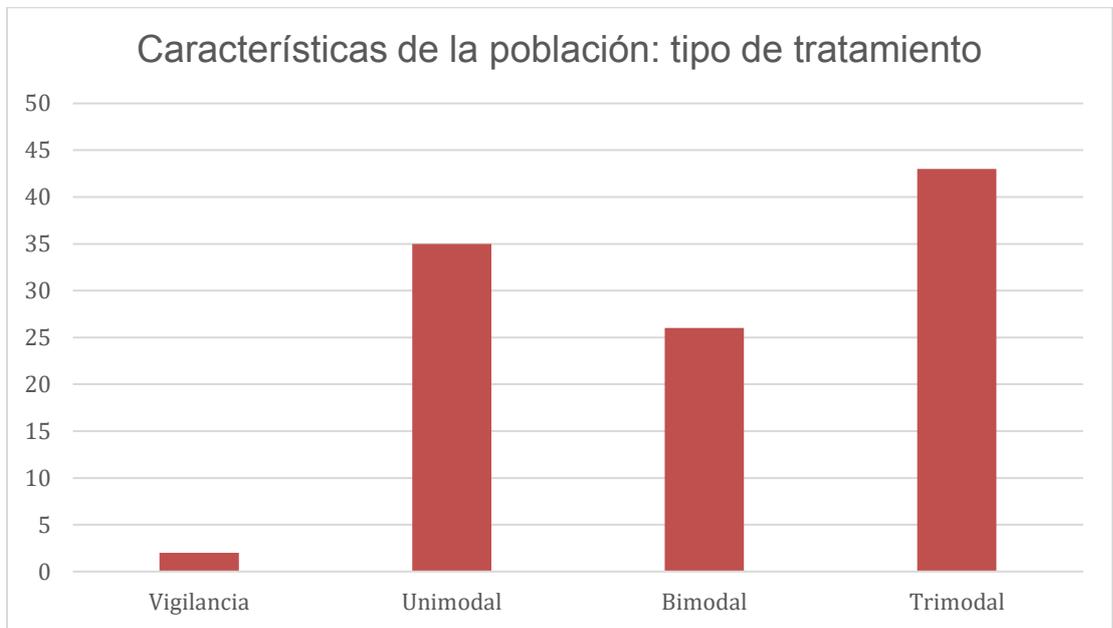
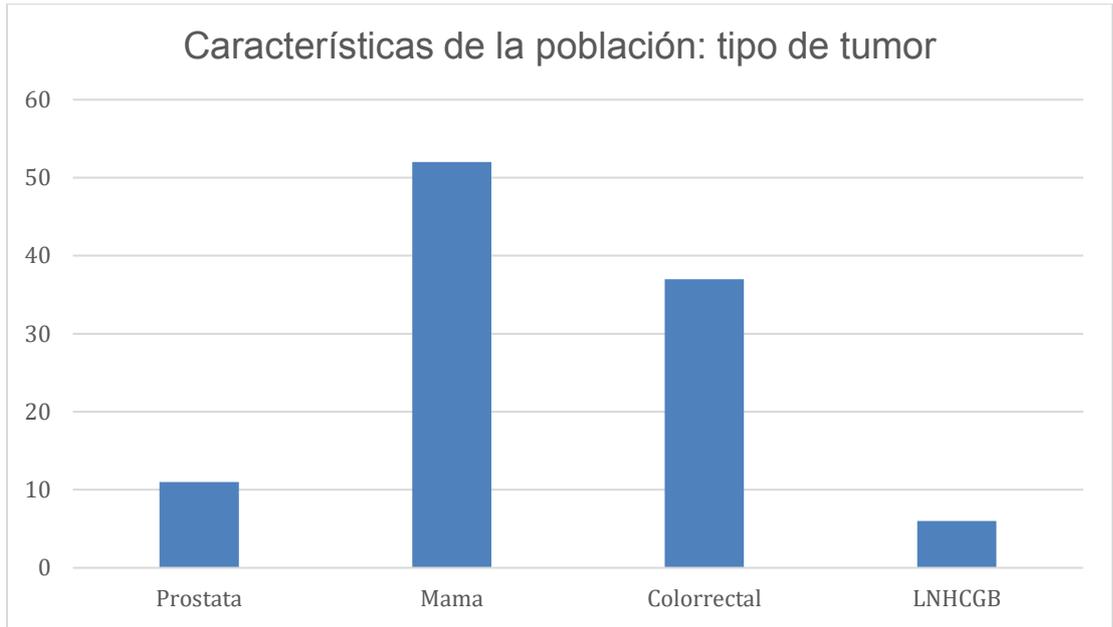
Se incluyeron 106 participantes, la mediana de edad fue de 74 años (con rango de 65 a 92 años; RIQ 8), 78 (73.6%) fueron mujeres y 28 (26.4%) hombres. Los diagnósticos oncológicos de los supervivientes fueron los siguientes: 11 (10.4%) cáncer de próstata, 52 (49.1%) cáncer de mama, 37 (34.9%) cáncer de colon y recto y 6 (5.7%) linfoma no Hodgkin de células grandes B; siendo los estadios 12 in situ (11.3%), 29 estadio I (27.4%), 43 estadio II (40.6%), 15 estadio III (14.2%) y 7 estadio IV (6.6%). Al respecto de los tratamientos, debido a la variedad posible por los tipos de tumor (cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia y sus combinaciones), se decidió clasificarlos según la cantidad de modalidades que el participante recibió, encontrándose lo siguiente: 2 (1.9%) fueron vigilancias activas, 35 (33%) tratamientos unimodales, 26 (24.5%) bimodales y 43 (40.6%) trimodales o más (Negrete-Najar,2023).

La mediana de supervivencia fue de 7 años (RIQ 8), con 64 (60.4%) participantes clasificados como supervivientes tardíos, es decir, que más de 5 años habían pasado desde el diagnóstico y tratamiento iniciales. La mediana de puntuación en el cuestionario SF-SUNS fue de 15.5 (RIQ 24). En el caso del cuestionario NCCN-Survivorship, se realizó una suma, dando un punto por cada síntoma que el participante refiriera presentar, encontrándose una mediana de 7 puntos (RIQ 6). En secciones posteriores se describen a profundidad los resultados de dichos cuestionarios. En la **Tabla 1** se resume la descripción de la muestra (Negrete-Najar,2023).

En cuanto a los determinantes sociales de la salud, 50 (47.2%) participantes refirieron tener pareja, 96 (90.6%) contestaron tener hijos, 95 (89.6%) contaban con un posible cuidador, 61 (57.5%) tenían una escolaridad de preparatoria o más, 28 (26.4%) contaban con seguro de gastos médicos particular, 16 (15.1%) refirieron no contar con pensión o algún apoyo económico. Al respecto de otros determinantes, 7 mencionaron haberse sentido discriminados por alguna característica física (6.6%) y 16 dijeron haber recibido un trato injusto por alguna característica propia (15.1%); 3 de los 21 individuos que aún trabajaban refirieron inseguridad laboral (14.3%); sobre su espiritualidad, 91 participantes refirieron una conexión espiritual importante aun ser superior (85.8%) y 101 refirieron encontrar sentido a su vida (95.2%). Al interrogar sobre acceso al transporte, 36 individuos mencionaron que se perdían actividades por falta de transporte (34%) aun cuando 92 (86.9%) personas mencionaron tener acceso a transporte apropiado a menos de 10 minutos de sus viviendas. Al respecto de los ingresos mensuales individuales 41 participantes (38.7%) los reportaron de menos de cuatro mil pesos, 45 (42.5%) entre cuatro mil y diez mil pesos, 11 (10.4%) entre diez mil y dieciocho mil pesos, 6 (5.7%) entre dieciocho mil y treinta mil pesos, 1 (0.9%) entre treinta mil y cincuenta mil pesos, y nadie reportó ingresos individuales mayores a 50 mil pesos. Sobre los ingresos mensuales del hogar se encontraron 18 participantes (17%) con menos de 4 mil pesos, 59 (55.7%) entre cuatro mil y diez mil pesos, 18(17%) entre diez mil y dieciocho mil, 7 (6.6%) entre dieciocho mil y treinta mil pesos, 1 (0.9%) entre treinta mil y cincuenta mil pesos, y ninguno mayor a cincuenta mil pesos. Un participante se negó a contestar sobre los ingresos aproximados. La **Tabla 2** corresponde a los resultados en los determinantes sociales de la salud mientras que la **Tabla 3** desglosa los ingresos mensuales aproximados individuales y del hogar (Negrete-Najar,2023).

Finalmente, al respecto de las variables geriátricas se encontraron los siguientes resultados: 41 individuos tenían discapacidad paralas actividades básicas de la vida diaria (38.7%), obteniéndose una mediana de 6 (RIQ 1) puntos en el cuestionario Katz; 60 participantes (56.6%) refirieron discapacidad de las actividades instrumentadas de la vida diaria, con una mediana de 7 (RIQ 2) puntos en el cuestionario de Lawton-Brody. Al respecto de la movilidad, 84 individuos (79.2%) presentaron alguna alteración. En cuanto a la fragilidad, la mediana del cuestionario FRAIL fue de 2 puntos (RIQ 1), siendo clasificados 2 como no frágiles (1.9%), 53 como pre-frágiles (50%) y 51 como frágiles (48.1%). La autopercepción de salud tuvo una mediana de 7 puntos (RIQ 1), aunque 3 personas refirieron no poder dar una calificación (Negrete-Najar, 2023).

TABLA 1. Características de la población N= 106	
Características generales	
Edad, años, mediana (rango)	74 (65-92)
Mujeres, n (%)	78 (73.6)
Tiene pareja, n (%)	50 (47.2)
9 años de escolaridad o más, n (%)	61 (57.5)
Tiempo de supervivencia en años, media (DE)	8.32 (5.37)
Supervivientes tardíos, n (%)	64 (60.4)
Tipo de tumor	
Próstata, n (%)	11 (10.4)
Mama, n (%)	52 (49.1)
Colorrectal, n (%)	37 (34.9)
LNHCGB, n (%)	6 (5.7)
Tipo de tratamiento	
Vigilancia, n (%)	2 (1.9)
Unimodal, n (%)	35 (33)
Bimodal, n (%)	26 (24.5)
Trimodal, n (%)	43 (40.6)
Necesidades no satisfechas y síntomas	
SF-SUNS, mediana (rango)	15.5 (0-75)
NCCN-Survivorship, mediana (rango)	7 (0.18)
Valoración geriátrica	
Discapacidad en ABVD, n (%)	41 (38.7)
Discapacidad en AIVD, n (%)	60 (56.6)
Alteraciones de la movilidad, n (%)	84 (79.2)
Autopercepción de salud, mediana (rango)*	7 (2-10)
FRAIL \geq 3, n (%)	51 (48.1)
LNHCGB= linfoma no Hodgkin de células grandes B; SF-SUNS= Short Form Survivors Unmet Needs Survey; NCCN= National Comprehensive Cancer Network; ABVD= actividades básicas de la vida diaria; AIVD= actividades instrumentadas de la vida diaria. *3 participantes no contestaron (Negrete-Najar, 2023)	



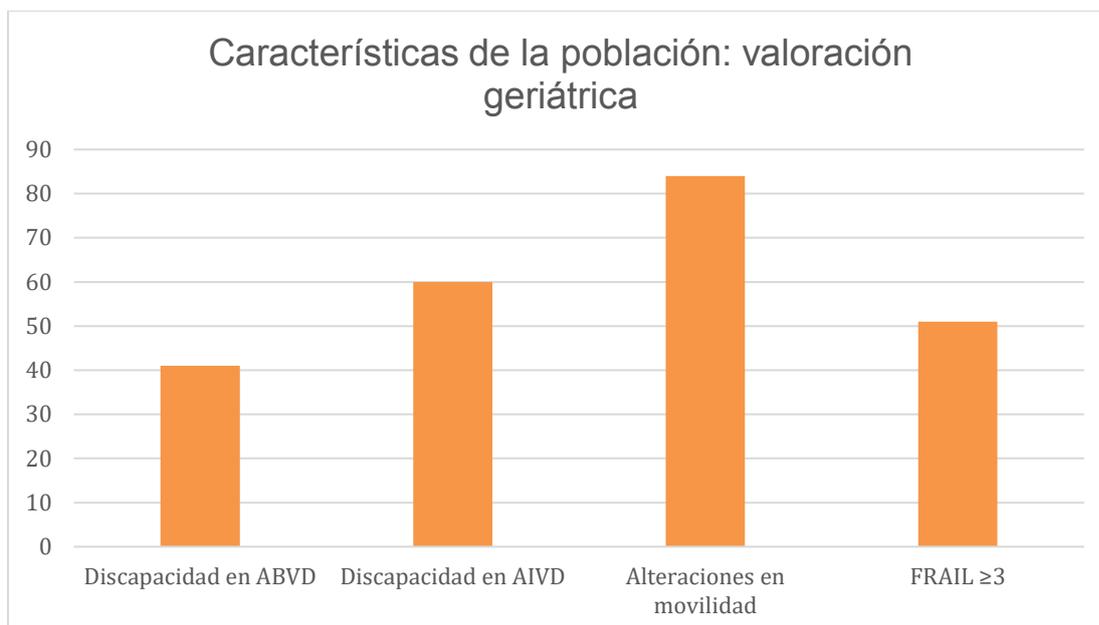
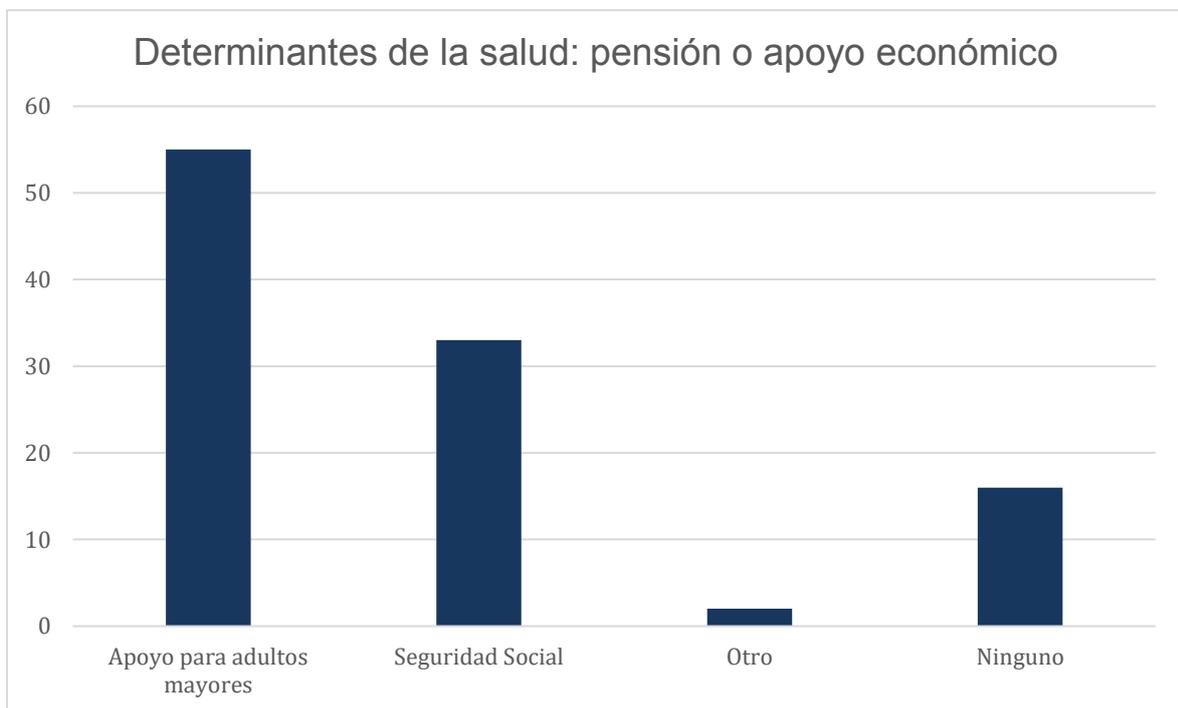
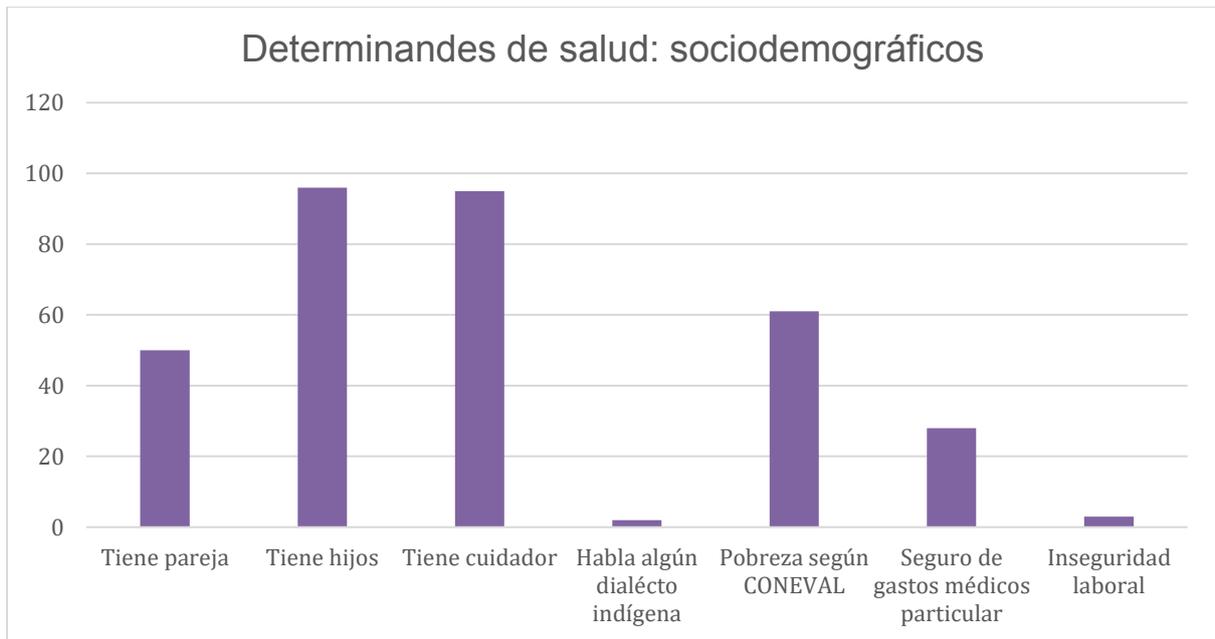
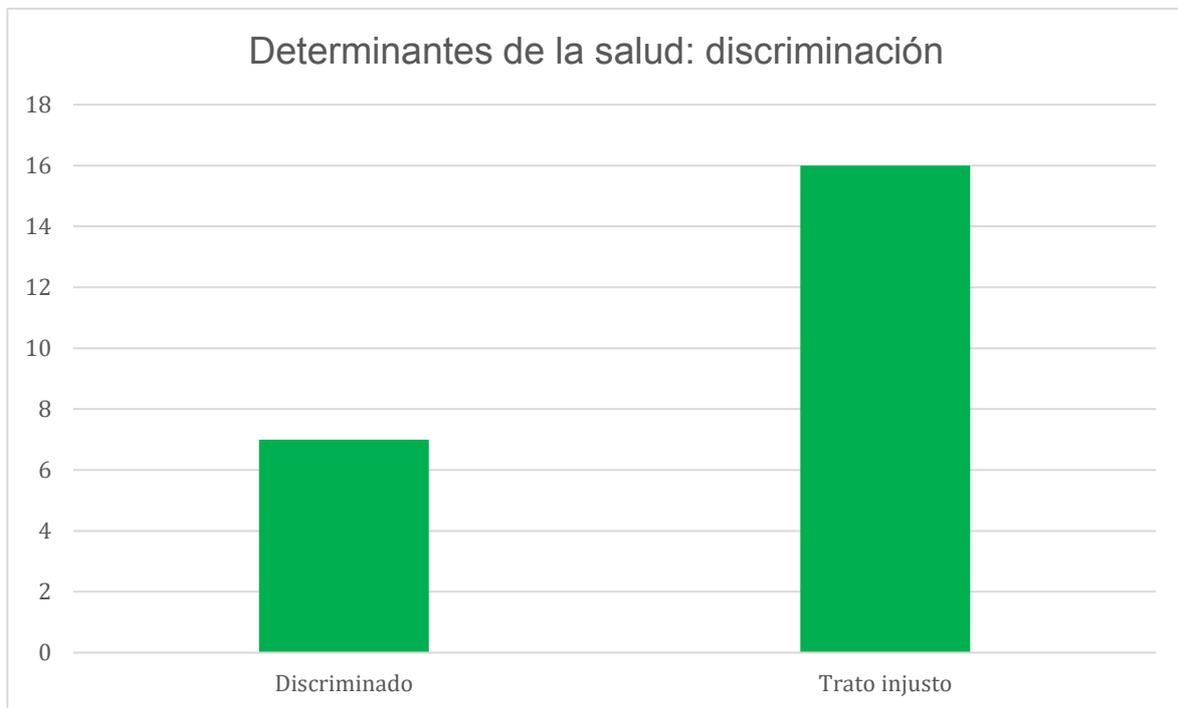
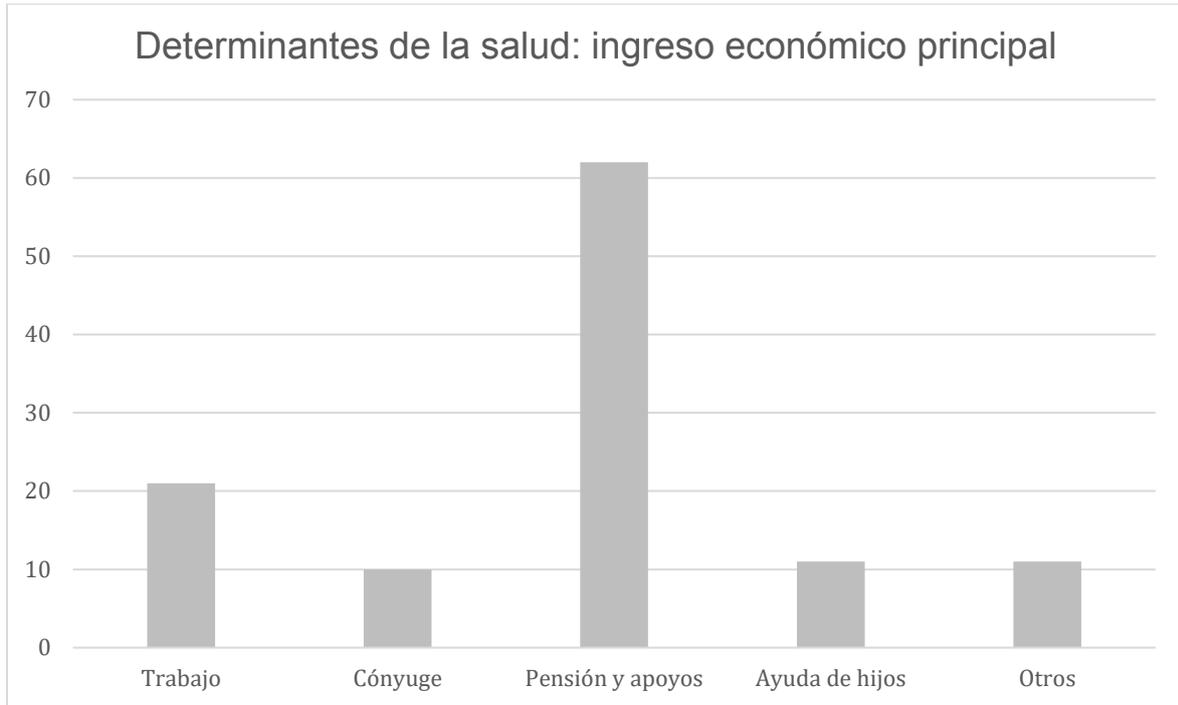


TABLA 2. Determinantes sociales de la salud

Sociodemográficos	
Tiene pareja, n (%)	50 (47.2)
Tiene hijos, n (%)	96 (90.6)
Cuenta con un cuidador, n (%)	95 (89.6)
Habla un dialecto indígena, n (%)	2 (1.9)
Pobreza según CONEVAL*, n (%)	61 (57.5)
Cuenta con seguro de gastos médicos particular, (%)	28 (26.4)
Inseguridad laboral #, n (%)	3 (14.3)
Cuenta con pensión o apoyo económico	
Apoyo a adultos mayores, n (%)	55 (51.9)
Seguridad Social, n (%)	33 (31.3)
Otro, n (%)	2 (3.7)
Ninguno, n (%)	16 (15.1)
Ingreso económico principal	
Trabajo, n (%)	21 (19.8)
Cónyuge, n (%)	10 (9.4)
Pensión y apoyos, n (%)	62 (58.5)
Ayuda de los hijos, n (%)	11 (10.4)
Otro, n (%)	11 (10.4)
Discriminación	
Se ha sentido discriminado, n (%)	7 (6.6)
Ha recibido trato injusto, n (%)	16 (15.1)
Espiritualidad	
Conexión espiritual a un ser superior +, n (%)	91 (85.8)
Le encuentra sentido a la vida +, n (%)	101 (95.2)
Transporte	
Se pierde actividades por falta de transporte &, n (%)	36 (34)
Acceso fácil al transporte, n (%)	92 (86.9)

*inferior a \$11,290.8 para una familia de 4 individuos. # inseguridad laboral los que contestaron bastante probable y muy probable (21 individuos aún trabajan). + Respuestas los que contestaron de mucho y cantidad extrema en las preguntas sobre espiritualidad. & pérdida de actividades por transporte ocasionalmente en adelante (Negrete-Najar, 2023).





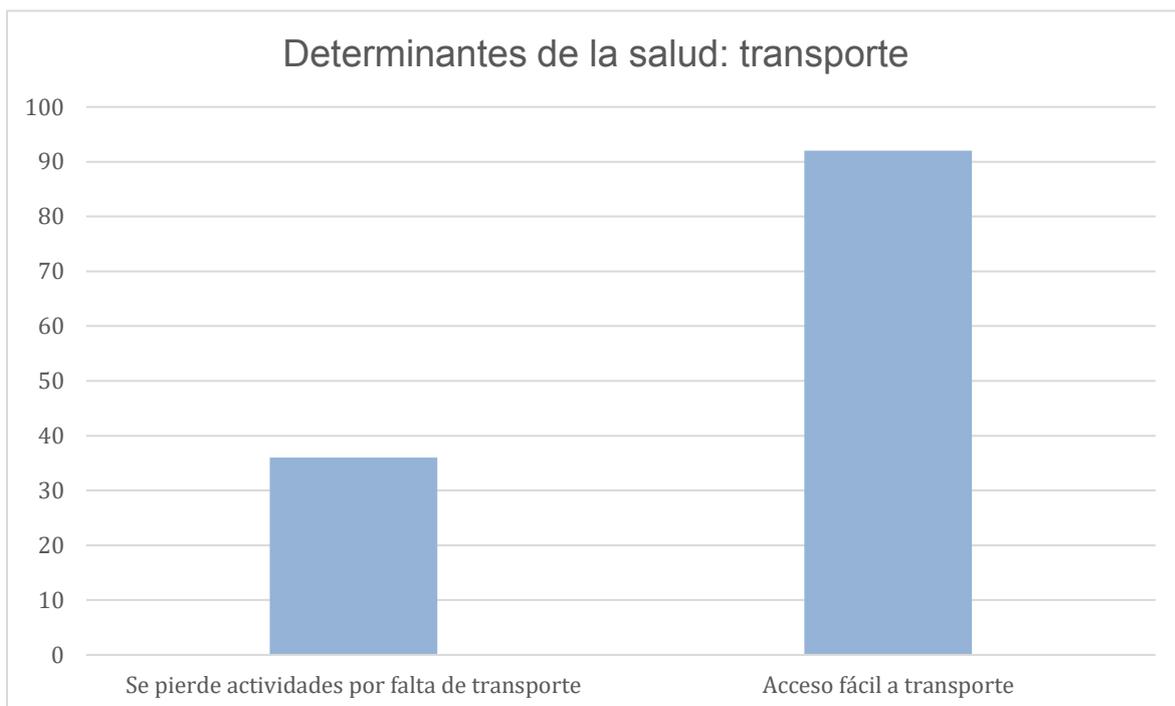
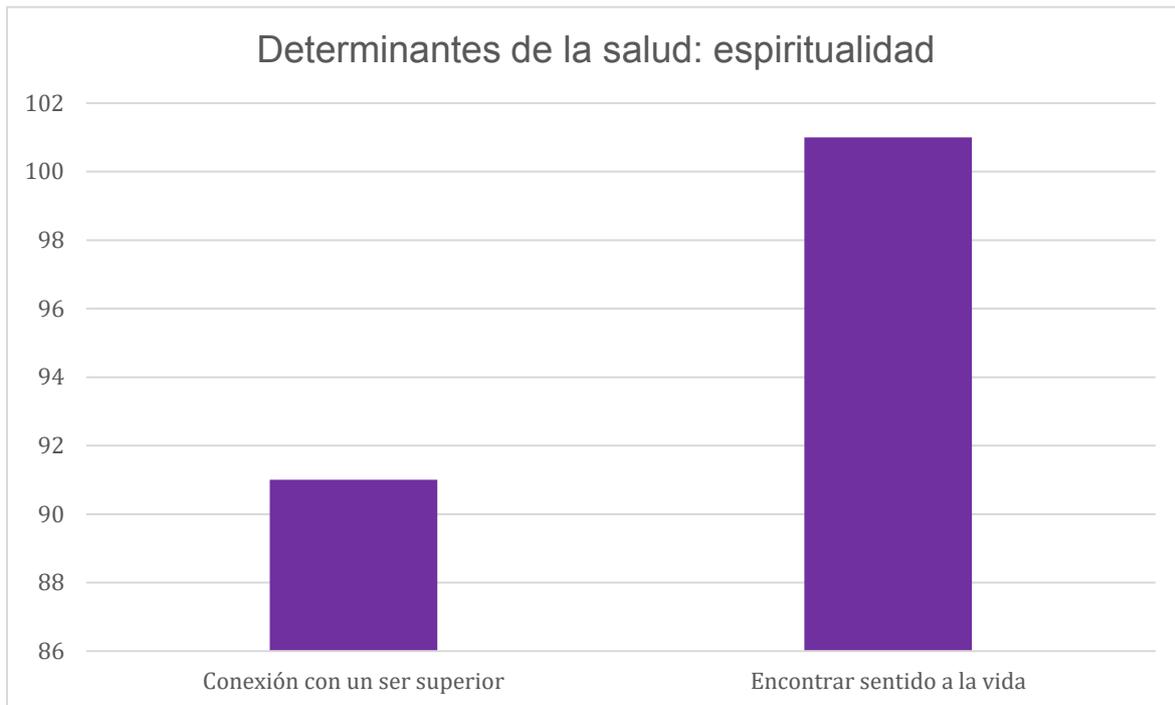
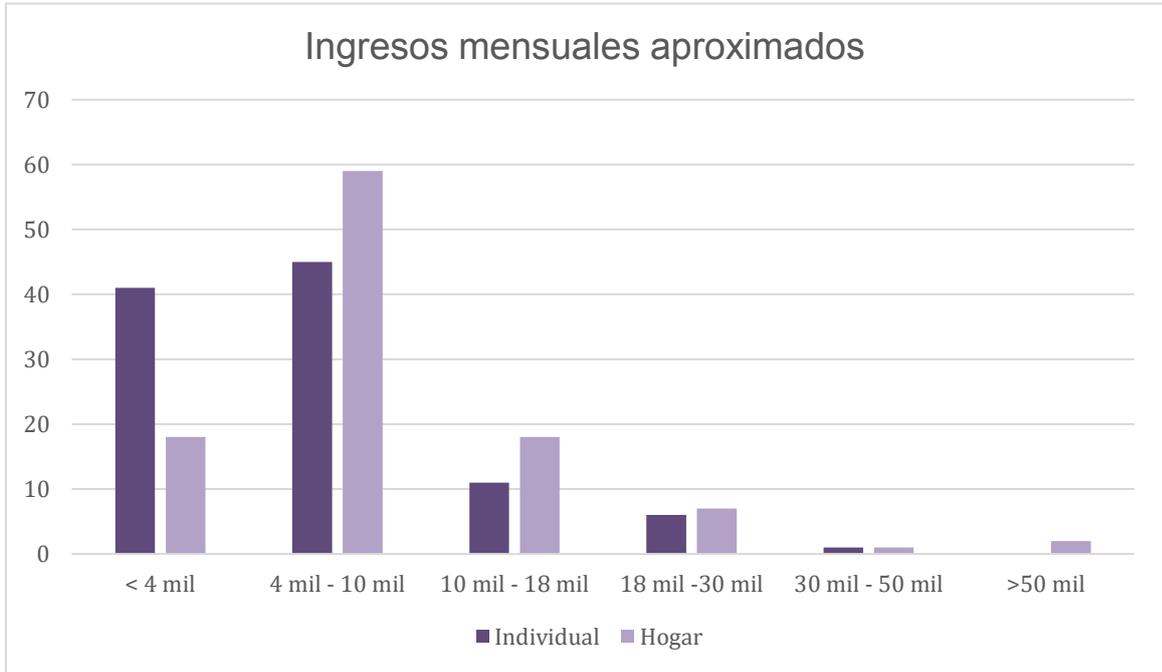


TABLA 3. Ingresos mensuales aproximados

Ingreso mensual aproximado	Individual, n (%)	Hogar, n (%)
Menos de 4 mil	41 (38.7)	18 (17)
Entre 4 mil y 10 mil	45 (42.5)	59 (55.7)
Entre 10 mil y 18 mil	11 (10.4)	18 (17)
Entre 18 mil y 30 mil	6 (5.7)	7 (6.6)
Entre 30 mil y 50 mil	1 (0.9)	1 (0.9)
Mayor a 50 mil	0	2 (1.9)

*1 participante no quiso contestar (Negrete-Najar,2023).



ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis de SF-SUNS

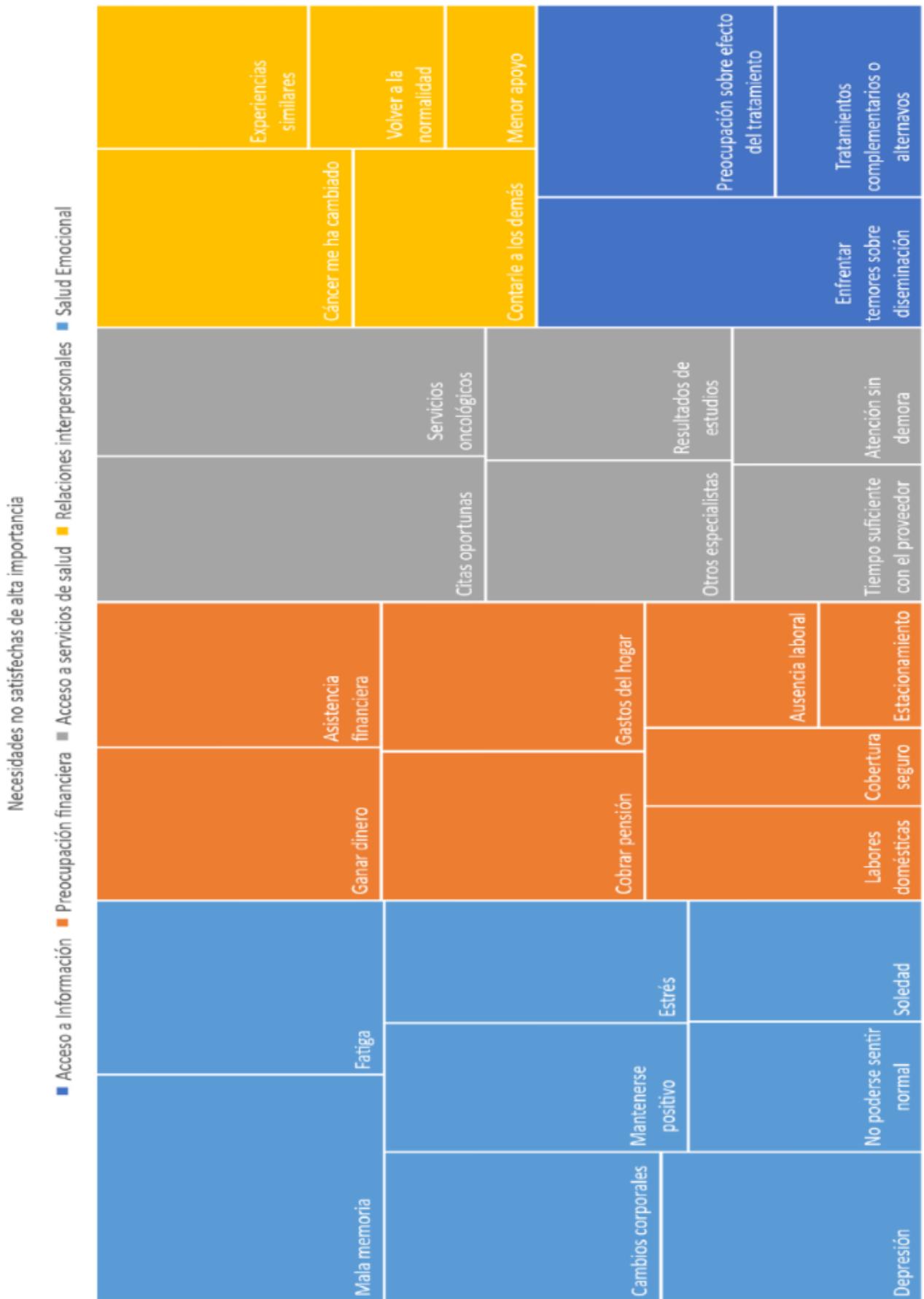
El cuestionario SF-SUNS se utilizó para identificar la presencia de necesidades no satisfechas entre los participantes. Por cada aspecto que el cuestionario revisa, se encontró al menos una necesidad no satisfecha entre los participantes de la siguiente manera: acceso a la información 73 (68.9%), necesidades financieras 74 (69.8%), acceso a servicios de salud 79 (74.5%), relaciones interpersonales 64 (60.4%) y salud emocional 92 (86.8%). Tan solo 5 participantes (4.7%) refirieron no tener ninguna necesidad no satisfecha. Se encontró una prevalencia de 95.3% de necesidades no satisfechas (Negrete-Najar, 2023).

La mediana de puntuación del cuestionario SF-SUNS fue de 15.5 puntos (RIQ 24), encontrándose que las necesidades no satisfechas en salud emocional tuvieron el promedio más alto (promedio 1.07), seguidas en orden descendente por las necesidades en acceso a información sobre su padecimiento (promedio 1.01), acceso a servicios de salud (promedio 0.87), relaciones interpersonales (promedio 0.75) y problemas financieros (promedio 0.75) (Negrete-Najar, 2023).

Según el tipo de cáncer, se encontró al menos una necesidad no satisfecha de la siguiente manera: 11 (100%) en aquellos con historia de cáncer de próstata, 50 (96.2%) en el grupo de mama, 34 (91.9%) en el grupo de cáncer colorrectal, y 6 (100%) en el de LNHCGB. Las medianas de puntuación fueron: 16 (RIQ 27) para los supervivientes de cáncer de próstata, 15.5 (RIQ 20.5) en cáncer de mama, 16 (RIQ 25.5) en el grupo de cáncer colorrectal y 7 (RIQ 11) en el de LNHCGB (Negrete-Najar, 2023).

La **Figura 1** muestra un mapa de árbol por anidamiento para la comparación de las necesidades no satisfechas de toda la muestra.

Figura 1. Mapa de árbol por anidamiento



- Figura tomada de Negrete-Najar, 2023, donde se comparan las necesidades no satisfechas de toda la población estudiada

Se encontraron relaciones significativas entre mayor puntuación del SF-SUNS y las siguientes variables: ser mujer ($p=0.02$), supervivencia mayor a 5 años ($p <0.01$), no contar con un cuidador ($p=0.01$), ingreso individual mensual aproximado en rango de pobreza ($p <0.01$), ingreso del hogar mensual aproximado bajo ($p <0.01$), mayor presencia de síntomas según el cuestionario NCCN-Survivorship ($p <0.01$), discapacidad en movilidad ($p=0.01$), clasificar como frágil ($p=0.01$), haberse sentido discriminado ($p=0.03$), menor conexión espiritual con un ser superior ($p=0.02$), no encontrar sentido a la vida ($p=0.02$), perderse eventos por falta de transporte ($p <0.01$) y menor puntuación en la autopercepción de salud ($p <0.01$). No se encontró una relación significativa según el tipo de cáncer. La **Tabla 4** describe estos análisis y sus resultados (Negrete-Najar, 2023).

TABLA 4. Comparación de las puntuaciones de SF-SUNS		
Variable	P	Estadístico de prueba
Edad en años ¹	0.31	$r_s = 0.09$
Sexo ²	0.02	$U = 77$
Contar con pareja ²	0.71	$U = 1342.5$
Escolaridad ≥ 9 años ²	0.83	$U = 1340.5$
Diagnóstico oncológico ³	0.50	$X^2 = 2.32$
Años desde el diagnóstico oncológico ¹	<0.001	$r_s = 0.56$
Supervivencia < 5 años ²	<0.001	$U = 47$
Estadaje del tumor ³	0.59	$X^2 = 2.76$
Tipo de tratamiento ³	0.39	$X^2 = 3.01$
Contar con un cuidador ²	0.01	$U = 28$
Ingreso individual mensual aproximado ²	<0.001	$U = 389$
Ingreso familiar mensual aproximado ²	<0.01	$U = 692$
Puntuación en NCCN-Survivorship ¹	<0.01	$r_s = 0.25$
Discapacidad en ABVD ²	0.23	$U = 1149.5$
Discapacidad en AIVD ²	0.31	$U = 1220$
Discapacidad para la movilidad ²	0.01	$U = 612$
Movilidad total ¹	<0.001	$r_s = -0.42$
Puntuación en FRAIL ¹	<0.01	$r_s = 0.26$
Fragilidad por FRAIL ²	0.01	$U = 1012.5$
Hablar un dialecto o lengua indígena ²	0.09	$U = 33$
Percepción de discriminación ²	0.03	$U = 177.5$
Haber recibido trato injusto ²	0.07	$U = 517.5$
Conexión espiritual a un ser superior ³	0.02	$X^2 = 11.36$
Le encuentra sentido a la vida ³	0.01	$X^2 = 11.74$
Inseguridad laboral ²	0.04	$U = 40.5$
Se pierde actividades por falta de transporte ³	<0.001	$X^2 = 20.41$
Acceso fácil a transporte ²	0.18	$U = 51$
Autopercepción salud ¹	<0.001	$r_s = 0.34$
r_s : coeficiente de correlación, X^2 : chi 2, ABVD: actividades básicas de la vida diaria, AIVD: actividades instrumentadas de la vida diaria. *Se hizo la suma de Rosow - Breslau y Nagi, perder 1 punto se consideró discapacidad para la movilidad. 1: Correlación de Spearman, 2: U de Mann-Whitney, 3: Kruskal-Wallis (Negrete-Najar, 2023)		

Los modelos de regresión lineal univariados mostraron que tener un tiempo de supervivencia menor a 5 años, contar con un cuidador y encontrarle sentido a la vida desde el punto de vista espiritual se asociaron con una disminución en la puntuación del cuestionario SF-SUNS lo que significa una menor presencia de necesidades no satisfechas; mientras que presentar ingresos individuales mensuales bajos, tener ingresos familiares mensuales bajos y haberse sentido discriminado

aumentaron la puntuación en el SF-SUNS lo que se traduce en una mayor presencia de necesidades no satisfechas.

Sin embargo, el análisis por regresión multivariado encontró que la supervivencia menor a 5 años ($B = -15.73$; $p < 0.01$) y contar con un cuidador ($B = -9.75$; $p = 0.04$) disminuyeron las necesidades no satisfechas, mientras que los ingresos individuales mensuales bajos ($B = 8.25$; $p = 0.04$) y encontrar sentido a la vida desde el punto de vista espiritual ($B = 8.14$; $p = 0.01$) fueron las que se asociaron a un aumento en la puntuación en SF-SUNS, explicando en 38% la variabilidad de la variable dependiente ($R^2 = 0.38$, $F = 15.15$, $p < 0.01$). La **Tabla 5** muestra los resultados del análisis de regresión lineal múltiple (Negrete-Najar, 2023).

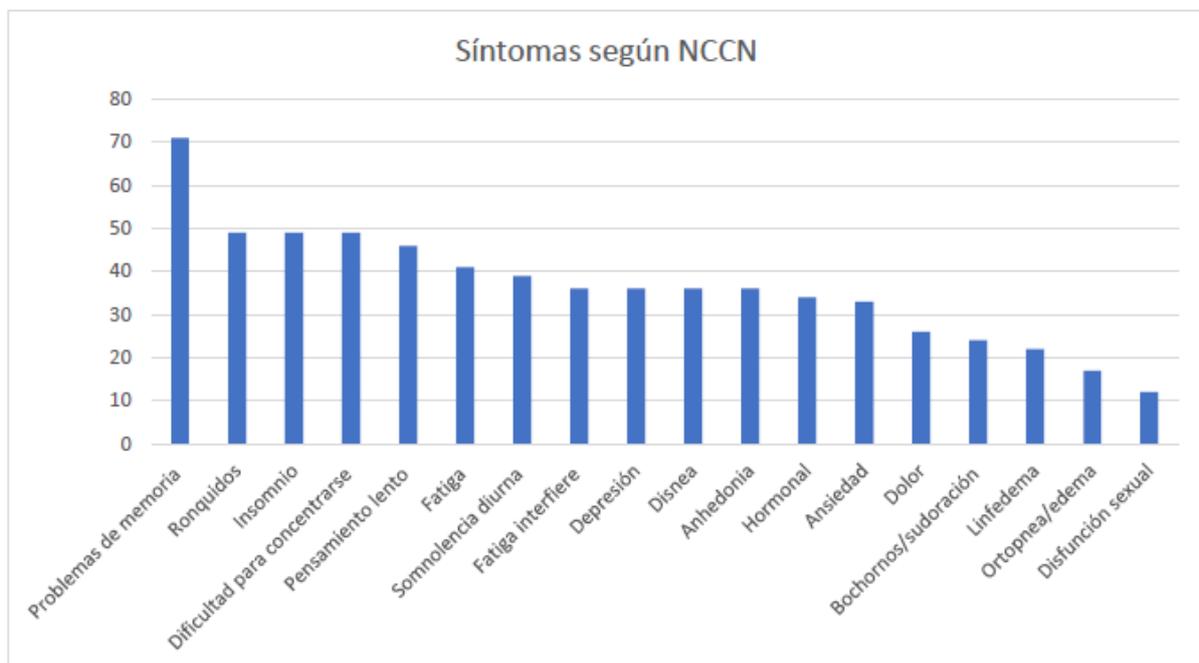
TABLA 5. Ingresos mensuales aproximados				
Variable	Unidad de medida	Coficiente		P
		B	Error estándar	
SV menor a 5 años	0= más de 5 años de supervivencia / 1= menos de 5 años de supervivencia	-15.73	3.07	<0.01
Cuenta con cuidador	0= no contar con cuidador / 1= si cuenta con cuidador	-9.75	4.75	0.04
Ingresos mensuales bajos	0= ingresos mensuales mayores a 4 mil pesos / 1= 4 mil pesos mensuales o menos	8.25	3.90	0.04
Sentido a la vida	0= haber contestado nada o poco / 1= haber contestado mucho o una cantidad extrema	-9.03	3.50	0.01

*La pregunta realizada fue: ¿Hasta qué punto le encuentra sentido a la vida? Y es parte de las preguntas sobre espiritualidad en determinantes sociales de la salud (Negrete-Najar, 2023).

Análisis NCCN-Survivorship

La mediana de puntuación en el cuestionario NCCN-Survivorship fue de 7 puntos (RIQ 6), encontrándose que los síntomas referidos en mayor frecuencia fueron problemas de memoria (n=71), ronquidos e insomnio (n=49 respectivamente) y dificultad para concentrarse (n=49). En cuanto a la parte del cuestionario no referente a síntomas, 63 participantes (59.4%) refirieron no realizar actividad física, 70 refirieron preocupación sobre su peso (66%), 61(57.5%) contestaron estar tomando vitaminas o suplementos, 82 (77.4%) contestaron consumir al menos 2 ½ tazas de frutas y verduras al día, 78 (73.6%) habían sido vacunados contra influenza en la temporada correspondiente, 55 (51.9%) dijeron tener su esquema de vacunación al corriente, solo 24 (22.6%) contestaron que en sus visitas médicas de seguimiento se les habían hecho pruebas de cribado (7 individuos no sabían). La **Figura 2** resume los síntomas y sus frecuencias (Negrete-Najar, 2023).

Figura 2. Frecuencia de síntomas referidos.



- Figura tomada de Negrete-Najar,2023, dónde se grafica la frecuencia de síntomas referidos por los pacientes interrogados en la encuesta.

Se encontraron relaciones significativas entre mayor puntuación del NCCN-Survivorship y las siguientes variables: ser mujer ($p=0.01$), tipo de tratamiento ($p=0.04$), ingreso individual mensual aproximado bajo ($p=0.03$), mayor puntuación en SF-SUNS ($p<0.01$), tener discapacidad para la movilidad ($p<0.01$), mayor conexión espiritual con un ser superior ($p<0.01$), no encontrar sentido a la vida ($p=0.04$) y autopercepción de salud ($p<0.01$). La **Tabla 6** resume estos análisis y sus resultados (Negrete-Najar, 2023).

Los modelos de regresión lineal univariados mostraron que ser hombre, no tener discapacidad en la movilidad, encontrar sentido a la vida de manera espiritual y tener una mayor autopercepción de

salud se asociaron con una disminución en la puntuación del cuestionario NCCN-Survivorship; mientras que la mayor puntuación en la calificación de FRAIL y tener una mayor conexión espiritual con un ser superior aumentaron la puntuación en el NCCN-Survivorship lo que quiere decir que la persona tenía más síntomas presentes (Negrete-Najar, 2023).

Sin embargo, el análisis por regresión lineal multivariado encontró que encontrar sentido a la vida de manera espiritual (B -3.40; $p < 0.001$), tener un vínculo espiritual con un ser superior (B -2.91; $p < 0.001$) disminuían la presencia de síntomas, mientras que una mayor puntuación en FRAIL (B 0.85; $p = 0.02$) aumentaba significativamente la puntuación en NCCN-Survivorship. Explicando en 25% la variabilidad de la variable dependiente (R^2 0.25, F 9.38, $p < 0.001$). La **Tabla 7** describe el modelo.

TABLA 6. Comparación de las puntuaciones de NCCN-Survivorship		
Variable	P	Otros
Edad en años ¹	0.06	$r_s = 0.17$
Sexo ²	0.01	U=75
Contar con pareja ²	0.92	U=1385.5
Escolaridad ≥ 9 años ²	0.22	U=1182
Diagnóstico oncológico ³	0.06	$X^2 = 7.24$
Años desde el diagnóstico oncológico ¹	0.27	$r_s = 0.11$
Supervivencia < 5 años ²	0.44	U= 1226
Estadaje del tumor ³	0.36	$X^2 = 4.28$
Tipo de tratamiento ³	0.04	$X^2 = 8.20$
Contar con un cuidador ²	0.29	U= 422.5
Ingreso individual mensual aproximado ²	0.03	U= 566.6
Ingreso familiar mensual aproximado ²	0.05	U= 813
Puntuación en SF-SUNS ¹	< 0.01	$r_s = 0.25$
Discapacidad en ABVD ²	0.95	U= 1323
Discapacidad en AIVD ²	0.23	U= 1195.5
Discapacidad para la movilidad ^{*2}	< 0.01	U= 538.5
Puntuación en FRAIL ¹	0.03	$r_s = 0.21$
Fragilidad por FRAIL ²	0.10	U= 1146
Hablar un dialecto o lengua indígena ²	0.26	U= 52.5
Percepción de discriminación ²	0.15	U= 232
Haber recibido trato injusto ²	0.13	U=550
Conexión espiritual a un ser superior ³	< 0.01	$X^2 = 15.28$
Le encuentra sentido a la vida ³	0.04	$X^2 = 9.74$
Inseguridad laboral ²	0.61	U= 105.5
Se pierde actividades por falta de transporte ³	0.05	$X^2 = 7.77$
Acceso fácil a transporte ²	0.29	U=531
Autopercepción salud ¹	< 0.01	$r_s = 0.31$
r_s : coeficiente de correlación, X^2 : chi 2, ABVD: actividades básicas de la vida diaria, AIVD: actividades instrumentadas de la vida diaria. *Se hizo la suma de Rosow - Breslau y Nagi, perder 1 punto se consideró discapacidad para la movilidad. ¹ : Correlación de Spearman, ² : U de Mann-Whitney, ³ : Kruskal-Wallis (Negrete-Najar, 2023).		

TABLA 7. Regresión lineal múltiple				
Variable	Unidad de medida	Coficiente no estandarizado		P
		B	Error estándar	
Encontrar sentido a la vida	0= haber contestado nada o poco / 1= haber contestado mucho o una cantidad extrema +	-3.401	0.885	<0.001
Vínculo espiritual con un ser superior	0= haber contestado nada o poco / 1= haber contestado mucho o una cantidad extrema	2.904	0.762	<0.001
Puntuación FRAIL	Continua de 0 a 5	0.856	0.373	0.024
*La pregunta realizada fue: ¿Hasta qué punto le encuentra sentido a la vida? Y es parte de las preguntas sobre espiritualidad en determinantes sociales de la salud. + La pregunta realizada fue ¿En qué medida la conexión con un ser espiritual le ayuda a superar los momentos difíciles? Y es parte de las preguntas sobre espiritualidad en determinantes sociales de la salud (Negrete-Najar, 2023).				

Análisis de gastos

Las primeras preguntas del cuestionario interrogaron sobre gastos directos, es decir, gastos médicos y no médicos directos. Mientras que la segunda parte interrogó sobre gastos indirectos, que hace referencia a pérdida de productividad para el participante y su cuidador/familiar (Negrete-Najar, 2023).

Estos primeros párrafos describen los gastos directos. Sobre los gastos mensuales, las medianas fueron: consultas médicas \$275 pesos mexicanos (RIQ 600), medicamentos \$600 (RIQ 1700), en vitaminas y suplementos alimenticios \$150 (RIQ 300) y en productos de aseo e higiene personal \$300 (RIQ 300) (Negrete-Najar, 2023).

En cuanto a gastos de los 3 últimos meses, las medianas encontradas fueron: \$0 (RIQ 500) en consultas médicas de especialización, quiroprácticos y rehabilitación; \$0 (RIQ 0) en consultas con curandero, huesero y otros; \$0 (RIQ 938) en exámenes diagnósticos y de laboratorio; \$250 (RIQ 800) en traslados relacionados con la búsqueda de cuidados o servicios de salud; y \$0 (RIQ 0) en cuidados o atención de médicos o enfermeras que no requirieron de pasar la noche en una unidad médica de salud (Negrete-Najar, 2023).

Sobre gastos anuales, las medianas encontradas fueron: \$0 (RIQ 1200) en anteojos o lentes de contacto, \$0 (RIQ 0) en aparatos auditivos, \$0 (RIQ 0) en prótesis, \$0 (RIQ 0) en aparatos ortopédicos y terapéuticos, \$0 (RIQ 100) en materiales de curación, y \$0 (RIQ 0) en cualquier otro producto de salud no mencionado antes. Sobre pagos en primas de seguros o planes de salud prepagados, la mediana fue \$0 (RIQ 0) y una persona dijo que, aunque pagó una prima, desconocía el costo de esta (Negrete-Najar, 2023).

Del total de la muestra, solo 12 (11.3%) participantes refirieron haberse hospitalizado en los últimos 12 meses. La mediana de noches de hospitalización fue de 2 días (RIQ 8) y se encontró una mediana de \$4892.5 (RIQ 26775) de gastos asociados a las noches pasadas en el hospital (Negrete-Najar, 2023).

La mediana del costo de la última consulta pagada fue de \$200 (RIQ 251); del pago por medicamentos, la mediana fue de \$300 (RIQ 476); del pago por análisis de laboratorio y estudios de gabinete fue de \$0 (RIQ 600); y de pago de transporte fue de \$110 (RIQ 121) (Negrete-Najar, 2023).

Sobre el último internamiento, 72 (67.9%) participantes refirieron que tuvieron que pagar y 20 (18.9%) no sabían si hubo que realizar algún pago. Al respecto del gasto de bolsillo por el participante o sus familiares para la costos de la última hospitalización, la mediana fue \$3937.5 (RIQ 9966), pero 38 (35.8%) participantes refirieron no saber; para pago de medicamentos la mediana fue \$200 (RIQ 2000), con 47(44.3%) que refirieron no saber; para pago de análisis de laboratorio y estudios de gabinete la mediana fue \$0 (RIQ 2000), con 48(45.3%) que refirieron no saber; y sobre el pago de

transporte la mediana fue \$200 (RIQ 425) con 44(41.5%) que no sabían. Al interrogarlos sobre el gasto total que pusieron de bolsillo en la última hospitalización (incluyendo todos los rubros en que hubieran gastado), la mediana fue \$5000 (RIQ 9175) (Negrete-Najar, 2023).

Del total de la muestra, 84 (79.2%) participantes refirieron haber solicitado atención o consulta médica de cualquier tipo en los últimos 6 meses, La cantidad de veces que se solicitó atención tuvo una mediana de 2 (RIQ 2) y al respecto de la cantidad de veces que acuden a consultas habitualmente en un mes, la mediana fue de 1 (RIQ 2). Solo 7 (6.6%) individuos refirieron haber tenido otros gastos asociados a la última consulta. Y al respecto de quién pagó la consulta se encontró que 52 (49.1%) lo pagó el participante, 11 (10.4%) su cónyuge/pareja, 36 (34%) alguno de sus hijos, 1 (0.9%) otro familiar y 6(5.7%) contestaron que el servicio fue completamente gratuito (Negrete-Najar, 2023).

Retomando a los 12 pacientes que refirieron haberse hospitalizado en los últimos 12 meses, 3 (25%) personas refirieron que nadie los acompañó durante su hospitalización, 1 (8.3%) fue acompañado por un cuidador remunerado, 2(16.7%) por su cónyuge/pareja, 5(41.7%) por alguno de sus hijos, y 1(8.3%) por otro familiar (Negrete-Najar, 2023).

En cuanto a los gastos indirectos, de los participantes que habían solicitado atención en los últimos 6 meses, 21 (25%) fueron acompañados por su cónyuge/pareja, 40 (47.6%) por sus hijos, 4(4.8%) por sus hermanos, 2(2.4%) por amigos, 2(2.4%) por otra persona y 15 (17.9%) acudieron solos; 26 (31%) refirieron que sus acompañantes dejaron de trabajar por acudir a la consulta y 17 (16%) dejaron de percibir algún ingreso el día que los acompañaron. Cabe mencionar que 37 (34.9%) individuos no sabían si su acompañante dejó de ganar dinero. Por otro lado, al interrogar sobre la última hospitalización en toda la muestra, 25 (23.6%) mencionaron haber dejado de ganar dinero debido al internamiento, 68 (64.2%) contestaron que no dejaron de ganar dinero, 11 (10.4%) refirieron no saber, y 2 (1.9%) nunca se habían hospitalizado. De los que dejaron de ganar dinero, la mediana de dinero no ganado fue \$1550 (RIQ 4125), cabe mencionar que 9 individuos mencionaron no recordar la magnitud de la ganancia pérdida. Y en toda la muestra, al preguntar sobre ganancias que no obtuvieron sus acompañantes en la última hospitalización, se encontró una mediana de \$0 (RIQ 1750) (Negrete-Najar, 2023).

Con respecto al gasto directo total anualizado, la mediana fue \$30000 (RIQ 52806). No se encontraron asociaciones significativas entre la mediana de gastos directos totales anualizados y las demás variables, incluyendo el tiempo de supervivencia, las necesidades no satisfechas, la presencia de síntomas o el estado de fragilidad. La mediana de gastos indirectos fue de \$0 (RIQ 1500). La mediana de gastos totales fue de \$30974 (RIQ 50994). Tampoco se encontraron asociaciones significativas entre la mediana de gastos directos totales anualizados y las demás variables, incluyendo el tiempo de supervivencia, las necesidades no satisfechas, la presencia de síntomas o el estado de fragilidad (Negrete-Najar, 2023).

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue identificar las necesidades no satisfechas de las personas mayores supervivientes de cáncer, y de manera secundaria identificar si estas se asociaban a características clínicas, demográficas o determinantes sociales de la salud. Para ello se aplicaron los instrumentos SF-SUNS y NCCN-Survivorship, así como una serie de cuestionarios sobre funcionalidad, salud y determinantes sociales a personas supervivientes de cáncer de 65 años o más. La muestra obtenida fue de 106 individuos, con una mediana de edad de 74 años, siendo mujeres el 83.6%. La prevalencia de necesidades no satisfechas fue de 95.2%, siendo mayor a 90% en los 4 tipos de patología maligna estudiados (cáncer de mama, colorrectal, próstata y linfoma no Hodgkin de células grandes B). Las necesidades no satisfechas en salud emocional fueron las más comúnmente mencionadas, seguidas de aquellas de acceso a la información y acceso a servicios de salud. Los síntomas más comúnmente reportados fueron problemas de memoria, ronquidos, insomnio y dificultad para concentrarse (Negrete-Najar, 2023)

Se realizó una validación transcultural de los cuestionarios SF-SUNS y NCCN-Survivorship siguiendo las guías publicadas; sin embargo, por las condiciones que la pandemia por COVID-19 ocasionó, muchos de los cuestionarios se aplicaron por llamada o video llamada, siendo que el proceso de validación seguido se refiere a aplicación en persona, sería necesario realizar una validación específica del uso de los instrumentos por medios no presenciales (Negrete Najar,2023).

La prevalencia de necesidades no satisfechas ha variado en los estudios, ubicando la del presente en el extremo superior; estas diferencias en la prevalencia parecen estar asociadas al instrumento utilizado para encontrar las necesidades no satisfechas, el tiempo de supervivencia y a la población estudiada. Por ejemplo, en un estudio en supervivientes de cáncer de colon el 74 % de los pacientes informaron al menos una necesidad no satisfecha (edad media fue de 58, DE 12; y el tiempo desde el diagnóstico fue de 34 meses) usando una encuesta (Vu et al., 2019). Otro estudio, en supervivientes de cáncer de mama, reportó un promedio de 4.9 necesidades no satisfechas por individuo y el 67 % de los participantes informaron al menos una necesidad no satisfecha utilizando el cuestionario CaSUN (mediana de supervivencia de 37.9 meses, no se reportó la mediana de edad, pero incluyó adultos entre 26 y 95 años) (Vuksanovic et al., 2021). Cuando se analizan las necesidades no satisfechas usando más de un tipo de cáncer como antecedente, la prevalencia aumenta a un valor similar al del presente trabajo. Al respecto, un estudio canadiense, que incluyó supervivientes de cáncer de mama, próstata, colorrectal, melanoma o neoplasias hematológicas reportó una mediana de 4 (RIQ 2.7) necesidades no satisfechas por individuo y 84% de los participantes tuvieron al menos una necesidad no satisfecha. Este estudio tuvo 60% de participantes mayores de 65 años (Shakeel et al., 2020). Una revisión sistemática de 2018 reportó que hasta el 88% de la población tuvo una o más necesidades no satisfechas. La revisión incluyó estudios sobre cáncer de mama, ginecológicos, colon, cabeza y cuello y hematológicos, con población de 18 a 88 años (Mirošević et al., 2019). Con lo previo es notorio que la prevalencia de necesidades no satisfechas varía según las características de la población estudiada, sin embargo, hay que resaltar que, en los distintos estudios, los supervivientes de cáncer tienen necesidades que los sistemas de salud no están cubriendo. También

llama la atención que, aunque se incluye a las personas mayores, los estudios enfocados específicamente a ese grupo poblacional específico no existen. Al respecto de la alta prevalencia de necesidades no satisfechas de nuestra muestra (95.3%), es similar a la reportada por el otro estudio mexicano al respecto, el registro de supervivientes del Instituto Nacional de Cancerología, en el que se reportó una prevalencia de 96.8%¹¹. Estas cifras tan altas podrían deberse a condiciones del sistema de salud de México como por ejemplo la falta de cobertura universal, la saturación de los servicios o la desvinculación entre los centros de especialidad y el primer nivel de atención (Gilardino et al., 2022) y que ocasione que existan situaciones que no reciban atención adecuada u oportuna (Ruelas, 2002; Block, 2020), o a características de los propios pacientes (Mohar-Betancourt et al., 2017; Cai et al., 2022); sin embargo, se necesitan más estudios al respecto.

Al respecto de los tipos de necesidades no satisfechas, encontramos que las del ámbito emocional fueron las más comúnmente mencionadas, seguidas de aquellas de acceso a la información y acceso a servicios de salud. Estos resultados son acordes a lo reportado en la literatura. Por ejemplo, la revisión sistemática de 17 estudios realizada por Lisy y colaboradores (Lisy et al., 2019) con población australiana reportó que las cuatro principales necesidades no satisfechas informadas se encontraban dentro del dominio psicosocial. La necesidad no satisfecha más frecuente fue la de ayuda con el miedo a la recurrencia y la progresión del cáncer (2-14%). En el estudio con supervivientes de cáncer de colon (Vu et al., 2019), 49% informó necesidades emocionales, 24% necesidades de relación, 24% necesidades financieras, 25% necesidades logísticas y 33% necesidades de vigilancia.

En cuanto a los síntomas que se mencionaron más comúnmente en nuestro estudio, llama la atención que fueron asociados a la memoria y al sueño, mientras que en otros estudios los hallazgos han sido distintos. En un estudio internacional y multicéntrico de Australia y países de Asia del pacífico, realizado por encuesta, los síntomas más frecuentemente informados fueron fatiga (66.6%), pérdida de fuerza (61.8%), dolor (61.6%), alteración del sueño (60.1%) y cambios de peso (57.7%) (Molassiotis et al., 2019). De manera interesante, estos síntomas se repiten independientemente del tipo de tumor que se ha sobrevivido, como puede ser ejemplificado en una revisión sistemática de 2010, en la que la carga de síntomas asociada con la supervivencia al cáncer fue consistente entre los cuatro tipos de cáncer más comunes (mama, ginecológico, próstata y colorrectal) a pesar de varios tipos de exposición al tratamiento. En general, en todos los grupos de cáncer, los síntomas depresivos, el dolor y la fatiga se encontraron comúnmente en los supervivientes de cáncer (Harrington et al., 2010). Por otro lado, la intensidad de los síntomas si puede ser modificada por el tipo de tratamiento y la intensidad de este (Ness et al., 2006; Deimling et al., 2006); sin embargo, en nuestro estudio no fue posible analizarlo, ya que solo se preguntó la presencia del síntoma y no el grado en que se presentaba.

También se encontraron asociaciones entre los ingresos económicos bajos y la presencia de necesidades no satisfechas. Se sabe que el nivel socioeconómico es uno de los determinantes

sociales de la salud más importantes y en el caso de los supervivientes de cáncer parece que la situación es similar. Numerosos estudios han documentado un gradiente socioeconómico: en cada escalón de la escala socioeconómica, hay mejores resultados de salud que en el peldaño inferior (Braveman & Gottlieb, 2014; Hatef et al., 2021; Selgelid, 2008). Existen disparidades bien documentadas en la supervivencia del cáncer según el nivel socioeconómico, la raza, la educación, la pobreza y el acceso a seguro y atención médicos (Coughlin, 2020; Oughlin, 2020). La pobreza está asociada con otros factores relacionados con una menor supervivencia, como un seguro médico inadecuado, la falta de un médico de atención primaria y el acceso deficiente a la atención médica. Para abordar estos determinantes sociales, se necesitan intervenciones eficaces que tengan en cuenta los contextos sociales y ambientales en los que viven y reciben tratamiento los pacientes y sobrevivientes de cáncer (Coughlin et al., 2019). El paso inicial debe ser identificar a estos pacientes y sus desenlaces, para poder mostrar dicha información a los tomadores de decisión y este trabajo apoya esta propuesta.

Conclusiones

En esta muestra de personas mayores supervivientes de cáncer mama, próstata, colorrectal y linfoma no Hodgkin de células grandes B se encontró una prevalencia del 95.3% de necesidades no satisfechas. Las necesidades no satisfechas más prevalentes fueron las de salud emocional y acceso a servicios de salud. El análisis por regresión multivariado encontró que la supervivencia menor a 5 años, contar con un cuidador, ingresos individuales mensuales bajos y encontrar sentido a la vida desde el punto de vista espiritual modifican las necesidades no satisfechas (Negrete-Najar, 2023).

Los síntomas referidos en mayor frecuencia fueron problemas de memoria, ronquidos e insomnio y dificultad para concentrarse. El análisis por regresión lineal multivariado encontró que encontrar sentido a la vida de manera espiritual, tener un vínculo espiritual con un ser superior y la fragilidad modifican la presencia de síntomas (Negrete-Najar, 2023).

La presencia de discapacidad para actividades de la vida diaria, alteraciones de la movilidad y algún grado fragilidad se encontró en más de la mitad de la muestra (Negrete-Najar, 2023).

Los gastos en salud fueron muy variables existiendo un sesgo de memoria importante (Negrete-Najar, 2023).

BIBLIOGRAFÍA

1. Armes, J., Crowe, M., Colbourne, L., Morgan, H., Murrells, T., Oakley, C., Palmer, N., Ream, E., Young, A., & Richardson, A. (2009). Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: a prospective, longitudinal survey. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 27(36), 6172–6179. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.22.5151>
2. Bennett, J. A., Cameron, L. D., Brown, P. M., Whitehead, L. C., Porter, D., Ottaway-Parkes, T., & Robinson, E. (2010). Time since diagnosis as a predictor of symptoms, depression, cognition, social concerns, perceived benefits, and overall health in cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), 331–338. <https://doi.org/10.1188/10.ONF.331-338>
3. Benson, A. B., Venook, A. P., Al-Hawary, M. M., Cederquist, L., Chen, Y.-J., Ciombor, K. K., Cohen, S., Cooper, H. S., Deming, D., Engstrom, P. F., Garrido-Laguna, I., Grem, J. L., Grothey, A., Hochster, H. S., Hoffe, S., Hunt, S., Kamel, A., Kirilcuk, N., Krishnamurthi, S., ... Freedman-Cass, D. A. (2018). NCCN Guidelines Insights: Colon Cancer, version 2.2018. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 16(4), 359–369. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2018.0021>
4. Boberg, E. W., Gustafson, D. H., Hawkins, R. P., Offord, K. P., Koch, C., Wen, K.-Y., Kreutz, K., & Salner, A. (2003). Assessing the unmet information, support and care delivery needs of men with prostate cancer. *Patient Education and Counseling*, 49(3), 233–242. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00183-0](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00183-0)
5. Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, 129 Suppl 2(1_suppl2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>
6. Cai, T., Zhou, T., Yuan, C., Yu, C., Ni, F., & Sheng, Z. (2022). Heterogeneity of symptoms and functions among women receiving chemotherapy for breast cancer in China: A multicentre, cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 10, 952710. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.952710>
7. Campbell, H. S., Hall, A. E., Sanson-Fisher, R. W., Barker, D., Turner, D., & Taylor-Brown, J. (2014). Development and validation of the short-form Survivor Unmet Needs Survey (SF-SUNS). *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(4), 1071–1079. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2061-7>
8. Cancerología INd. Registro de Supervivientes de Cáncer 2018 [Available from: <http://supervivientescancer.org/>].
9. Coughlin, S. S. (2020). A review of social determinants of prostate cancer risk, stage, and survival. *Prostate International*, 8(2), 49–54. <https://doi.org/10.1016/j.pnil.2019.08.001>
10. Coughlin, S. S., Mann, P., Vernon, M., Young, L., Ayyala, D., Sams, R., & Hatzigeorgiou, C. (2019). A logic framework for evaluating social determinants of health interventions in primary care. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 3, 23–23. <https://doi.org/10.21037/jhmhp.2019.09.03>

11. Deimling, G. T., Bowman, K. F., Sterns, S., Wagner, L. J., & Kahana, B. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 15(4), 306–320. <https://doi.org/10.1002/pon.955>
12. Denlinger, C. S., Sanft, T., Moslehi, J. J., Overholser, L., Armenian, S., Baker, K. S., Broderick, G., Demark-Wahnefried, W., Friedman, D. L., Goldman, M., Henry, N. L., Hill-Kayser, C., Hudson, M., Khakpour, N., Koura, D., McDonough, A. L., Melisko, M., Mooney, K., Moore, H. C. F., ... Freedman-Cass, D. A. (2020). NCCN Guidelines Insights: Survivorship, version 2.2020: Featured updates to the NCCN guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 18(8), 1016–1023. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2020.0037>
13. Dennison, S., & Shute, T. (2000). Identifying patient concerns: improving the quality of patient visits to the oncology out-patient department—a pilot audit. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 4(2), 91–98. <https://doi.org/10.1054/ejon.1999.0040>
14. Eiser, C., Absolom, K., Greenfield, D., Glaser, A., Horne, B., Waite, H., Urquhart, T., Wallace, W. H. B., Ross, R., & Davies, H. (2006). Follow-up after childhood cancer: evaluation of a three-level model. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 42(18), 3186–3190. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2006.08.001>
15. Fitch, M. I. (2008). Supportive care framework. *Revue canadienne de nursing oncologique [Canadian oncology nursing journal]*, 18(1), 6–14. <https://doi.org/10.5737/1181912x181614>
16. Garman, K. S., Pieper, C. F., Seo, P., & Cohen, H. J. (2003). Function in elderly cancer survivors depends on comorbidities. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(12), M1119–M1124. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.12.m1119>
17. Gilardino, R. E., Valanzasca, P., & Rifkin, S. B. (2022). Has Latin America achieved universal health coverage yet? Lessons from four countries. *Archives Belges de Sante Publique [Archives of Public Health]*, 80(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00793-7>
18. Gotay, C. C., & Muraoka, M. Y. (1998). Quality of life in long-term survivors of adult-onset cancers. *Journal of the National Cancer Institute*, 90(9), 656–667. <https://doi.org/10.1093/jnci/90.9.656>
19. Graf, C. (2008). The Lawton instrumental activities of daily living scale. *The American Journal of Nursing*, 108(4), 52–62; quiz 62–63. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000314810.46029.74>
20. Hall, Y. N. (2018). Social determinants of health: Addressing unmet needs in nephrology. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*, 72(4), 582–591. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.12.016>
21. Hamilton, C. M., Strader, L. C., Pratt, J. G., Maiese, D., Hendershot, T., Kwok, R. K., Hammond, J. A., Huggins, W., Jackman, D., Pan, H., Nettles, D. S., Beaty, T. H., Farrer, L. A., Kraft, P., Marazita, M. L., Ordovas, J. M., Pato, C. N., Spitz, M. R., Wagener, D., ... Haines, J. (2011). The PhenX Toolkit: get the most from your measures. *American Journal of Epidemiology*, 174(3), 253–260. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr193>

22. Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L., & Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors--a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), 163–181. <https://doi.org/10.2190/PM.40.2.c>
23. Hartigan, I. (2007). A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people. *International Journal of Older People Nursing*, 2(3), 204–212. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00074.x>
24. Hatef, E., Ma, X., Rouhizadeh, M., Singh, G., Weiner, J. P., & Kharrazi, H. (2021). Assessing the impact of social needs and social determinants of health on health care utilization: Using patient- and community-level data. *Population Health Management*, 24(2), 222–230. <https://doi.org/10.1089/pop.2020.0043>
25. Jiao, M., Hall, A. E., Nolte, L., Piper, A., Lisy, K., & Jefford, M. (2018). A rapid review of needs assessment tools for post-treatment cancer survivors. *European Journal of Cancer Care*, 27(2), e12764. <https://doi.org/10.1111/ecc.12764>
26. Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12), 721–727. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x>
27. Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of adl: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 185, 914–919. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
28. Kent, E. E., Arora, N. K., Rowland, J. H., Bellizzi, K. M., Forsythe, L. P., & Hamilton, A. S. (2012). Health information needs and health-related quality of life in a diverse population of long-term cancer survivors. *Patient Educ Couns*, 89(2), 345–352.
29. Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster, J. C. (2017). *Robbins Basic Pathology*. Elsevier.
30. Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The gerontologist*, 9(3 Part 1), 179–186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_part_1.179
31. Lisy, K., Langdon, L., Piper, A., & Jefford, M. (2019). Identifying the most prevalent unmet needs of cancer survivors in Australia: A systematic review. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 15(5), e68–e78. <https://doi.org/10.1111/ajco.13176>
32. Mattiuzzi, C., & Lippi, G. (2019). Current cancer epidemiology. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 9(4), 217. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191008.001>
33. Mayer, D. K., Nasso, S. F., & Earp, J. A. (2017). Defining cancer survivors, their needs, and perspectives on survivorship health care in the USA. *The Lancet Oncology*, 18(1), e11–e18. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(16\)30573-3](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(16)30573-3)
34. Mayer, D. K., Nekhlyudov, L., Snyder, C. F., Merrill, J. K., Wollins, D. S., & Shulman, L. N. (2014). American Society of Clinical Oncology clinical expert statement on cancer survivorship care planning. *Journal of Oncology Practice*, 10(6), 345–351. <https://doi.org/10.1200/JOP.2014.001321>

35. McIlmurray, M. B., Thomas, C., Francis, B., Morris, S., Soothill, K., & Al-Hamad, A. (2001). The psychosocial needs of cancer patients: findings from an observational study: Cancer patients' psychosocial needs. *European Journal of Cancer Care*, 10(4), 261–269. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2001.00280.x>
36. Mirošević, Š., Prins, J. B., Selič, P., Zaletel Kragelj, L., & Klemenc Ketiš, Z. (2019). Prevalence and factors associated with unmet needs in post-treatment cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 28(3), e13060. <https://doi.org/10.1111/ecc.13060>
37. Mohar-Betancourt, A., Reynoso-Noverón, N., Armas-Texta, D., Gutiérrez-Delgado, C., & Torres-Domínguez, J. A. (2017). Cancer trends in Mexico: Essential data for the creation and follow-up of public policies. *Journal of Global Oncology*, 3(6), 740–748. <https://doi.org/10.1200/JGO.2016.007476>
38. Morley, J. E., Malmstrom, T. K., & Miller, D. K. (2012). A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 16(7), 601–608. <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0084-2>
39. Nagi, S. Z. (1976). An epidemiology of disability among adults in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 54(4), 439–467. <https://doi.org/10.2307/3349677>
40. Negrete Najjar, JP, Ávila-Funes, JA, Salinas-Rodríguez, MC. Necesidades insatisfechas, gastos en salud y determinantes sociales de personas mayores supervivientes de cáncer en un centro de tercer nivel. Proyecto terminal para obtener el título de maestro en Salud Pública en Epidemiología. Escuela de Salud Pública de México.
41. Nekhlyudov, L., Lacchetti, C., Davis, N. B., Garvey, T. Q., Goldstein, D. P., Nunnink, J. C., Ninfea, J. I. R., Salner, A. L., Salz, T., & Siu, L. L. (2017). Head and neck cancer Survivorship Care Guideline: American society of clinical oncology clinical practice guideline endorsement of the American Cancer Society guideline. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 35(14), 1606–1621. <https://doi.org/10.1200/jco.2016.71.8478>
42. Ness, K. K., Wall, M. M., Oakes, J. M., Robison, L. L., & Gurney, J. G. (2006). Physical performance limitations and participation restrictions among cancer survivors: a population-based study. *Annals of Epidemiology*, 16(3), 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.01.009>
43. Osman, H., Shrestha, S., Temin, S., Ali, Z. V., Corvera, R. A., Ddungu, H. D., De Lima, L., Del Pilar Estevez-Diz, M., Ferris, F. D., Gafer, N., Gupta, H. K., Horton, S., Jacob, G., Jia, R., Lu, F. L., Mosoiu, D., Puchalski, C., Seigel, C., Soyannwo, O., & Cleary, J. F. (2018). Palliative care in the global setting: ASCO resource-stratified practice guideline. *Journal of Global Oncology*, 4(4), 1–24. <https://doi.org/10.1200/JGO.18.00026>
44. Oughlin, S. S. (2020). Social determinants of colorectal cancer risk, stage, and survival: a systematic review. *Int J Colorectal Dis*, 35(6), 985–995.

45. Resnick, M. J., Lacchetti, C., Bergman, J., Hauke, R. J., Hoffman, K. E., Kungel, T. M., Morgans, A. K., & Penson, D. F. (2015). Prostate cancer survivorship care guideline: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline endorsement. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 33(9), 1078–1085. <https://doi.org/10.1200/jco.2014.60.2557>
46. Rockwood, K., & Theou, O. (2020). Using the Clinical Frailty Scale in allocating scarce health care resources. *Canadian Geriatrics Journal: CGJ*, 23(3), 210–215. <https://doi.org/10.5770/cgj.23.463>
47. Rosow, I., & Breslau, N. (1966). A Guttman health scale for the aged. *Journal of Gerontology*, 21(4), 556–559. <https://doi.org/10.1093/geronj/21.4.556>
48. Roy, P., & Saikia, B. (2016). Cancer and Cure: A critical analysis. *Indian Journal of Cancer*, 53(3), 441. <https://doi.org/10.4103/0019-509x.200658>
49. Ruelas, E. (2002). Health care quality improvement in Mexico: challenges, opportunities, and progress. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 15(3), 319–322. <https://doi.org/10.1080/08998280.2002.11927856>
50. Ruland, C. M., Holte, H. H., Røislien, J., Heaven, C., Hamilton, G. A., Kristiansen, J., Sandbaek, H., Kvaløy, S. O., Hasund, L., & Ellison, M. C. (2010). Effects of a computer-supported interactive tailored patient assessment tool on patient care, symptom distress, and patients' need for symptom management support: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 17(4), 403–410. <https://doi.org/10.1136/jamia.2010.005660>
51. Runowicz, C. D., Leach, C. R., Henry, N. L., Henry, K. S., Mackey, H. T., Cowens-Alvarado, R. L., Cannady, R. S., Pratt-Chapman, M. L., Edge, S. B., Jacobs, L. A., Hurria, A., Marks, L. B., LaMonte, S. J., Warner, E., Lyman, G. H., & Ganz, P. A. (2016). American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 34(6), 611–635. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.64.3809>
52. Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Heredia-Pi, I., Rivera-Almaraz, A., & Ávila-Funes, J. A. (2019). Healthcare costs of frailty: Implications for long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(1), 102-103.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.019>
53. Selgelid, M. J. (2008). Improving global health: counting reasons why. *Developing World Bioethics*, 8(2), 115–125. <https://doi.org/10.1111/j.1471-8847.2007.00185.x>
54. Shakeel, S., Tung, J., Rahal, R., & Finley, C. (2020). Evaluation of factors associated with unmet needs in adult cancer survivors in Canada. *JAMA Network Open*, 3(3), e200506. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.0506>
55. Sweeney, C., Schmitz, K. H., Lazovich, D., Virnig, B. A., Wallace, R. B., & Folsom, A. R. (2006). Functional limitations in elderly female cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(8), 521–529. <https://doi.org/10.1093/jnci/djj130>

56. Theou, O., Pérez-Zepeda, M. U., van der Valk, A. M., Searle, S. D., Howlett, S. E., & Rockwood, K. (2021). A classification tree to assist with routine scoring of the Clinical Frailty Scale. *Age and Ageing*, 50(4), 1406–1411. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab006>
57. Truant, T. L., Fitch, M. I., O’Leary, C., & Stewart, J. (2017). Global perspectives on cancer survivorship: From lost in transition to leading into the future. *Revue Canadienne de Nursing Oncologique [Canadian Oncology Nursing Journal]*, 27(3), 287–294.
58. Vu, J. V.-T., Matusko, N., Hendren, S., Regenbogen, S. E., & Hardiman, K. M. (2019). Patient-reported unmet needs in colorectal cancer survivors after treatment for curative intent. *Diseases of the Colon and Rectum*, 62(7), 815–822. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001326>
59. Vuksanovic, D., Sanmugarajah, J., Lunn, D., Sawhney, R., Eu, K., & Liang, R. (2021). Unmet needs in breast cancer survivors are common, and multidisciplinary care is underutilised: the Survivorship Needs Assessment Project. *Breast Cancer (Tokyo, Japan)*, 28(2), 289–297. <https://doi.org/10.1007/s12282-020-01156-2>
60. Yin, W., Wang, J., Jiang, L., & Kang, Y. (2021). Cancer and stem cells. *Experimental Biology and Medicine*, 246(16), 1791–1801. <https://doi.org/10.1177/15353702211005390>

CAPÍTULO II: CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL

En relación con su formación como persona

El servicio social es la última etapa del estudiante de medicina para considerarse médico general, desde mi punto de vista, así como es importante el desarrollo de las capacidades profesionales, es importante el desarrollo como persona, ya que este nos da la capacidad como profesionales de la salud, de comprender que nuestro paciente no es solo un ente más al que debemos curar, sino una persona que como nosotros, tienen sentimientos, emociones y otras personas que se preocupan por ellos.

Tratar con personas mayores todo este último año, me ha enseñado que en muchas ocasiones, las personas solemos demeritar la opinión o los pensamientos de las personas mayores, esto con el argumento de que ya no son capaces de comprender lo que nosotros, las nuevas generaciones tratamos de transmitir a los demás, sin embargo, tuve el placer de coincidir con médicos y sobre todo pacientes que me enseñaron que, así como nosotros tenemos ideas más abiertas que nos pueden ayudar a adaptarnos al mundo en el que vivimos, los adultos mayores tienen el juicio y la experiencia suficiente para darnos un buen consejo sobre cómo podemos solventar problemas de la vida cotidiana.

Los médicos con los que roté este año me enseñaron a ser más empático con los adultos mayores, comprender que, aunque tengan edades avanzadas, no significa que sean incapaces de realizar las actividades que los adultos jóvenes podemos realizar, subestimar a las personas solo por su edad es un tipo de discriminación que, afortunadamente, pude trabajar mucho este último año en mi servicio social. Por supuesto que, por otro lado, también debemos comprender que algunos adultos mayores no tendrán las mismas capacidades físicas o cognitivas que nosotros, esto debido a diferentes factores que pueden influir en su envejecimiento, y, por lo tanto, es nuestro deber no solo como médicos, sino como personas, ser comprensivos con poblaciones que lo requieran.

Otro punto importante que tratar es que los médicos solemos ser personas egocéntricas y petulantes, sobre todo por las jerarquías tan marcadas que hay en el hospital, aquí aprendí que la mayoría de los residentes y médicos adscritos pueden ser personas accesibles y amables, dispuestas a enseñarte y ayudarte si eres educado con ellos y que incluso en uno de los mejores hospitales de México, el personal médico no es grosero con los de menor jerarquía ni con los pacientes.

Para concluir, el servicio social es una forma de comprender cuales son las necesidades de la comunidad donde realizaste tu servicio, a pesar de haber estado en un hospital de tercer nivel, también existen ciertas precariedades, sobre todo en las capacidades adquisitivas de las personas que van. Algunas son personas con nivel socioeconómico y educativo altos, que tienen la capacidad de pagar tratamientos caros, que son capaces de comprender el riesgo y beneficio de ciertos tratamientos, también hay pacientes de bajo nivel socioeconómico, que tienen bajo nivel académico o incluso analfabetismo, que no tienen un buen cuidado personal ni una red estable familiar, lo que impide que los tratamientos enviados se lleven a cabo de manera correcta. Lo que nos queda como médicos es darles el mejor trato posible a los pacientes, tratar de adaptarnos en la medida de lo posible a sus necesidades y capacidades, no solo físicas o económicas, sino también a sus

necesidades personales, qué es lo que quieren y no hacer, ya que como médicos nuestro deber es guiar al paciente y nunca obligarlo o tomar decisiones por ellos.

En relación con su formación como profesional

Haber tenido la oportunidad de concluir mi servicio social en uno de los mejores hospitales del país me dio la oportunidad de conocer médicos especialistas con mucho talento y dedicación a su profesión, con una formación académica de primer nivel que me ayudará a mejorar mi juicio clínico y mis capacidades al momento de revisar pacientes o realizar una especialidad.

Lo más importante que puedo tomar profesionalmente son 3 aprendizajes del servicio social.

El primero es adquirir la capacidad de integrar al paciente geriátrico como un todo y no simplemente como un cúmulo de enfermedades que requieren atención y tratamiento. Una de las cosas más importantes que me quedo del servicio social es la capacidad de los geriatras de comprender y tomar en cuenta las voluntades del paciente, ya sea en el uso de medicamentos o en las intervenciones quirúrgicas que estos pueden requerir, a veces para los pacientes es más importante cuidar su estilo de vida, por corto o largo que éste pueda ser, que someterse a procedimientos que puedan deteriorar su salud, aunque esto prolongue su tiempo de vida.

En segundo lugar, aprendí la importancia de la polifarmacia, lo cual creo que es algo que muchos médicos no tomamos en cuenta al momento de instaurar tratamientos, no solo en pacientes geriátricos, sino en todas las poblaciones en general. Los medicamentos siempre conllevan el riesgo de presentar reacciones adversas, la complejidad del paciente geriátrico y su tendencia hacia el desarrollo de comorbilidades hace que el riesgo de polifarmacia aumente, lo cual hace imperativo tomar en cuenta las interacciones que los distintos fármacos puedan tener y de esta forma, mandar un régimen adecuado o en su defecto, quitar fármacos que no sean de utilidad y que solo estén empeorando la salud del paciente.

En tercer lugar, es importante que como médicos reconozcamos las deficiencias o cualidades de los lugares donde ejercemos nuestra carrera, tomando en cuenta que en cada institución se cuentan con instrumentos diagnósticos y terapéuticos distintos, debido a los cuales debemos aprender en qué momento es pertinente solicitar ayuda de otro profesional de la salud, ya sea para interconsultar con otro médico, o para enviar a pacientes con otros servicios importantes como nutrición, psicología, rehabilitación y demás servicios importantes para mejorar la salud y el estilo de vida de nuestros pacientes en la medida que nosotros podamos.

Considero que el desarrollo profesional como médico se ve influenciado por muchos factores, como el lugar de trabajo, los compañeros de trabajo y sobre todo la actitud y disposición para aprender que los médicos tengamos, afortunadamente en mi servicio todos los médicos residentes y adscritos siempre estaban en la mejor disposición de enseñarnos, por lo que considero haber desarrollado de manera satisfactoria mis habilidades como médico general.

Otro aspecto importante que considero haber aprendido es la importancia de la investigación en el campo médico y también las bases de cómo iniciar una investigación de calidad. Creo que la importancia de la investigación radica en la capacidad del médico para adaptarse a las nuevas formas de abordar enfermedades, siempre buscando los mejores tratamientos para los pacientes y basados en evidencia científica y no solo en la experiencia que adquirimos, la cual no es despreciable, pero si debemos fundamentar nuestros tratamientos en la literatura más actual.

En relación con su aportación a la comunidad

Como médicos pasantes del servicio social, tenemos una responsabilidad con la sociedad para demostrar que nuestras capacidades como médicos han sido cumplidas a lo largo de nuestros 5 años de carrera e internado médico, por lo general este servicio social se divide en dos formas, el servicio social comunitario y el servicio social en investigación, ambos son importantes, ya que ambos aportan a la comunidad, ya sea de manera directa o indirecta.

El servicio social comunitario es brindar atención médica directa a localidades que no tienen acceso a un centro hospitalario de alto nivel, que nosotros como médicos generales debemos saber manejar y también identificar cuando un caso debe ser referido a una especialidad competente; el servicio social en investigación, por otro lado, forma médicos que de alguna u otra forma, contribuyen al desarrollo del conocimiento para mejorar la calidad de la atención médica tratando de actualizar de manera fundamentada los conocimientos ya establecidos.

En mi caso, participé en varios proyectos de investigación referentes a la población que tratamos en el INCMNSZ; el primero trataba sobre necesidades no satisfechas en pacientes supervivientes de cáncer, protocolo a cargo del doctor Juan Pablo Negrete Najjar, en el cual interrogamos a pacientes con previo diagnóstico de cáncer, que cursaron con tratamiento activo y que actualmente no contaran con evidencia de la enfermedad, esto con el fin de identificar cuáles son los problemas subjetivos que ellos consideraban tener posterior al diagnóstico de cáncer y su tratamiento, esto con el fin de identificar los problemas de la mayoría de este grupo de pacientes y atenderlo o darles prioridad en la consulta médica.

El segundo protocolo de investigación fue sobre automedicación en adultos mayores, en el cual buscamos encontrar una relación entre el nivel de alfabetización en medicina y la automedicación, esto con el fin de identificar factores que puedan relacionarse con la ingesta de fármacos no indicados por el médico y de esta forma, identificar factores de riesgo, identificar los fármacos más utilizados y mejorar la atención médica informando del peligro que la automedicación puede ocasionar sobre todo en este grupo de pacientes.

Para concluir me gustaría agregar que el servicio social finalmente es la culminación de toda nuestra formación como profesionales de la salud, lo que nos da la oportunidad de utilizar todos los conocimientos que adquirimos, a su vez, también es importante aprender de los médicos que nos guían ya que independiente de lo que aprendimos en la carrera o internado, el trato con el paciente debe ser individualizado y con un trato digno, tuvimos la oportunidad de aportar un poco a la comunidad de pacientes que atiende el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, esto mediante el desarrollo de protocolos de investigación que se llevan a cabo en esta población, y que su objetivo final es poder brindar una mejor atención a los pacientes del servicio de geriatría que se atiende diariamente.

En relación con su institución educativa

Al empezar el camino como profesional de la salud, una de las decisiones más importantes es la universidad que eliges, esto puede ser con base en el plan educativo, en la cercanía a tu ciudad o en diferentes o incluso en la reputación respecto a la carrera que piensas elegir.

Al elegir la Universidad Autónoma Metropolitana, lo hice consciente de las cualidades y defectos que esta podía tener, sobre todo en relación con su plan de estudios, que está basado en un sistema modular, lo que es diferente al plan de estudios tradicional que imparten en las demás universidades y puede ser un reto para los estudiantes que ingresan a la UAM.

Por fortuna, al concluir mis estudios universitarios, me doy cuenta de que las cualidades del sistema modular nos otorgan a los estudiantes la capacidad de desarrollar nuestra habilidad de autoaprendizaje, que me sirvió para desarrollar de manera satisfactoria mis habilidades como médico general a lo largo de estos 6 años de formación. Evidentemente, también es importante mencionar las cosas no tan positivas de mi institución, como la falta de organización en algunos módulos o la precariedad que algunos estudiantes podemos tener en el primer año de la carrera, sin embargo, todo esto lo compensa con áreas clínicas para nuestro aprendizaje de calidad, en las cuales comenzamos a rotar desde el segundo año de formación, también, la pasión de la mayoría de los profesores por enseñarnos, esto sin mencionar el amplio currículo y experiencia de sus docentes en sus diferentes áreas.

La peculiaridad de estudiar medicina es que no solo nos formamos en el aula de una escuela, sino en distintos hospitales y sus áreas clínicas, de las cuales, la universidad nos da la oportunidad de estudiar en hospitales de gran afluencia de pacientes y distintos modos de organización, lo que finalmente nos otorga un conocimiento amplio de las distintas patologías y sobre todo tipos de pacientes que podemos encontrar en la Ciudad de México y poder comparar con otros estados del país.

Para finalizar, me parece que el objetivo de la universidad siempre ha sido formar profesionales de la salud con una formación de calidad, siempre intentando mejorar las áreas en las que tienen precariedades e incentivando a los estudiantes a descubrir sus propios métodos de estudio para poder así, formar médicos de calidad.

Estoy más que agradecido con mi institución educativa, ya que ella me dio todas las herramientas para ser un médico competente, lo cual siempre irá de la mano con mi disposición al aprendizaje no solo de mis futuros pasos en mi formación como profesionista, sino también con el compromiso que debo desarrollar con mis pacientes para que al final, se cumpla el objetivo de todo profesional de la salud, que es brindar una atención médica de calidad

Aparte de estar agradecido con mi universidad, también estoy agradecido con los profesores que me dieron clases, sobre todo en mis primeros años de la universidad, ya que ellos me incentivaron a esforzarme más para lograr mis objetivos profesionales, a su vez, los médicos que nos impartían clases en cada hospital me motivaron a desarrollar mis habilidades clínicas, siempre bajo su supervisión y retroalimentación, interactuando con pacientes y haciendo procedimientos de acuerdo con mi capacidad como estudiante, lo que finalmente me ha llevado a terminar mis estudios universitarios satisfactoriamente.

ANEXOS

INSTRUCCIONES

Nos gustaría saber qué necesidades no satisfechas ha tenido DURANTE EL ÚLTIMO MES como consecuencia de padecer cáncer, actualmente o en el pasado. Una **necesidad no satisfecha** es una necesidad que no ha podido ser resuelta o satisfecha.

En cada pregunta, dibuje un círculo alrededor del número que mejor describa el nivel de la necesidad no satisfecha DURANTE EL ÚLTIMO MES. Por favor responda todas las preguntas, incluso si cree que no hay forma de resolver el problema o si no tiene necesidades no satisfechas.

0	No es una necesidad no satisfecha – Esto no fue un problema para mí como consecuencia de tener cáncer actualmente o en el pasado.
1	Necesidad no satisfecha poco importante – Necesitaba un poco de ayuda con este problema, pero no la recibí.
2	Necesidad no satisfecha de moderada importancia – Necesitaba una ayuda moderada con este problema, pero no la recibí.
3	Necesidad no satisfecha muy importante – Necesitaba mucha con este problema, pero no la recibí.
4	Necesidad no satisfecha de extrema importancia – Necesitaba una enorme ayuda con este problema, pero no la recibí.

EJEMPLO

<i>Para cada enunciado, dibuje un círculo alrededor de la opción que mejor describa el nivel de su necesidad no satisfecha.</i>					
	No es una necesidad no satisfecha	Necesidad no satisfecha poco importante	Necesidad no satisfecha de moderada importancia	Necesidad no satisfecha muy importante	Necesidad no satisfecha de extrema importancia
Encontrar información sobre tratamientos complementarios o alternativos	0	1	2	3	4
Si usted marcó el número 2, significa que, EN EL ÚLTIMO MES, ha tenido una necesidad moderada de conocer los tratamientos complementarios o alternativos, pero no pudo recibir ninguna información o ayuda para resolver sus inquietudes.					
<i>Dibuje un círculo alrededor de la opción que mejor describa el nivel de su necesidad no satisfecha.</i>					
Saber cuánto tiempo necesitaría ausentarme del trabajo	0	1	2	3	4
Si usted marcó el número 0, significa que EN EL ÚLTIMO MES, no fue ningún problema saber cuánto tiempo tendría que ausentarse del trabajo.					

Entendemos que sus necesidades no satisfechas cambian con el tiempo, En esta encuesta queremos conocer únicamente las necesidades no satisfechas que ha tenido DURANTE EL ÚLTIMO MES.

Avance a la siguiente página para comenzar la encuesta

A. Necesidades de información no satisfechas: Esta parte de la encuesta trata sobre las necesidades no satisfechas relacionadas con la búsqueda de información EN EL ÚLTIMO MES.

<i>Para cada enunciado, dibuje un círculo alrededor de la opción que mejor describa el nivel de su necesidad no satisfecha.</i>		<i>No es una necesidad no satisfecha</i>	<i>Necesidad no satisfecha poco importante</i>	<i>Necesidad no satisfecha de moderada importancia</i>	<i>Necesidad no satisfecha muy importante</i>	<i>Necesidad no satisfecha de extrema importancia</i>
1.	Encontrar información acerca de tratamientos complementarios o alternativos	0	1	2	3	4
2.	Enfrentar temores sobre la diseminación del cáncer	0	1	2	3	4
3.	Enfrentar la preocupación sobre si el tratamiento ha funcionado	0	1	2	3	4

B. Necesidades laborales y financieras no satisfechas: Esta parte de la encuesta trata sobre las necesidades no satisfechas que pudo tener relacionadas con el trabajo y las finanzas EN EL ÚLTIMO MES.

<i>Para cada enunciado, dibuje un círculo alrededor de la opción que mejor describa el nivel de su necesidad no satisfecha.</i>		<i>No es una necesidad no satisfecha</i>	<i>Necesidad no satisfecha poco importante</i>	<i>Necesidad no satisfecha de moderada importancia</i>	<i>Necesidad no satisfecha muy importante</i>	<i>Necesidad no satisfecha de extrema importancia</i>
4.	Preocuparme por ganar dinero	0	1	2	3	4
5.	Tener que cobrar una pensión o un subsidio por incapacidad	0	1	2	3	4
6.	Cubrir los gastos del hogar o de otro tipo	0	1	2	3	4
7.	Encontrar qué tipo de asistencia financiera está disponible y cómo obtenerla	0	1	2	3	4
8.	Encontrar un estacionamiento que pueda pagar en el hospital o clínica	0	1	2	3	4
9.	Entender lo que cubre mi seguro médico o mis prestaciones	0	1	2	3	4
10.	Saber cuánto tiempo tendré que ausentarme del trabajo	0	1	2	3	4
11.	Realizar labores domésticas (cocinar, limpiar, reparaciones del hogar, etc.)	0	1	2	3	4

C. Necesidades de acceso y continuidad de la atención no satisfechas: Esta parte de la encuesta trata sobre las necesidades no satisfechas relacionadas con la atención médica EN EL ÚLTIMO MES.

<i>Para cada enunciado, dibuje un círculo alrededor de la opción que mejor describa el nivel de su necesidad no satisfecha.</i>		<i>No es una necesidad no satisfecha</i>	<i>Necesidad no satisfecha poco importante</i>	<i>Necesidad no satisfecha de moderada importancia</i>	<i>Necesidad no satisfecha muy importante</i>	<i>Necesidad no satisfecha de extrema importancia</i>
12.	Tener acceso a servicios oncológicos cerca de mi casa	0	1	2	3	4
13.	Obtener citas con especialistas lo suficientemente rápido (oncólogo, cirujano, etc.)	0	1	2	3	4
14.	Obtener resultados de estudios con suficiente rapidez	0	1	2	3	4
15.	Tener acceso a atención por otros especialistas en salud (nutriólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales)	0	1	2	3	4
16.	Asegurarme de tener tiempo suficiente para hacerle preguntas a mi doctor(a) o enfermera(o)	0	1	2	3	4
17.	Lograr que el personal de salud atienda mis necesidades físicas sin demora	0	1	2	3	4

D. Necesidades emocionales, de afrontamiento y apertura no satisfechas: Esta parte de la encuesta trata sobre las necesidades no satisfechas que tienen que ver con su relación con otras personas y su salud emocional EN EL ÚLTIMO MES.

<i>Para cada enunciado, dibuje un círculo alrededor de la opción que mejor describa el nivel de su necesidad no satisfecha.</i>		<i>No es una necesidad no satisfecha</i>	<i>Necesidad no satisfecha poco importante</i>	<i>Necesidad no satisfecha de moderada importancia</i>	<i>Necesidad no satisfecha muy importante</i>	<i>Necesidad no satisfecha de extrema importancia</i>
18.	Contarles a otras personas cómo me sentía emocionalmente	0	1	2	3	4
19.	Encontrar alguien con quién hablar, que entienda y que haya tenido una experiencia similar	0	1	2	3	4
20.	Tratar con personas que esperan que yo "vuelva a la normalidad"	0	1	2	3	4
21.	Tratar con personas que acepten que tener cáncer me ha cambiado como persona	0	1	2	3	4

<i>Para cada enunciado, dibuje un círculo alrededor de la opción que mejor describa el nivel de su necesidad no satisfecha.</i>		<i>No es una necesidad no satisfecha</i>	<i>Necesidad no satisfecha baja</i>	<i>Necesidad no satisfecha moderada</i>	<i>Necesidad no satisfecha fuerte</i>	<i>Necesidad no satisfecha muy fuerte</i>
22.	Lidiar con un menor apoyo de los demás cuando el tratamiento ha terminado	0	1	2	3	4
23.	Lidiar con sentirme deprimido	0	1	2	3	4
24.	Lidiar con sentirme cansado	0	1	2	3	4
25.	Lidiar con sentirme estresado	0	1	2	3	4
26.	Lidiar con sentirme solo	0	1	2	3	4
27.	Lidiar con no poder sentirme "normal"	0	1	2	3	4
28.	Tratar de mantenerme positivo/a	0	1	2	3	4
29.	Lidiar con tener mala memoria o no poderme concentrar	0	1	2	3	4
30.	Lidiar con los cambios en la apariencia de mi cuerpo	0	1	2	3	4

EVALUACIÓN DE SUPERVIVENCIA (versión para pacientes)

Favor de responder las siguientes preguntas:

<u>Temas relacionados con la supervivencia</u>	<u>Encuesta sobre cuidados tras la supervivencia</u>
Toxicidad cardiaca	1. ¿Tiene dificultad para respirar o dolor de pecho después de realizar actividades de rutina (p. ej. subir las escaleras) o hacer ejercicio? <i>Sí/No</i> 2. ¿Tiene dificultad para respirar cuando está acostado/a, se despierta por la noche con la necesidad de tomar aire o tiene las piernas hinchadas persistentemente? <i>Sí/No</i> 3. ¿Recibió tratamiento con antraciclinas (p. ej. doxorrubicina, epirrubicina, daunorrubicina, AC (doxorrubicina + ciclofosfamida)? <i>Sí/No/No sé</i>
Ansiedad, depresión y angustia	4. ¿Se ha sentido incómodo/a o alterado/a más de la mitad de los días por falta de interés o placer al hacer las cosas? <i>Sí/No</i> 5. ¿Se ha sentido incómodo/a o alterado/a más de la mitad de los días por sentirse triste, deprimido/a o desesperanzado/a? <i>Sí/No</i> 6. ¿Se ha sentido incómodo/a o alterado/a más de la mitad de los días por no dejar de preocuparse, o se ha sentido nervioso/a o agobiado/a? <i>Sí/No</i>
Función cognitiva	7. ¿Tiene dificultad para realizar múltiples tareas al mismo tiempo o para poner atención? <i>Sí/No</i> 8. ¿Tiene dificultad para recordar las cosas? <i>Sí/No</i> 9. ¿Le parece que sus pensamientos son lentos? <i>Sí/No</i>
Fatiga	10. ¿Siente fatiga persistente a pesar de haber tenido una buena noche de sueño? <i>Sí/No</i> 11. ¿Siente que la fatiga interfiere con sus actividades habituales? <i>Sí/No</i> 12. ¿Cómo calificaría su fatiga en una escala del 0 (ninguna) al 10 (extrema) durante la última semana? 0-10
Linfedema	13. ¿Su tratamiento oncológico incluyó radiación o cirugía de los ganglios linfáticos de la axila, ingle, abdomen o cuello (incluidas biopsias del ganglio linfático centinela)? <i>Sí/No/No sé</i> 14. Desde su tratamiento oncológico, ¿ha tenido alguna hinchazón, fatiga, pesadez o plenitud del mismo lado del tratamiento que no haya desaparecido? <i>Sí/No</i>
Síntomas hormonales	15. ¿Ha sentido molestias por bochornos o sudoración nocturna? <i>Sí/No</i> 16. ¿Ha sentido molestias por otros síntomas de tipo hormonal (p. ej. resequedad vaginal o incontinencia)? <i>Sí/No</i>
Dolor	17. ¿Siente dolor? <i>Sí/No</i> 18. ¿Cómo calificaría su dolor en una escala del 0 (ninguno) al 10 (extremo) durante el último mes? 0-10
Función sexual	19. ¿Tiene alguna preocupación en relación con su desempeño sexual, actividad sexual, relaciones sexuales o vida sexual? <i>Sí/No</i> 20. ¿Le ocasionan angustia estas preocupaciones? <i>Sí/No</i>
Trastornos del sueño	21. ¿Ha tenido problemas con conciliar el sueño, permanecer dormido/a, o despertarse muy temprano? <i>Sí/No</i> 22. ¿Ha experimentado somnolencia excesiva (esto es, somnolencia o quedarse dormido/a en situaciones inapropiadas, o dormir más que antes en un periodo de 24 horas?) <i>Sí/No</i> 23. ¿Le han dicho que ronca con frecuencia o que deja de respirar mientras duerme? <i>Sí/No</i>
Estilo de vida saludable	24. ¿Suele realizar actividad física o ejercicio con regularidad, como caminar rápidamente, trotar, entrenamiento con pesas/resistencia, andar en bicicleta, nadar, etc.? <i>Sí/No</i> ▶ 24a. Si respondió "sí", ¿con qué frecuencia? 25. ¿Come al menos 2½ tazas de frutas y/o verduras diariamente (sin incluir papas)? <i>Sí/No</i> 26. ¿Tiene alguna preocupación acerca de su peso? <i>Sí/No</i> 27. ¿Toma vitaminas o suplementos alimenticios? <i>Sí/No</i>
Vacunas e infecciones	28. ¿Se ha vacunado contra la influenza en esta temporada de influenza? <i>Sí/No</i> 29. ¿Está al día con su esquema de vacunación? <i>Sí/No/No sé</i>

Nota: Todas las recomendaciones son de categoría, a menos que se indique lo contrario.
Ensayos clínicos: La NCCN considera que el mejor manejo de cualquier paciente con cáncer se brinda en un ensayo clínico. Se recomienda especialmente la participación en ensayos clínicos.