

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

Calidad de vida en pacientes con Cáncer Diferenciado de Tiroides de  
Bajo y Muy bajo riesgo que fueron sometidos a Tiroidectomía en  
Quito-Ecuador 2020

**STEFANY ALEXANDRA BAQUERO CONTRERAS**

Dana Hill

PhD Ciencias Sociales

Director de Trabajo de Titulación

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito  
para la obtención del título de Magister en Salud Pública

Quito, 5 de Julio del 2020

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Calidad de vida en pacientes con Cáncer Diferenciado de Tiroides de Bajo y  
Muy bajo riesgo que fueron sometidos a Tiroidectomía en Quito-Ecuador  
2020

**STEFANY ALEXANDRA BAQUERO CONTRERAS**

Jaime Ocampo, Ph.D

Director del Programa

Maestría de Salud Pública (Encargado)

Jaime Ocampo, Ph.D

Decano de la Escuela de Salud Pública.

Hugo Burgos, Ph.D.

Decano del Colegio de Posgrados

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, 5 de Julio del 2020

## © Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Nombre del estudiante:	<u>Stefany Baquero Contreras</u>
Código de estudiante:	<u>113781</u>
C. I.:	<u>171621491</u>

Quito, 5 de Julio del 2020

### ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN

**Nota:** El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETHeses>.

### UNPUBLISHED DOCUMENT

**Note:** The following graduation project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publication Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETHeses>.

## DEDICATORIA

A MI HIJO VICTOR.

GRACIAS POR DARME TU TIEMPO.

## AGRADECIMIENTOS

A Danna por estar pendiente, y a todos los pacientes que dedicaron su tiempo para este estudio.

## RESUMEN

El cáncer papilar de tiroides de bajo riesgo (menor de un centímetro y confiando a la tiroides) es una patología común, sobre diagnosticada y por tanto sobretratada en mujeres jóvenes principalmente. Es considerada un problema de salud pública principalmente por dos premisas: 1) la afectación psico-emocional en las personas que lo padecen y son sometidos a tiroidectomía y otros tratamientos complementarios (por ejemplo, yodo radioactivo); 2) y porque se realizan en ocasiones intervenciones innecesarias que representan un costo fútil para el presupuesto de salud, sobre todo para economías emergentes como la ecuatoriana.

**Objetivo:** Demostrar la afectación de la calidad de vida posterior a la tiroidectomía total en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides de bajo y muy bajo riesgo, sometidos a cirugía con o sin tratamiento adyuvante de yodo radioactivo. Además, identificar si variables como el género, la edad y secuelas de la cirugía como el hipoparatiroidismo y la cicatriz influyen en la calidad de vida.

**Material y método:** Se realizó un estudio mixto (cualitativo – cuantitativo), donde se recolectó información vía electrónica (vía whatsapp app) y video llamada de pacientes quienes han sido afectados por cáncer de tiroides de bajo y muy bajo riesgo, en seguimiento en el Hospital General San Francisco de Quito. Los contactos telefónicos y el diagnóstico de dichos pacientes se tomaron del sistema informático de historias clínicas AS400. Posterior a la aprobación del estudio por parte del departamento de docencia y el comité de ética de la USFQ, contactamos a los pacientes y se preguntó datos demográficos (edad, género); datos clínicos (uso de levotiroxina, calcio) ; datos psicosociales (redes de apoyo) y además se les hizo llenar una encuesta autoaplicable de la calidad de vida de la universidad de Washington (UW-QoL v.4) . Posterior se realizó una entrevista con preguntas semiestructuradas y se pidió a los participantes que realicen un gráfico de su cuello.

**Resultados:** En la UW-QoL v.4 mostro que los aspectos físicos de calidad de vida, (masticación, deglución, hombro, habla, gusto y saliva) puntuados en 90 puntos en promedio , no presentaban tanto impacto como los aspectos emocionales (dolor, ánimo, actividad, apariencia, recreación y ansiedad) con un promedio de 83 puntos. En la entrevista y en el dibujo se corrobora que el aspecto emocional donde se incluye la apariencia con la cicatriz y la disminución de la actividad determinan una peor calidad de vida. Ni el género, ni la edad, ni tampoco la aparición de hipoparatiroidismo determinan una peor calidad de vida. Las redes de apoyo y su influencia en la calidad de vida no pudieron ser evaluadas en este estudio.

**Discusión:** La calidad de vida para la OMS tiene elementos que influyen la salud física y emocional de un sujeto, su estado de independencia y su relación social y con el entorno. En este estudio hemos demostrado que la calidad de vida se ve afectada con el cáncer de tiroides de bajo y muy bajo riesgo a nivel emocional, más que en parámetros físicos. Lo que nos lleva a plantear la posibilidad que el cáncer diferenciado de tiroides debido a su bajo riesgo de mortalidad y recidiva en los pacientes podría mantenerse en seguimiento y beneficiarse de la cirugía, solo en el caso de que el seguimiento activo determine, un aumento de riesgo y pase a ser intermedio (ATA). Se requieren estudios

con una población más grande de pacientes para determinar si las redes de apoyo constituyen un parámetro importante que afecta la calidad de vida.

Palabras clave: Cáncer de Tiroides, Calidad de vida, Estudio Cualitativa

## ABSTRACT

Low-risk papillary thyroid cancer (less than one centimeter and entrusting the thyroid) is a common pathology, over-diagnosed and therefore mainly over-treated in young women. Considered a public health problem mainly by two premises: 1) psycho-emotional involvement in people who suffer from it and undergo thyroidectomy and other complementary treatments (for example: radioactive iodine); 2) and because unnecessary interventions are sometimes carried out that represent a futile cost to the health budget, especially for emerging economies such as the Ecuadorian.

**Objective:** To demonstrate the affectation of the quality of life after total thyroidectomy in patients with differentiated thyroid cancer of low and very low risk, who underwent surgery with or without adjuvant radioactive iodine treatment. In addition, to identify if variables such as gender, age and sequelae of surgery such as hypoparathyroidism and scar influence quality of life.

**Materials and methods:** A mixed study (qualitative - quantitative) was carried out, where information was collected electronically (via the whats app) and video call from patients who have been affected by low and very low risk thyroid cancer, in follow-up in the General Hospital San Francisco de Quito. The telephone contacts and diagnosis of these patients were taken from the AS400 clinical records computer system. After approval of the study by the teaching department and the ethics committee of the USFQ, we contacted the patients and asked for demographic data (age, gender); clinical data (use of levothyroxine, calcium); Pisosocial data ( support network ) and they were also asked to fill out a self-applicable survey of the cadlid of life of the University of Washington (UW-QoL v.4). Subsequently, an interview with semi-structured questions was carried out and the participants were asked to make a graph of their neck.

**Results:** In the UW-QoL v.4, it was shown that the physical aspects of quality of life, (chewing, swallowing, shoulder, speech, taste and saliva) scored in 90 points on average, did not present as much impact as the emotional aspects (pain , mood, activity, appearance, recreation and anxiety) with an average of 83 points. In the interview and in the drawing it is corroborated that the emotional aspect where the appearance with the scar and the decrease in activity are included determine a worse quality of life. Neither gender nor age, nor the appearance of hypoparathyroidism determine a worse quality of life. Support networks and their influence on quality of life could not be evaluated in this study.

**Discussion:** The quality of life for the WHO has elements that influence the physical and emotional health of a subject, their state of independence and their social and environmental relationship. In this study we have shown that quality of life is affected with low and very low risk thyroid cancer on an emotional level, but not physically. This leads us to raise the possibility that differentiated thyroid cancer due to its low risk of mortality and recurrence in patients could be kept on follow-up and benefit from surgery only in the case that in active follow-up, it increased and became intermediate risk (ATA).

Studies with a larger patient population are required to determine if support networks are an important parameter that affects quality of life

**Key words:** Thyroid Cancer, Quality of life, Qualitative Stud

## TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	7-8
Abstract .....	9-10
Introducción.....	13-17
Revisión de la literatura.....	18-25
Metodología y diseño de la investigación .....	26-45
Análisis de datos.....	46-66
Conclusiones.....	67-69
Referencias .....	69-86
Índice de Anexos .....	96-100

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla1.- Operacionalización de variables.....	39
Tabla 2.- Características demográficas de la muestra edad y tiempo de la cirugía para el tratamiento del cáncer en meses.....	46
Tabla 3.- Datos de Estado civil de la población.....	47
Tabla 4.- Promedio de cantidad en microgramos de levotiroxina .....	47
Tabla 5.- Puntuación del cuestionario de calidad de vida de la Universidad de Washington.....	48
Tabla 6.- Descripción de los parámetros considerados como físicos del UW-QoL. ....	51
Tabla 7.- Descripción de los parámetros considerados como emocionales del UWQoL.	54
Tabla 8.- Medidas de tendencia central respuestas de calidad de vida antes del diagnóstico ; durante los últimos 7 días ( QoL salud) y Qol global .....	62

## ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1.- Codificación de las entrevistas a los participantes del estudio “Calidad de vida en pacientes con Cáncer Diferenciado de Tiroides de Bajo y Muy bajo riesgo que fueron sometidos a Tiroidectomía en Quito-Ecuador 2020” .....	55
Gráfico 2.- Cicatriz resaltada con rojo y doble línea para realzar la herida.....	56
Gráfico3.- Representación de doble cicatriz en el cuello posterior a tiroidectomía.....	57
Gráfico 4 .- Paciente indicando que su apariencia se ha modificado posterior a la cirugía pues su cabello cambió de liso a ondulado posterior al tratamiento.....	58
Gráfico 5.- Paciente indica que dejó de usar adornos en el cuello. Posterior realiza cicatriz representando su herida.....	59
Gráfico 6.- Gráfico que muestra la ganancia de peso en una mujer de mediana edad luego de tiroidectomía total para tratamiento de cáncer de tiroides de bajo riesgo.....	59
Gráfico 7.- Gráficos posterior a la tiroidectomía a la izquierda afectación importante de la calidad de vida, a la derecha afectación emocional no muy importante.....	60
Gráfico 9.- Mujer posterior a tiroidectomía total, grafica su experiencia con una sonrisa; sin embargo, en el relato hablado indica que “Debe ser fuerte” .....	61

## INTRODUCCIÓN

Cristina, una mujer de 32 años fue diagnosticada de cáncer papilar de tiroides hace 6 meses. Aunque fue dicho por su médico que fue detectado a tiempo; tuvo que realizarse una cirugía de cuello y recibir yodo radioactivo por 1 ocasión. Posterior al tratamiento toma diariamente una tableta de levotiroxina, además de calcio 3 veces al día y calcitriol 1 vez al día. A pesar de que el doctor que sigue su caso indica que ella se encuentra al momento en buen control del cáncer de tiroides; muchas veces presenta ansiedad y desesperación antes de ir a su cita con el médico, por lo que pospone sus citas y en ocasiones tarda más tiempo de lo normal en realizarse los exámenes de laboratorio para confirmar su estado de bienestar. Presenta miedos antes de tomar el calcio pues siente dolores estomacales que incluso le han llevado a tomar otra medicación para subsanar el dolor.

Para el médico que sigue su caso, el especialista en tiroides (endocrinólogo), sabe que Cristina tiene muy poca probabilidad de volver a tener cáncer por su excelente pronóstico; sin embargo, ¿por qué ella se encuentra tan afectada por la enfermedad?

Como endocrinóloga, yo he observado que muchos pacientes no se sienten cómodos al acudir a la visita; acuden ansiosos o tristes. Y en el momento que se les indica que a la enfermedad está controlada; generalmente brotan lágrimas de sus ojos. Esto me ha llevado a pensar que detrás de todo el proceso de sobrellevar un cáncer conocido por tener una evolución muy favorable, hay factores desconocidos no claros para mí. Por eso, me intereso entender como el cáncer de tiroides de fácil manejo y de buen pronóstico puede afectar tanto la vida de la persona que lo padecen.

La calidad de vida relacionada a salud, que está afectando a “Cristina” y en el grupo de pacientes con cáncer de tiroides de bajo y muy bajo riesgo, es importante para la salud pública.

La calidad de vida relacionada a la salud,(CDC, 2020) abarca aquellos aspectos que pueden demostrarse claramente que afectan la salud, ya sea física o mental. (en la que se incluye estado de ánimo y ansiedad) a nivel individual; y a nivel comunitario en el estado funcional de la población.

Por lo que la CDC (Center of Disease Control and Prevention) ha definido la calidad de vida, como "la salud física y mental percibida de un individuo o grupo a lo largo del tiempo". Formando parte de la vigilancia de la salud pública y se debe tomar en cuenta como indicador para mostrarnos resultados de intervenciones(CDC, 2020).

El cáncer de tiroides es el cáncer endocrinológico más común y su incidencia ha crecido rápidamente alrededor del mundo. Esta enfermedad afecta mayoritariamente a mujeres menores de 50 años. Su índice de curación es alto y el riesgo de recurrencia es bajo. Por lo que las guías de la American Thyroid Association (ATA) determina que en la estadificación de bajo riesgo no se beneficia de tratamiento quirúrgico (Haugen et al., 2016), pues en estudios se ha mostrado que el riesgo de recurrencia es tan solo del 3%.(Schvartz et al., 2012).

Esta guía de Cáncer de Tiroides; indica además que las intervenciones pueden tener poco impacto costo/ beneficio; y se consideran agresivas puede producirse más daño que beneficios.

Sin embargo, alrededor del mundo se sigue realizando tratamientos quirúrgicos para el control de nódulos tiroideos de bajo riesgo, esto se ha considerado como sobrediagnóstico y por tanto sobretratamiento.

El sobrediagnóstico, se refiere al diagnóstico de una afección; que si no se detecta ni se trata, no le habría causado a ninguna persona daño en su vida.(Carter, S. M., Rogers, W., Heath, I., Degeling, C., Doust, J., & Barratt, A. (2015). *The challenge of overdiagnosis begins with its definition. The BMJ, 350, h689* - *Buscar con Google*, s. f.) Es un problema de salud pública; por varios factores: primero, a nivel individual tiene un impacto psico-social de un diagnóstico de cáncer, además de intervenciones como extracción total o parcial de la tiroides, acompañadas de posibles complicaciones como hipoparatiroidismo (déficit del control del metabolismo del calcio), y parálisis de las cuerdas vocales entre otras.

En segundo lugar, elevar los costos de salud por un aumento de intervenciones no necesarias; incluyendo posibles discapacidades para el sujeto intervenido.(Bhattacharjee et al., 2019) Además representa un gasto importante para la salud.(Rogers et al., 2017)

El Ecuador según el estudio de Salazar y col (Salazar-Vega et al., 2019) tiene una de la tasa más alta de cáncer de tiroides en Latinoamérica (3 en 2011 y 22 en 2016, por cada 100.000 habitantes, respectivamente); en comparación con Brasil (1.8 por 100.000 habitantes)(Janovsky et al., 2018); Colombia (2,1 por 100.000 habitantes)((PDF) *Cost and Effectiveness of the use of Sorafenib in Differentiated Thyroid Cancer*, s. f.) y Chile (7.8 por 100.000 habitantes)(*Epidemiología del cáncer de tiroides en Chile: Resultados del estudio INCATIR*, s. f.) Esto es indicador que el país en de la mitad del mundo tiene más casos que sus países vecinos(Vaccarella et al., 2016). Aunque no hay un estudio que determine la

causa del aumento de los casos por el sobrediagnóstico en Ecuador, se puede presumir que el uso de ecógrafos de mejor calidad de imagen, y el uso indiscriminado de ecografías tiroideas ha llevado a un aumento de casos detectados. Por otro lado, aún queda investigar si, algunos factores ambientales que se desconocen tienen implicación en el desarrollo de células malignas en la glándula.

Interesante es recalcar que este nivel de ocurrencia más alto no está acompañado de un incremento proporcional de la mortalidad, sugiriendo que el diagnóstico temprano de cáncer está asociado, con categorías de bajo riesgo o muy bajo riesgo de recurrencia (ATA 2015)(Haugen et al., 2016) . La recurrencia es que luego de un tratamiento adecuado del cáncer diferenciado de tiroides, la enfermedad no vuelve a ocurrir en un período mayor de 10 años.

Para ejemplificar, en Sur Corea, que demostró un rápido incremento en el diagnóstico de cáncer de tiroides, alcanzando niveles epidémicos, debido a el uso de ultrasonografía como parte de un estudio de paciente rutinario (*Korea's Thyroid-Cancer "Epidemic" — Screening and Overdiagnosis | NEJM, s. f.*). En los Estados Unidos por otro lado se sugiere que el aumento de la incidencia de cáncer de tiroides es un fenómeno prominente en regiones con acceso a cuidados de la salud(Brito et al., 2015),. Datos recientes en Brasil de poblaciones del registro de cáncer (RCBP) ha demostrado un aumento significativo en la incidencia de Cáncer de tiroides en Sao Paulo desde 2008 hasta 2012(*Registro de Cancer de Base Populacional de Sao Paulo | Secretaria Municipal da Saúde | Prefeitura da Cidade de São Paulo, s. f.*). Además, esto parece ocurrir en varias ciudades, resultando en regiones donde métodos de diagnóstico ecográfico están ampliamente disponibles. Por tanto, debido al avance de la tecnología y mejores conocimientos del

comportamiento del cáncer de tiroides. Se sabe que el tratamiento quirurgo no es necesario pues, se puede convivir con ellos.

El sobrediagnóstico definido como un diagnóstico de una afección; que si no se detecta ni se trata, no le habría causado a ninguna persona daño en su vida.(Carter et al., 2015)

Desde el sobrediagnóstico representa un problema de altas dimensiones en salud pública, sobre todo para la economía de la salud y servicios de salud; sobre todo en economías emergentes donde los recursos son deficientes.

Aún no hay un criterio unificado para el tratamiento del cáncer de tiroides de bajo y muy bajo riesgo; haciendo que aun sea controversial recomendar el seguimiento activo del cáncer o el tratamiento quirúrgico. Lo que si en este estadio de la enfermedad se ha unificado no dar yodo radioactivo como tratamiento adyuvante. (Ito et al., 2010)

En conclusión, al tratarse de un cáncer que puede ser monitoreado clínicamente, por su poco riesgo de recidiva, fácil observación y seguimiento. Además de que el tratamiento quirúrgico puede aumentar los costos de salud pública y disminución de la calidad de vida por el impacto psico-social y el riesgo de posibles complicaciones. En mi apreciación personal, la cirugía puede ser no necesaria. Sin embargo, organizaciones internacionales aun discrepan cual sería el tratamiento adecuado para estos casos.

Este estudio propone indagar que los riesgos de realizar una cirugía con posibles complicaciones; no son necesario asumir. Porque en la mayoría de los casos resultados no van a mejorar de manera importante la vida de la persona que lo padece (sobre diagnósticos), por lo que puede ser necesario a futuro en otro estudio la comprensión de los costos versus beneficios en este debate.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

Para iniciar la revisión de la literatura, tome palabras claves que me permitirán llegar a determinar cuál era la problemática estudiada. Estas fueron: calidad de vida en cáncer de tiroides, cáncer de tiroides de bajo y muy bajo riesgo, escalas de medición de calidad de vida en cáncer de tiroides de cabeza y cuello, mediciones de calidad de vida. Métodos para identificar la calidad de vida de una población. Iniciaré la exploración del tema indicando lo encontrado de cada tema. La búsqueda de los temas fue en revistas indexadas de endocrinología, de filosofía y de sociología, de libre acceso en línea.

Para colocar los términos a ser revisados en este capítulo de tesis, seleccione datos de varios artículos y los que se repetían con más frecuencia se plasmarán en las siguientes líneas.

### **Nódulos tiroideos**

Los nódulos tiroideos son comunes en la población en general, 1% de los hombres y el 5% de las mujeres lo tienen (*Treatment of Thyroid Tumor: Japanese Clinical Guidelines - Google Libros*, s. f.). Estos nódulos pueden ser de características celulares benignas o malignas. En el caso de ser células malignas se tratará de una lesión en el incipiente de cáncer de tiroides. Para estudiarlos se requiere ecografía y en algunos casos estudios más especializados.

Un nódulo tiroideo es una lesión pequeña circunscrita en parénquima tiroideo normal, que se la puede palpar u observar al examen médico; o pueden aparecer de manera incidental al realizar un ultrasonido tiroideo; generalmente los nódulos tiroideos deben

ser examinados si tienen un tamaño mayor de un centímetro; pues son los relacionados a mayor riesgo

## **Cáncer de Tiroides en el Ecuador**

En el caso de que el estudio de los nódulos resulte ser positivos para células malignas, el 90% serán cáncer diferenciado de tiroides ( folicular y papilar) (Sherman et al., 2013).

Datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), indican que el carcinoma de tiroides, uno de los más silenciosos, afecta a 54.809 personas en el país, de las cuales el 67.1 por ciento (36.804) son mujeres. Ecuador es el tercer cáncer que más afecta a las mujeres después del de mama y cuello uterino.(Censos, s. f.)

En este estudio se desea observar que al ser una patología con alta prevalencia en Ecuador, predominante en el sexo femenino; la mayoría pertenecen al grupo que tiene células papilares y foliculares, las mismas que no son agresivas como los otros tipos de malignidades de la glándula tiroides (cáncer anaplásico y cáncer medular de tiroides).

Los nódulos menor de 1 cm en algunas ocasiones deben ser investigados; sobre todo si están acompañados de adenopatía (ganglio aumentado de tamaño cercano a la región de la tiroides afectada) pues esta acompañados de morbilidad y mortalidad. Por lo que la guía Americana de Cáncer de Tiroides; indica que las intervenciones pueden tener poco impacto costo/ beneficio; por tanto considera que se puede realizar con intervenciones agresivas puede producirse más daño que beneficios. (Haugen et al., 2016)

## Diagnóstico de cáncer de tiroides

La guía mencionada (ATA); indica la punción mandataria con aguja fina en pacientes con nódulos con mayores de 1 cm con características sugestivas de malignidad y mayores de 1.5 cm con patrón ultrasonográfico poco sospechoso. Si el nódulo es mayor de 2 cm; no es necesario punción si este tiene características muy sugestivas de benignidad

La escala TIRADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System)(*An Ultrasonogram Reporting System for Thyroid Nodules Stratifying Cancer Risk for Clinical Management - PubMed, s. f.*); se ha convertido una herramienta vital, para indicar punción o no. Esta escala evalúa características como: color, microcalcificaciones, márgenes irregulares, más alto que ancho, importantes para acercarnos a la posibilidad de malignidad

Esta punción será evaluada a posterior bajo microscopio y reportada con el Sistema Bethesda para Reporte de Citopatología de Tiroides (2007)(*An Ultrasonogram Reporting System for Thyroid Nodules Stratifying Cancer Risk for Clinical Management - PubMed, s. f.*); donde se determinan : Bethesda I : no diagnóstica ( riesgo de malignidad 1-4%); Bethesda II : benigna ( Riesgo de malignidad 0-3% ); Bethesda III : Atipia de significado incierto o lesión folicular de significado indeterminado ( Riesgo del 5-15% de malignidad); Bethesda IV : Neoplasia folicular o Sospechoso de neoplasia folicular ( Riesgo de malignidad : 15-30% ) ; Bethesda V : sospechoso de malignidad ( 60-75% de malignidad) ; Bethesda IV : maligno ( riesgo de malignidad 97-99%).

## Cáncer de tiroides de bajo y muy bajo riesgo

El cáncer de bajo y muy bajo riesgo ha sido estudiado pues tiene la posibilidad de no requerir cirugía para su tratamiento, y mantenerlo en seguimiento

Desde el 2007 y de nuevo en el 2014; Mazzaferri(Mazzaferri, 2007) y Hay I (*Management of Patients With Low-Risk Papillary Thyroid Carcinoma - PubMed, s. f.*); dan paso a la necesidad de mantener seguimiento de el cáncer de tiroides que es menor de 1 cm sin metástasis; pues luego de tiroidectomía total la recurrencia loco-regional era del 2-6% de casos y metástasis distal menor del 1%. Se ha corrido además dos estudios prospectivos en Japón(*Three Distinctly Different Kinds of Papillary Thyroid Microcarcinoma Should Be Recognized: Our Treatment Strategies and Outcomes - PubMed, s. f.*); donde durante un seguimiento ecográfico y mediante punción con aguja fina (PAAF) de lesiones menores a 1 cm por una duración de 15 años no se han modificado; además otros estudios en otras localidades como Estados Unidos(Ito et al., 2014), nódulos el crecimiento máximo en nódulos menores de 1 cm en 10 años fue de 8%, y solo 1.5% mostró metástasis loco-regional. En este año Yoshida (Yoshida et al., 2020) , en un estudio de ansiedad en pacientes con micro carcinomas, determino que la mejor decisión de cirugía debe ser tomada por el paciente, más no por un protocolo clínico; dándonos señales de la individualización del tratamiento.

Finalmente, si se decide tratamiento quirúrgico; puede ser tiroidectomía total o parcial; esto dependerá del cirujano y las características descritas ecográficamente del tumor; entre ellas tamaño e invasión loco regional. Debemos tomar en cuenta que luego de la extracción total de la glándula se requerirá en el 100% de pacientes remplazo hormonal con levotiroxina; en el caso de lobectomía (extracción de solo un lóbulo de la tiroides); el 22% requerirá suplementación de esta hormona.(*Risk of Hypothyroidism Following Hemithyroidectomy: Systematic Review and Meta-Analysis of Prognostic Studies - PubMed, s. f.*) Pero este no es el único riesgo que se expone la persona; además presentará un mayor riesgo relativo (RR) de afección del nervio laríngeo recurrente de

manera momentánea de 1.7 y un RR de 1.9 para un daño permanente de dicho nervio modificando la capacidad de comunicación. Hipocalcemia con un RR momentánea de 10.7 y permanente de 3.2. Hemorragia o hematoma con un RR de 2.6(*Hemithyroidectomy: A Meta-Analysis of Postoperative Need for Hormone Replacement and Complications - Abstract - ORL 2013, Vol. 75, No. 1 - Karger Publishers, s. f.*). En ocasiones y como complicación rara el paciente puede necesitar traqueostomía, para manejar complicaciones. Una de las desventajas más comunes de hacer una hemitiroidectomía, es seguramente que si a posterior aparece una lesión maligna o de dudosa malignidad sería necesario realizar una nueva cirugía.

La clasificación de un cáncer de bajo y muy bajo riesgo; esta dado por características que muestra la tiroides al microscopio en el histopatológico. Esto se determina necesidad de otras intervenciones como yodo radioactivo y grado de supresión de TSH para prevenir la recurrencia de cáncer con la escala TNM ( Tumor, Nódulo, Metástasis), realizada por la AJCC/UICC TNM(Onitilo et al., 2009) ; lastimosamente esta escala no sirve para determinar riesgo de mortalidad.

En el 2009, la Asociación Americana de Tiroideología; publica el sistema de estadificación de riesgo(American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer et al., 2009) ;diferente a la estadificación del Consenso Europeo (ETA)(*European Consensus for the Management of Patients With Differentiated Thyroid Carcinoma of the Follicular Epithelium - PubMed, s. f.*) y la Sociedad Latinoamericana de Tiroides (LATS) (Camargo et al., 2009)que clasifican a los pacientes con muy bajo riesgo (unifocal, intratiroideo T1aN0M0), bajo riesgo (T1b N0M0, T2N0M0 o T1N0M0 multifocal) o riesgo alto(cualquier T3 o T4, cualquier N1 o cualquier M1). El

europeo y LATS las categorías de muy bajo riesgo y de bajo riesgo se clasificarían como ATA de bajo riesgo, mientras que la categoría de alto riesgo de ETA sería subdividida entre riesgo intermedio ATA (extensión extratiroidea menor, enfermedad N1) y riesgo alto ATA (extensión extra tiroidea, M1, resección tumoral incompleta).

El uso de un Yodo Radioactivo es parte importante del tratamiento de cáncer de tiroides, como suplemento o adyuvante para el tratamiento de esta enfermedad. Las guías ATA (Haugen et al., 2016) determina que en la estadificación de bajo riesgo no se beneficia de este tratamiento, pues en estudios se ha mostrado que el riesgo de recurrencia es tan solo del 3%(Schvartz et al., 2012). Sin embargo, guías previas de tratamiento determinaban la necesidad de yodo radioactivo en pacientes de bajo riesgo con dosis de hasta 100 MCUI. En Ecuador no hay algún estudio que determine qué cantidad de yodo radioactivo se ofrecía a los pacientes; pues en relatos recolectados de mi práctica clínica las dosis varían independientemente del año cuando fue aplicado; inclusive en ocasiones se daban varias dosis de Yodo. Aunque la recomendación actual no es ofrecer yodo radioactivo, depende del profesional y su decisión la estandarización y ofrecimiento de esta terapia.

El seguimiento de esta patología se realiza con ecografía semestral por el trascurso de 1 año y marcadores tumorales (tiroglobulina y anti tiroglobulina)(Durante et al., 2012). Y dependiendo de los resultados de estas pruebas se puede considerar si la respuesta terapéutica fue adecuada o no.

## Calidad de vida según la OMS

La calidad de vida, definida por la Organización Mundial de la Salud como;

“La percepción que un individuo de como el existe, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno”(Organization, 1958).

## Calidad de vida y cáncer de tiroides

La importancia de la calidad de vida en la salud pública; muchos estudiosos han evaluado la alteración de la calidad de vida; con un diagnóstico de cáncer; en enero del 2020; Bongers (Bongers et al., 2020), en Canadá, analizaron una base de datos del 2005 hasta el 2016; determinando que la calidad de vida no era afectada si se realizaba una hemitiroidectomía versus una tiroidectomía total. Sin embargo, existía a posteriori incertidumbre de la sensación de cura total en paciente quienes recibieron la extracción parcial de la glándula. En la misma corriente; en un estudio hecho en el mismo país determina que la calidad de vida no se afecta si los pacientes con diagnóstico de cáncer de bajo y muy bajo riesgo se someten a hemi-tiroidectomía en contra de vigilancia activa de la enfermedad.(Nazar et al., 2010)

La corriente científica de mantener el cáncer de tiroides de bajo y muy bajo riesgo; ha sido evaluada, y se conoce segura por los estudios realizados por Ito y colaboradores en el 2010(Ito et al., 2010). Gracias a estos estudios, la Asociación Americana de Tiroides, indico en su posición afirmativa ante la conducta de mantener bajo seguimiento

controlado lesiones en estados iniciales, usando un seguimiento continuo ecográfico. (*The Significance of Nontoxic Thyroid Nodules: Final Report of a 15-Year Study of the Incidence of Thyroid Malignancy: Annals of Internal Medicine: Vol 69, No 3, s. f.*)

## METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Desde un inicio mi objetivo de la investigación es determinar si la calidad de vida es alterada después de un diagnóstico, que tiene a futuro un buen pronóstico.

He planteado el uso del método mixto de la investigación, pues la calidad de vida al tener tantos conceptos y aristas importantes requiere que se estudie con profundidad. Debido a que quiero entender un fenómeno psico- social el uso de una encuesta calificada y traducida al español (UW-Qol v4) y el uso de gráficos y una encuesta me permitirá responder las preguntas de investigación.

### **PARTICIPANTES DEL ESTUDIO**

Se tomo una muestra a conveniencia de 10 pacientes diagnosticados de cáncer de tiroides mayores de 18 años, que aceptasen participar en este estudio de manera voluntaria. La muestra fue tomada a conveniencia del investigador. Este grupo de personas tienen el beneficio del aseguramiento social y su prestación de servicio de salud, que le hace acreedor de diagnóstico, tratamiento y seguimiento por el Hospital General San Francisco de Quito. Los pacientes han acudido con la investigadora principal al seguimiento de su enfermedad. Se tomaron datos de 2 participantes hombres y 8 mujeres, pues esta patología tiene más afectación en el género femenino. La edad se escogió al azar. Los participantes son residentes en la ciudad de Quito, y todos tienen un trabajo formal, con diferentes estratos socioeconómicos, los cuales no se investigaron para este estudio.

## Objetivos e Hipótesis

### General

Demostrar si la calidad de vida se afecta posterior a la tiroidectomía total en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides de bajo y muy bajo riesgo, sometidos a cirugía con o sin tratamiento adyuvante de yodo radioactivo, calificándola de mala y muy mala.

### Específico

1.- Identificar el impacto de las complicaciones quirúrgicas (hipoparatiroidismo) en paciente de Cáncer diferenciado de tiroides de bajo y muy bajo riesgo sobre su calidad de vida; comparándolo con las personas que no tuvieron dicha complicación.

2.- Evaluar si la cicatriz es uno de los factores que afectan la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con cáncer de tiroides de bajo y muy bajo riesgo

3.- Determinar si los factores demográficos, el género y redes apoyo influyen en calidad de vida.

### Hipótesis de la investigación

**H1. CIERTA:** La calidad de vida, posterior a la tiroidectomía total en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides de bajo y muy bajo riesgo, sometidos a cirugía con o sin tratamiento adyuvante de yodo radioactivo, se ve afectada calificándola de mala o muy mala

**Ho.NULA:** La calidad de vida, posterior a la tiroidectomía total en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides de bajo y muy bajo riesgo, sometidos a cirugía con o sin tratamiento adyuvante de yodo radioactivo, no se ve afectada.

**H1. CIERTA:** Existe impacto de las complicaciones quirúrgicas (hipoparatiroidismo) en paciente de cáncer diferenciado de tiroides de bajo y muy bajo riesgo sobre su calidad de vida; comparándolo con las personas que no tuvieron dicha complicación.

**Ho.NULA:** No existe impacto de las complicaciones quirúrgicas (hipoparatiroidismo) en paciente de cáncer diferenciado de tiroides de bajo y muy bajo riesgo sobre su calidad de vida; comparándolo con las personas que no tuvieron dicha complicación.

**H1. CIERTA:** La cicatriz es uno de los factores que afectan la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con cáncer de tiroides de bajo y muy bajo riesgo.

**Ho.NULA:** La cicatriz no es uno de los factores que afectan la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con cáncer de tiroides de bajo y muy bajo riesgo.

**H1. CIERTA:** Los factores demográficos, el género y las redes de apoyo influyen en calidad de vida de manera positiva si estos se encuentran presentes.

**Ho.NULA:** Los factores demográficos, el género y las redes de apoyo influyen en calidad de vida de manera neutral si estos se encuentran presentes.

## Relación entre pregunta de investigación y métodos de investigación

### Evaluación de la calidad de vida

Para evaluar la calidad de vida es necesario usar un cuestionario que sea validado en la lengua española y que tenga características de ser simple; de administración rápida y autoadministrado; que indique detalles de la calidad de vida; y que sea específico para el cáncer de cabeza y cuello.

Existen actualmente cuestionarios para evaluar la calidad de vida en personas que han sido afectadas por cualquier tipo de cáncer; como por ejemplo la escala de Karnofsky, que inicialmente fue hecha para evaluar cáncer pulmonar. (*The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma - Karnofsky - 1948 - Cancer - Wiley Online Library, s. f.*)

Posteriormente se han realizado cuestionarios enfocados en cáncer de cabeza y cello; uno de ellos el cuestionario de la calidad de vida de la Universidad de Michigan en 2004 (Je et al., 2004); donde determina que 13 variables son importantes para determinar la calidad de vida después de una cirugía de cabeza y cuello; la dificultad de este cuestionario es que debe ser hecho por una persona entrenada para hacer las preguntas y entender la realidad del paciente, y además no tiene validación a la lengua española.

Por otro lado, otro cuestionario utilizado para evaluar la calidad de vida en pacientes; después de una cirugía de cabeza y cuello; es el cuestionario de la Universidad de Washington sobre Calidad de Vida (UW-QOL) (*Assessment of Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients - PubMed, s. f.*); con la facilidad de ser auto- aplicado; representando una aceptabilidad en los pacientes del 97%, validez de 0,849 ; más del

0,90 en reproducibilidad en comparación a la escala SIP (Sickness Impact Profile). En el estudio de Hassan, concluye que fue la prueba preferido por los pacientes en un 97% en comparación de Karnofsky and SIP.

La validación del cuestionario de la calidad de vida de la Universidad de Washington en lengua española; ha sido evaluada por Nazar y colaboradores (*Evolución de La Calidad de Vida En Pacientes Intervenidos de Carcinomas de Orofaringe, Laringe o Hipofaringe - PDF Free Download*, s. f.), para este estudio se utilizó población chilena; y en el año 2010, en pacientes con cáncer de células escamosas del tracto aéreo digestivo.

Cuestionario que ha surgido por Hassan y Weymuller (Weymuller et al., 2001) indicaron que existen ' ventajas de la cabeza y el cuello UW-QOL sobre otros cuestionarios ; con características como: es breve y autoadministrado, es multifactorial, proporciona preguntas específicas sobre el cáncer de cabeza y cuello, y no permite comentarios de terceros.

El cuestionario UW-QOL en su versión 4; consta de 12 dominios de preguntas individuales, que tienen entre 3 y 6 opciones de respuesta que se escalan uniformemente de 0 (peor) a 100 (mejor)

Los parámetros que se determinan son dolor, apariencia, actividad, recreación, deglución, masticación, habla, función del hombro, sabor, saliva, humor y ansiedad.

También hay tres preguntas de calidad de vida global, una sobre cómo se sienten los pacientes en relación con antes de desarrollaron su cáncer, uno sobre su calidad de vida relacionada con la salud y otro sobre su calidad de vida general.

En el 2010, Nazar y Col(Nazar et al., 2010); realizo la validación y traducción en español de dicho cuestionario en un grupo de personas que tenían cáncer de células escamosas del sistema aero-digestivo superior. Un estudio que identificó.

Para las primeras 12 preguntas y los cuales cada uno merece una puntuación de 0 a 100. Donde 100 significa sin afectación en el parámetro y 0 una afectación marcada, está propuesta de codificación fue creada por Dreeck Lowe(Lowe & Rogers, s. f.) en 2018, quien crea una guía para interpretar el cuestionario. La codificación de cada respuesta se amplia en el Anexo 4 .

### **Uso de los métodos de investigación cualitativa**

Adyuvante a este interrogatorio; cabe recalcar que la investigación social; identifica el uso de métodos visuales, como la realización de dibujos; para entender la percepción y entendimiento de la enfermedad(*Drawing out emotions: the use of participant-produced drawings in qualitative inquiry - Kerri S. Kearney, Adrienne E. Hyle, 2004, s. f.*); aunque ha sido criticado, sobre todo por su dificultad de interpretación(*Understanding Illness: Using Drawings as a Research Method - Marilys Guillemín, 2004, s. f.*);se ha reconocido como método para canalizar emociones y sentimientos, conducir a una explicación de sus emociones.

Para poder llegar a la verdadera afectación de la calidad de vida; siendo un concepto tan amplio como explicado previamente es necesario llegar al fondo de las emociones de las personas que presenta la dolencia que puede o no cambiar como ellos perciben su bienestar, sensación de salud y su interacción con el día a día.

Por lo que se ha planteado la posibilidad de usar una metodología mixta para poder tener certeza que la calidad de vida investigada no represente variables y mitigar las limitaciones de cada método.

### **Uso de dibujos y de la entrevista semiestructurada**

Se eligió para el análisis cualitativo, la realización de un dibujo pues representa un método cualitativo de investigación social, y además permite transmitir empatía llegar a profundidad de sentimientos y emociones. Canalizadas con preguntas de una encuesta semiestructurada, me permita llegar a profundidad de aspectos que no explora el cuestionario de calidad de vida mencionado anteriormente. Identificar y leer las imágenes, contará de interpretar junto con lo hablado y el impacto de cualquier forma o color dentro del gráfico en la calidad de vida. La expresión de sentimientos y emociones a veces solo se logra entendiendo las palabras y los gestos.

### **Instrumentos para análisis de los datos cualitativos**

El análisis de la entrevista se realizó mediante la desgravación de las frases más importantes de las mismas. A posterior se analizó las palabras que más se repetían y como el participante indicaba que esto le afectaba. Se realizó un diagrama de decodificación para poder entender mejor el problema.

Además, se comparó esta información con resultados de otros estudios.

Para el análisis de datos se tomarán los siguientes pasos:

1.- Descubrimiento: se tomaron los datos , se desgravaron las notas, se interpretaron las ideas y se realizaron diagramas

2.- Codificación: en esta fase se reunieron los datos más importantes, las ideas y palabras mas repetidas , las similitudes tanto de los gráficos y de las expresiones verbales.

3.- Relativización: Donde se tomo en cuenta el contexto en los que fueron cogidos, al hablar de emociones muchos de ellos afectados por el hecho de la crisis sanitaria del 2020.

Los gráficos sufrieron el mismo tipo de análisis que las entrevistas

### **Dibujar como método de investigación de estudios cualitativos**

La realización de mapas corporales ha sido usada ampliamente para investigación cualitativa de temas sexuales y fecundidad. Siendo parte de la investigación que permite transmitirnos experiencias y comportamientos intentando explicarnos por qué y el cómo de los comportamientos humanos. (Ulin et al., 2007) Las representaciones visuales cada vez han cobrado importancia en la investigación médica. En un artículo hecho por Marilys Guillemin (*Understanding Illness: Using Drawings as a Research Method - Marilys Guillemin, 2004, s. f.*) argumenta que los dibujos ofrecen un método de investigación rico y explora como las personas entienden su mundo.

Para la antropología, el uso de métodos visuales en la investigación con los autores como Bateson y Mead de 1942 (Bateson & Mead, 1942), para un análisis etnográfico fotográfico de la aldea balinesa. En sociología, el uso de métodos visuales está en gran parte ausente hasta la década de 1960. Prosser (*Image-based Research: A Sourcebook for Qualitative Researchers | Better Evaluation, s. f.*) y Harper (*Visual Images of Community: Implications for Communication Research: Annals of the International Communication Association: Vol*

28, No 1, s. f.) han esbozado el movimiento en sociología durante la década de 1960 y 1970 hacia el uso de la documentación fotográfica de la vida y desigualdades sociales, por ejemplo, estudios de retratos de la vida del gueto en los Estados Unidos y estudios.

Experiencias de enfermedades, generalmente se usa entrevistas y análisis textuales, donde la toma de datos es más importante y limitándonos en ocasiones a interpretaciones de palabras. Explorar las dimensiones de una enfermedad, requiere ampliar la metodología y entender los dibujos como arte de expresión de sentimientos y emociones.

El interés en usar dibujos para entender enfermedades, para la investigadora social Marilyns Guillemin(*Understanding Illness: Using Drawings as a Research Method - Marilyns Guillemin, 2004, s. f.*) inició por la observación de los cuerpos flexibles de Martin(*Flexible Bodies: Tracking Immunity In American Culture from the Days of Polio to the Age of AIDS - Stockdale - 1997 - American Ethnologist - Wiley Online Library, s. f.*). Este autor solicitó a personas con VIH que dibujaran su sistema inmune y como ellos lo percibían el sistema salud- enfermedad. La manera en el que este autor conjugo la investigación visual basada en la palabra; pudo entender la complejidad de la experiencia humana ante las situaciones de ausencia de salud física.

Harding(«Feminist Research», 2004) argumentó que el método y la metodología, junto con epistemología, están interrelacionadas en la investigación social.

Epistemológica, el conocimiento sobre salud y enfermedad no es preexistente o fijo, ni necesariamente estable. En el concepto de salud y enfermedad interaccionan prácticas, interacciones y experiencias. Los dibujos son productos visuales y, al mismo tiempo,

producen significados; usualmente con poco uso en adultos; en casos de niños se usan más ampliamente.

Debemos saber además que el dibujar; en el cerebro produce que se explore con mayor fluidez la introspección muy importante para el estudio cualitativo y de calidad de vida. Se sabe que es una manera de comunicar conocimiento desde la prehistoria y además nos permite explicar las cosas que nos rodea.

EL dibujar es un proceso tan complejo que ha sido usado para el psicoanálisis(*Understanding Illness: Using Drawings as a Research Method - Marilys Guillemin, 2004, s. f.*). Me llama la atención el concepto de Rose(Lichtman, 2002), que indica que: los dibujos, son formas que se transforman en imágenes visuales, de cómo la gente ve el mundo tanto en sus simplicidades como en sus complejidades.

Los dibujos están estrechamente relacionados con las relaciones de poder, las experiencias sociales y las interacciones tecnológicas por lo tanto los dibujos nos dicen como las personas ven el mundo.

Previamente se han realizados estudios en Australia como por ejemplo una mujer mira el proceso de menopausia.(*Understanding Illness: Using Drawings as a Research Method - Marilys Guillemin, 2004, s. f.*) Guillemin, M, realizó una exploración de la percepción de un cambio fisiológico de la mujer: su metodología fue primero realizar un cuestionario, y posterior puso a disposición un papel con colores. Para algunas participantes, según relata la investigadora fue difícil plasmar sus sentimientos, pero finalmente con tiempo lo lograron. La investigadora además señala que para usar esta técnica requirió un generar rapport importante. Se insistía que mientras dibujaba explique que deseaba decir

con el uso de colores y la formación consecutivas de líneas. Haciendo prácticamente un gráfico narrado.

Otro investigador uso los dibujos para explicar las enfermedades cardiacas en mujeres (Davidson & Mostofsky, 2010), donde se observó que algunas mujeres hicieron dibujos de corazones con hilos de sutura; también encontraban dibujos que no pertenecían a esa parte del cuerpo. Solo mostraban como, por ejemplo, una mujer entrando al hospital.

El análisis de los dibujos incluye un estudio temático de la enfermedad, donde Rose (Lichtman, 2002) sugirió tres modalidades: tecnológica, compositiva y social.

Al tener en nuestra mano los gráficos nos debemos hacer las siguientes preguntas:

- El contexto en el que se produce la imagen.
- ¿Cuándo se hizo?
- ¿Qué eventos precedieron a la realización del gráfico?

¿La relación establecida entre participante e investigador?

- ¿Dónde se hizo la imagen?
- ¿Quién dibujó la imagen? ¿El participante fue capaz de dibujar la imagen por sí mismo o requirió asistencia?
- ¿Cuál fue la respuesta del dibujante a la solicitud de producir la imagen?
- ¿Cuáles son las relaciones entre el dibujante y el tema de la imagen?

Algunas preguntas sobre la imagen son:

- ¿Qué se muestra? ¿Cuáles son los componentes de la imagen? ¿Cómo se arreglan?
- ¿Qué relaciones se establecen entre los componentes de la imagen?
- ¿Qué uso se hace del color? ¿Qué colores se usan? ¿Cuál es el significado para el cajón de los colores utilizados?
- ¿Qué significan los diferentes componentes de la imagen? ¿Qué se representa?
- ¿Qué conocimientos se están desplegando?
- ¿Qué conocimientos están excluidos de esta representación? y
- ¿Es esta una imagen contradictoria? (a otros datos recopilados, por ejemplo, en entrevistas)

Algunas preguntas sobre la relación entre la imagen y la audiencia incluyen

- ¿Quién fue la (s) audiencia (s) original (es) para esta imagen?
- ¿Dónde se coloca el visor en relación con los componentes de la imagen?
- ¿Qué relación produce esto entre la imagen y sus espectadores?
- ¿Es posible más de una interpretación de la imagen? y
- ¿Cómo se vuelve a mostrar?

Aunque se cree que la interpretación de dibujos esta llena de detractores por la subjetividad de los datos obtenidos(B, 1995) el uso de dibujos como método de investigación amplía nuestras interpretaciones como investigadores de la muchas y diversas formas en que la enfermedad se puede entender y experimentar.

Pues no solo se analiza el dibujo, sino también la interpretación que hacen los participantes de su dibujo. Tanto el dibujo y la descripción comprenden datos que nos ayudan a analizar en conjunto con otros métodos de investigación para compararlos y entenderlos.

Chaplin (1994) (Harrison, 2002) notó perceptivamente, la gente en las galerías de arte inicialmente se dirige directamente hacia las etiquetas de las obras de arte. Chaplin sugirió que tenemos más confianza con palabras de lo que somos con lo visual. Sin embargo, el uso de dibujos como herramienta de investigación ha permitido una exploración más profunda de la multiplicidad de enfermedades. No ofrece solo productos visuales potentes que ofrecen información sobre cómo las personas entienden la enfermedad, pero también es simultáneamente un proceso de producción de conocimiento sobre la enfermedad y de sí mismo. El proceso de dibujo requiere reflexión y significado en el parte del participante, cuyo resultado es una imagen que describe la forma en que la enfermedad en cuestión se entiende en ese momento.

## **PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El Hospital San Francisco de Quito fundado en diciembre del 2011; será el lugar de donde se tomarán datos de pacientes (número telefónico) ; filtrado por la base de datos del programa AS400; donde las historias clínicas muestran el diagnóstico CIE10-C73.

De ellos solo se tomarán los casos de Cáncer de bajo y muy bajo riesgo (T1aN0M0)

Para evaluar la calidad de vida se usarán 2 métodos

1.- El Cuestionario de Calidad de Vida de la Universidad de Washington (UW-QOL)

2.- Se realizará una entrevista y se solicitará hacer un dibujo explicativo.

La investigación iniciará con un contacto por un mensaje de texto mediante la plataforma WhatsApp que incluirá la siguiente información:

Hola, soy Stefany Baquero y estoy investigando la calidad de vida en pacientes que fueron diagnosticados por Cáncer de Tiroides. El objetivo del estudio es identificar si después de tu tratamiento para el cáncer de tiroides, tu calidad de vida se vio afectada.

“Si quieres saber más al respecto envía un SI”

Si la respuesta es positiva, se enviara el siguiente mensaje:

“Gracias por querer saber más del estudio”.

“Quisiera saber si acepta, además participar en una encuesta por video llamada, la misma que será grabada con un audio y además tendrá que realizar un gráfico, el mismo que será fotografiado”.

Si la respuesta es SÍ, se continúa la investigación, enviándole al participante las encuestas auto aplicadas y el formulario de consentimiento para que lo analice antes de la videollamada.

Si la respuesta es NO, se agradece por el tiempo a la persona y se termina la comunicación.

Si la respuesta es SÍ:

Se enviará el siguiente mensaje de texto:

“El estudio consiste en dos encuestas autoaplicadas, es decir que las llenas tú en tu casa. Además, te adjuntamos tres páginas que contiene una descripción del estudio y solicitan que expreses tu deseo de participar o no. Este documento se llama “Formulario de consentimiento”(Anexo 1). Debes revisarlo detenidamente y decidir si quieres participar. Este mismo texto aparecerá antes de las encuestas, por lo que debes llenar los casilleros correspondientes antes de poder acceder a las preguntas.

Se enviará un archivo en PDF para facilitar el llenado del mismo tanto del Consentimiento informado y de el cuestionario de Calidad de vida de la universidad e Washington v.4 (Anexo 2)

Texto de CONSENTIMIENTO INFORMADO que se entrega al participante para que lo analice y que también aparece al inicio de las encuestas:

Además, se hará llegar el cuestionario de calidad de vida de la universidad de Washington (Anexo 2) y el formulario de Datos demográficos ( Anexo3 ) el cual llenará en formato PDF. El mismo es de fácil llenado y se puede colorar una señal con el aplicativo de esfero que proporciona la plataforma WhatsApp en caso de textos en PDF.

Y además se adjuntará el cuestionario de datos demográficos para que se auto llenado en la misma plataforma de Whatsapp en formato PDF.

Posterior a que el participante voluntario, responda y envié los formularios llenos, el investigador se contactará con un siguiente mensaje de texto:

“Hola, soy Stefany Baquero, la investigadora principal del estudio sobre calidad de vida en pacientes que fueron diagnosticados por Cáncer de Tiroides en el que anteriormente consentiste en participar”.

Necesito que me confirmes tu consentimiento para participar. (Se registra en una lista realizada en Excel que guardará la investigadora; sea la confirmación del consentimiento original o la revocatoria del mismo)

Si confirma su consentimiento original:

Le haré algunas preguntas para verificar si comprendiste tu participación en este estudio:

¿Puede explicarme cómo va a participar en este estudio? ·

¿Cuáles son los posibles riesgos para usted si decide participar?

¿Está de acuerdo con estos riesgos? ·

¿Qué recibirá por participar en este estudio? ·

¿Hay alguna palabra que no haya entendido y desearía que se le explique?

Todas estas preguntas responderán en mensaje de texto.

## VIDEO LLAMADA PARA LA PARTICIPACION DE LA ENTREVISTA DEL ESTUDIO

Ahora procedamos con la segunda parte de su participación. Necesita un lápiz, lápices de colores y una hoja de papel. Una vez que los tenga, le pido que dibuje como usted ve su cuello antes y después de la cirugía.

(Una vez que se realice el dibujo la investigadora principal, tomará una foto, ya que cuenta con consentimiento para ello)

Mientras realiza el estudio el participante se realizará una entrevista semiestructurada. En ella principalmente se preguntará: como se siente , que emociones afloran con la realización del dibujo, y además que se sienta libre para expresar cualquier idea acerca de su enfermedad.

Finalmente; al contestar la encuesta sobre calidad de vida y-o dibujar su cuello, ¿se sintió triste o angustiada? ¿Desea ayuda profesional con estas emociones? Si es así puedo remitirla a un profesional en psicología en el Hospital San Francisco para que la ayude. ¿Desea que lo haga?

Si la respuesta es SÍ: Un profesional en psicología del Hospital San Francisco se pondrá en contacto con usted en los próximos días.

Le agradecemos por su participación y le enviaremos a su contacto digital los resultados de sus encuestas una vez las tengamos si usted así lo desea.

Si la respuesta es NO: Le agradecemos por su participación.

## Operacionalización de los datos Demográficos

Se realizó una tabla con cada uno de los datos en Excel, codificando numéricamente cada una de las variables. Género femenino y masculino, edad más de 35 y menores de 35 (se uso el cálculo de medias), cantidad en números de dosis de levotiroxina, uso de calcio o no y por último si consideraba que contaba con redes de apoyo. (Tabla 1)

Tabla1.- Operacionalización de variables

DATOS DEMOGRÁFICOS					
VARIABLE	DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	CUANTITATIVA DISCRETA	NUMÉRICO	NUMÉRICO	Cuestionario
GÉNERO	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas	CUALITATIVA NOMINAL DICOTÓMICA	HOMBRE MUJER	Porcentaje de pacientes de acuerdo a sexo	Cuestionario

MES Y AÑO DE LA CIRUGÍA DE CANCER DE TIRODES	Tiempo desde que se realizó la cirugía hasta la actualidad	CUANTITATIVA DISCRETA	NUMÉRICO	NUMÉRICO	Cuestionario
RECIBIO YODO RADIOACTIVO	Se uso el elemento para control de la enfermedad	CUALITATIVA NOMINAL DICOTÓMICA	SI NO	Porcentaje de pacientes	Cuestionario
USA CALCIO	Uso de calcio para para control de hipoparatiroidismo	CUALITATIVA NOMINAL DICOTÓMICA	SI NO	Porcentaje de pacientes	Cuestionario
CANTIDAD DE LEVOTIROXINA	Cantidad en microgramos de elemento para control de hipotiroidismo	CUANTITATIVA DISCRETA	NUMÉRICO	NUMÉRICO	Cuestionario

ESTADO CIVIL	Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	CUALITATIVA NOMINAL POLITÓMICA	SOLTERO/A CASADO/A UNION LIBRE VIUDO/A DIVORCIADO(A)	Porcentaje de pacientes de acuerdo a estado civil	Cuestionario
REDES DE APOYO	Describir si alguien le apoyo en el proceso de superar emocionalmente el cáncer	CUALITATIVA NOMINAL DICOTÓMICA	SI NO	Porcentaje de pacientes	Cuestionario

## Presentación de resultados

Se usará la plataforma SPSS 14 para el análisis de datos cuantitativos, y se presentaran tablas en el formato provisto por el programa. Además, se mostrará algunas coincidencias y los dibujos presentados en los resultados.

# ANÁLISIS DE DATOS

## Operacionalización de variables

Las variables estudiadas serán:

### 1.- Sociodemográficas

Edad , Género, Sexo, Estado Civil

### 2.- Clínicas

Tiempo desde la cirugía como tratamiento del cáncer de tiroides, Uso de calcio, calcitriol, levotiroxina.

### 3.-Independientes

Redes de Apoyo

### Variables Sociodemográficas

El universo fue de 10 pacientes de los cuales 2 participantes (20%) fueron varones. La media de edad de los participantes fue de 34.9 años (+/- 8.006 desviaciones standard), el 70% son menores de 35 años (Tabla 1).

El tiempo promedio desde la cirugía fueron 27 meses (+/- 20 meses) (Tabla 1). Se conoce que el cáncer de tiroides afecta con más prevalencia a mujeres menores de 50 años.

Tabla 2.- Características demográficas de la muestra edad y tiempo de la cirugía para el tratamiento del cáncer en meses.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
EDAD	10	26	51	34,90	8,006

Dos participantes mantienen el uso de calcio para el tratamiento de su hipoparatiroidismo remanente de la cirugía como complicación. Debido a ser una cirugía que tiene relación con una glándula vecina, la paratiroides a veces puede ser extraída y presentar alteraciones del metabolismo del calcio. Esto es importante para la calidad de vida, porque estudios realizados en otros países indican que esta complicación es la que más tiene relación con la pérdida de la calidad de vida.

Toda la muestra; indican contar con redes de apoyo para superar el proceso de la enfermedad.

Las evaluaciones de las redes de apoyo se cuestionaron preguntando directamente si se sentían apoyados con el proceso por alguna persona. Se recibieron respuestas de redes de apoyo familiar y comunitario (amigos).

Solteros 60% y casados 40% (Tabla 2). La media de uso de levotiroxina en los pacientes fue de 122,4 (+/- 26,9) mcg día (Tabla 3). Este medicamento es el que permite remplazar las funciones de la tiroides una vez que esta se extrae.

Tabla 3.- Datos de Estado civil de la población

### ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casado	4	40,0	40,0	40,0
	Soltero	6	60,0	60,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 4.- Promedio de cantidad en microgramos de levotiroxina

### Estadísticos

LEVOTIROXINA		
N	Válido	10
	Perdidos	0
Media		122,40
Error estándar de la media		8,512
Mediana		118,50
Moda		150
Desv. Desviación		26,916
Suma		1224

**Interpretación de los datos del cuestionario calidad de vida de la universidad  
de Washington (UWQOL v4.1).**

Como expliqué en el capítulo previo, para interpretar los resultados de este instrumento, Derek Lowe (Lowe & Rogers, s. f.), indica analizar las medias de las muestras y con el escenario que puntuaciones más repetida agrupándolas según la característica de la respuesta:

Puntajes de 100 a 75 se consideran sin afectación; de 74 a 50 poca afectación; 49 a 25 moderada afectación y menor de 25 afectación importante. Usando este sistema de puntaje en el sistema SPSS v.14; agrupe en una tabla de contingencia que se muestra a continuación que me permite identificar cual de todos los parámetros preguntados tienen una mejor o peor puntuación.

Tabla 5.- Puntuación del cuestionario de calidad de vida de la Universidad  
de Washington

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
DOLOR	10	50	100	78,00	18,439
APARIENCIA	10	50	100	75,00	16,667
ACTIVIDAD	10	50	100	75,00	20,412
RECREACIÓN	10	21	100	74,60	29,654
DEGLUCION	10	0	100	77,00	36,301
MASTICACION	10	50	100	93,00	16,364
HABLA	10	70	100	97,00	9,487

HOMBRO	10	70	100	88,00	15,492
GUSTO	10	70	100	94,00	12,649
SALIVA	10	70	100	94,00	12,649
ANIMO	10	25	100	84,50	27,126
ANSIEDAD	10	30	100	81,00	23,310

Como puede observarse en la tabla 5, el habla fue respuesta mejor puntuada del cuestionario de Calidad de Vida de la Universidad de Washington; con un puntaje de 97. Que indica que este parámetro no tiene afectación (Tabla 4).

Esto se corrobora con la entrevista realizada, pues ninguno de los participantes mencionó que la forma de hablar se había afectado. Al ser este cuestionario para cirugías de cabeza y cuello se debe considerar que los resultados pueden ser diferente si se tratase de un cáncer que incluya uno de los órganos que permiten el habla.

La pregunta peor puntuada, por tanto, que presenta mayor afectación de la calidad de vida es la recreación (74%). Esto seguramente es debido a uno de los participantes indicó que sus actividades como de ocio se habían modificado. Ya no podía realizar su hobby favorito. Al ser una muestra pequeña esto representó un gran porcentaje.

Las palabras textuales del participante afectado fueron:

“Siento que esto me va a cambiar toda la vida no soy el mismo. Cambia el estilo de vida y estado de ánimo no es como antes. Mi estado de ánimo es una batería que esta el 50%. Yo era ciclista hacía 4-5 vueltas, ahora he perdido el gusto de la bicicleta que la amo, ahora ya no me da interés me siento cansado “. )”. Estas palabras son acompañadas de llanto.

Para el concepto de calidad de vida que indica que el goce y autonomía personal son importantes, esta experiencia resulta devastadora.

Justamente las personas que expresaron con llanto su dolor; 2 de ellas del sexo femenino y uno de ellos del sexo masculino; tuvieron que renunciar a sus estudios y uno de ellos dejó de realizar la actividad de ocio que más gustaba.

Para entender mejor la calidad de vida de los participantes, y por recomendaciones del autor del cuestionario mencionado. Se dividirá el mismo en dos grupos de parámetros: 1) afectación física y 2) emocionales.

## **AFECTACIÓN FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA**

La calidad de vida en su concepto amplio, donde la relación de las actividades que permiten mantener las potencialidades en la vida social son importantes.

Se considera variables físicas del cuestionario de calidad de vida : deglución, masticación, habla, hombro, gusto y saliva.

Por ejemplo la función del hombro se vio afectada en un participante por encontrarse con un problema de manguito rotador (afectación del hombro que no tuvo que ver con el cáncer de tiroides). Por lo que no se tomó en cuenta.

En mi experiencia personal, concuerdo con estos resultados excepto por la presencia de cansancio. En la entrevista esto fue también mencionado, aunque en el cuestionario de calidad de vida no es un parámetro preguntado.

En aspectos físicos podemos observar la media de la respuesta peor cuantificada en 77 (parámetro deglución) y el resto de los parámetros tiene calificaciones determinadas como excelentes con un promedio total de 90. En conjunto podemos ver que los aspectos físicos no se ven modificados por el diagnóstico de cáncer de tiroides. La deglución estaba

afectada en un solo paciente, quien indico que en ocasiones presenta dificultades para deglutir las pastillas de calcio.

Es por esto, y al ser una muestra de 10 pacientes, represento un alto porcentaje.

Estos datos no concuerdan con la parte de la entrevista, uno de los participantes indic6 problemas físicos de poder realizar actividades deportivas .

Los gráficos que analizaremos adelante tampoco indican mayor interés en los parámetros mencionados.

En este caso ambos instrumentos tanto el cualitativo con la entrevista, el gráfico y el cuestionario cuantitativo concuerdan que la calidad de vida no se ve afectada por disfunciones físicas en este grupo de pacientes. Tampoco se observó que la disfunción de la glándula paratiroides determinaba una disminución de la calidad de vida.

Tabla 6.- Descripción de los parámetros considerados como físicos del UW-QoL.

		<b>Estadísticos</b>					
		DEGLUCION	MASTICACION	HABLA	HOMBRO	GUSTO	SALIVA
N	Válido	10	10	10	10	10	10
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		77,00	93,00	97,00	88,00	94,00	94,00
Moda		100	100	100	100	100	100
Desv. Desviación		36,301	16,364	9,487	15,492	12,649	12,649

No hubo diferencias entre cada una de las variables como género, edad y presencia de hipoparatiroidismo contrastadas con los parámetros físicos de la investigación

### **HIPOPARATIROIDISMO Y CALIDAD DE VIDA**

Para realizar la aseveración que no hay diferencias en los grupos que quedaron con afectación de la paratiroides en el control metabólico del calcio se usó el método de Kruskal -Wallis para determinar correlación entre variables. En la cual muestra que el uso del microelemento; no afecta de manera diferente, a ninguno de los parámetros medibles en el cuestionario a comparación de los pacientes que no toman calcio.

Es decir, se rechazó la hipótesis que tener hipoparatiroidismo afecta de mayor manera la calidad de vida.

### **CALIDAD DE VIDA Y REDES DE APOYO**

En el caso de redes de apoyo, debido a que en la muestra solo se pudo obtener personas con dicho beneficio, no se pudo realizar estadística comparativa.

Para terminar los pacientes de con las características seleccionadas, con un muestreo a conveniencia no muestran diferencias de la calidad de vida antes y después de la cirugía según el cuestionario de la calidad de vida de la universidad de Washington versión 4.

### **CALIDAD DE VIDA ENTRE GÉNERO Y EDAD**

Tampoco se vieron diferencias entre una mayor afectación según el género, edad.

Para poder comparar las variables por los datos demográficos y poder dar respuestas a nuestras preguntas de investigación, se ha realizado la U de Mann-Whitney para aceptar o rechazar la hipótesis que la calidad de vida se ve afectada de diferente manera según el género, edad y las redes sociales de apoyo.

Debido a que todos los participantes contaban con redes de apoyo, este último no se puede dilucidar en este estudio.

En cuanto al género y la edad no hay diferencias entre las respuestas. Indicándonos que la calidad de vida no se ve afectada de diferente manera en el caso de que el participante sea hombre o mujer.

En el caso de la edad, se dividió a la muestra en dos grupos mayores de 35 y menores de 35 años. Y como vemos a continuación esta variable no hizo diferencia en identificar cambios en la calidad de vida de los participantes.

### **CALIDAD DE VIDA Y AFECTACIÓN EMOCIONAL**

En el cuestionario de la calidad de vida de la UW, consideran aspectos emocionales de la calidad de vida: dolor, apariencia, actividad, recreación, ánimo y ansiedad.

Estos fueron peor puntuados a comparación de los parámetros físicos. Por tanto, la parte emocional juega y factor importante en la calidad de vida de los pacientes de este estudio.

Para llegar a los resultados mostrados en la tabla 7; de realizo una agrupación de puntajes y se los clasifico con análisis descriptivo.

Usando el concepto de la OMS, el goce pleno de emociones y satisfacción produce bienestar y por tanto es muy importante para tener una vida plena con calidad de vida.

Los puntajes de apariencia, actividad y recreación muestran valores codificados por el autor del cuestionario con poca afectación. Pero globalmente son los peores puntuados de todo el cuestionario lo que llama de sobre manera la atención.

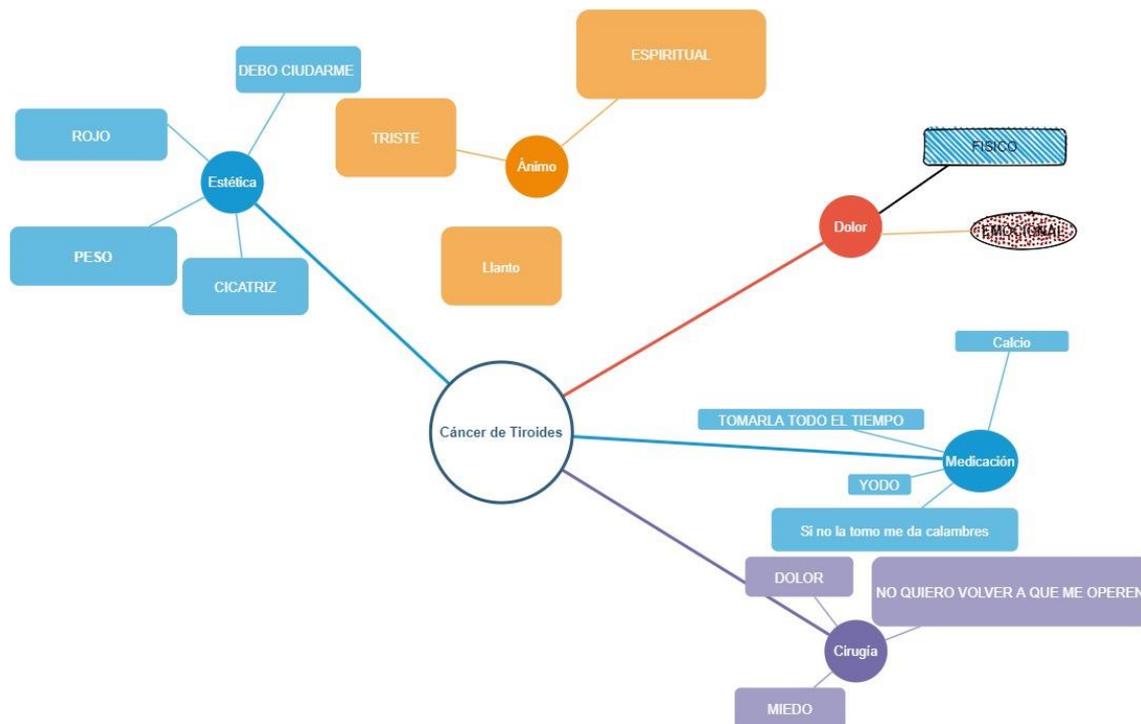
Tanto el análisis de las encuestas, gráficos y cuestionario coinciden que la parte emocional juega una parte muy importante para la calidad de vida del paciente con cáncer de tiroides de bajo y muy bajo riesgo.

Con el objetivo de unificar la información; codificaremos los datos más importantes de las entrevistas

Tabla 7.- Descripción de los parámetros considerados como emocionales del UW-QoL

		Estadísticos					
		DOLOR	APARIENCIA	ACTIVIDAD	RECREACIÓN	ANIMO	ANSIEDAD
N	Válido	10	10	10	10	10	10
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		78,00	75,00	75,00	74,60	84,50	81,00
Moda		75	75	75	75 <sup>a</sup>	100	100
Desv. Desviación		18,439	16,667	20,412	29,654	27,126	23,310
a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.							

Gráfico 1.- Codificación de las entrevistas a los participantes del estudio “ Calidad de vida en pacientes con Cáncer Diferenciado de Tiroides de Bajo y Muy bajo riesgo que fueron sometidos a Tiroidectomía en Quito-Ecuador 2020”



## CALIDAD DE VIDA Y APARIENCIA

La apariencia, según el concepto de la OMS, puede afectar la calidad de vida de un individuo, alterando la percepción de cómo se relaciona con los demás.

En la cultura occidental, la apariencia de no tener cicatrices y verse bien es una expectativa sobre todo en las mujeres jóvenes.

La cicatriz posterior a la cirugía es una constante en todas las entrevistas. Inclusive en una de ellas, la participante habló de la cicatriz en todo momento y como trato de disimularla y que se curara más rápido. (Gráfico 1-4). Por lo que a posterior hablaremos de la importancia de las cicatrices.

Citando textualmente a una entrevistada

“La herida no tuvo buena cicatrización. Me apliqué cremas comerciales, y por colación de medicación me puse cristales de sábila. Deje de ponerme las cremas, para eliminar la cicatriz use productos por 2 meses.”

Se puede notar que la apariencia afecta de maneras distintas, en unas se vuelve en centro de inclusive las relaciones personales, pues relatan una historia y otras la tratan de ocular. Con el paso del tiempo 3 de las 8 mujeres incluidas en el estudio, buscaron ayuda para disimular la cicatriz ya sea con cremas cosméticas, hasta con medicaciones que se infiltran en la herida para mejorar su apariencia.

Pero no solo eso llama la tensión; 4 de 8 mujeres mencionaron su peso como difícil de controlar. Se conoce que el uso externo de levotiroxina a dosis adecuadas (suplementado en todos los pacientes) produce un equilibrio metabólico el cual no explicaría la ganancia de peso. Sin embargo, las 4 mujeres que relataron ganancia de peso coincidentemente expresaron ansiedad con respecto al este tema.

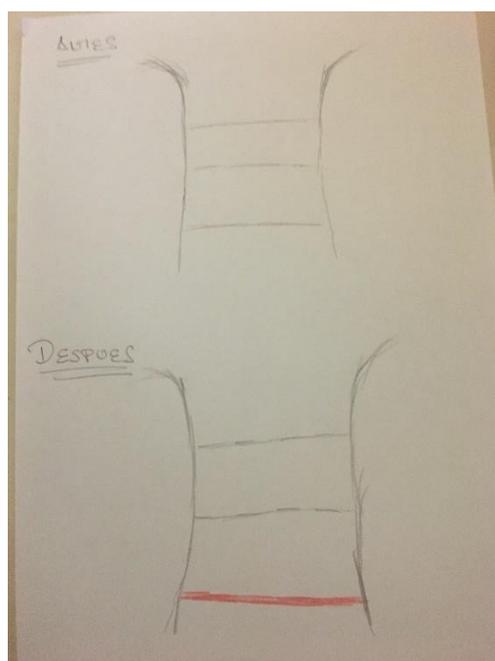


Gráfico 2.- Cicatriz resaltada con rojo y doble línea para realzar la herida.

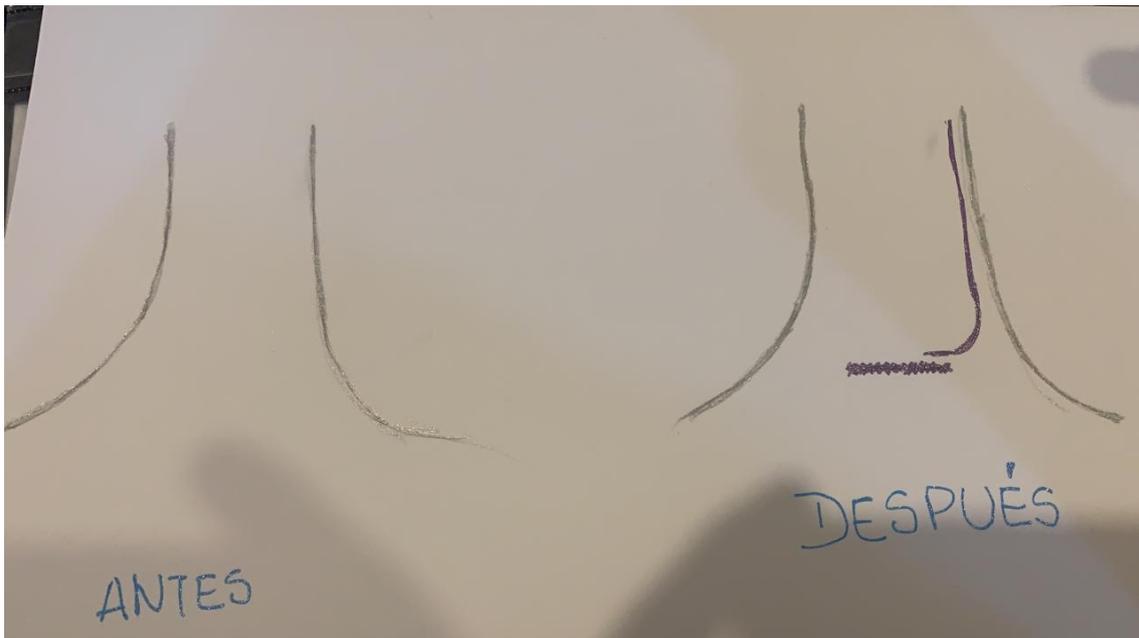


Gráfico3.- Representación de doble cicatriz en el cuello posterior a tiroidectomía



Gráfico 4 .- Paciente indicando que su apariencia se ha modificado posterior a la cirugía pues su cabello cambió de liso a ondulado posterior al tratamiento.

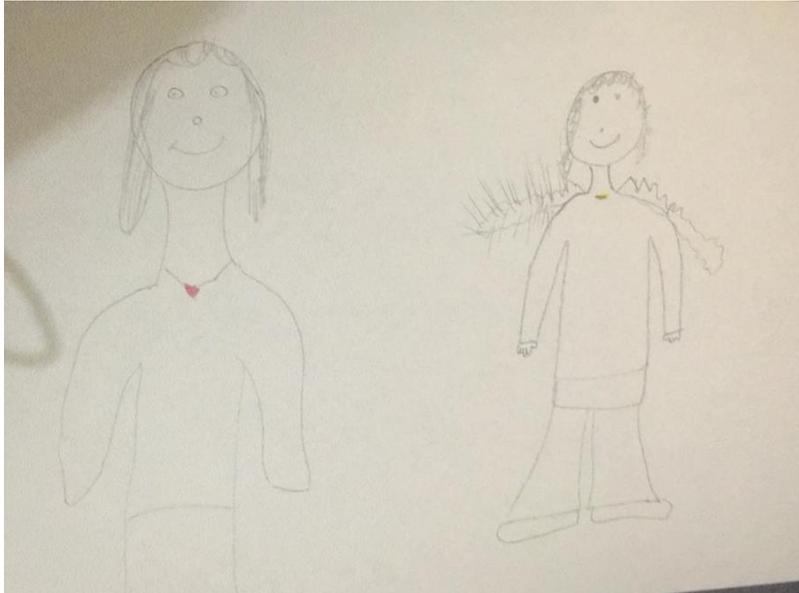


Gráfico 5.- Paciente indica que dejó de usar adornos en el cuello. Posterior realiza cicatriz representando su herida.

El cáncer de tiroides afecta en su mayoría al sexo femenino, jóvenes y adultas jóvenes.

La afectación del tejido cicatricial posterior a tiroidectomía ha sido examinado previamente por Choi en Korea, (Choi et al., 2014) mostrando que la calidad de vida es afectada en su cultura y finalmente afecta la percepción como los portadores de la herida se ven, sobre todo si las mismas son hipertróficas (aumentadas de tamaño). En cuanto a las personas estudiadas por mi presentan concordancia con el estudio denominado “Impact of postthyroidectomy scar on the quality of life of thyroid cancer patients.”, pues ellas también sienten que su apariencia a cambiado.

Debido a que en pacientes asiáticos y afro caribeños también se demostró que afecta la calidad de vida de manera significativa.(Arora et al., 2016) Esto a llevado por parte de

innumerables científicos a plantear la posibilidad de cirugías con cicatrices mínimas mediante robótica o por otro lado con el método trans-oral que no deja cicatriz.

En el 2011 Weitz (Gryzman et al., 2016), en su estudio demuestra que las cicatrices tanto en hombres como mujeres jóvenes estudiantes de universidad tienen los mismos significados: “Cicatrices como recordatorios de la superación de la adversidad, recordatorios de seres queridos y marcadores de atletismo”, la autora explica además algunos estudiantes quienes tenían estas marcas de procesos como acné, rosácea y obesidad, tenían significado de Stigma o Vergüenza. En el caso de este estudio no hay orgullo en presentar la cicatriz, excepto en una mujer joven quien indica “Aumente mi círculo social. Es una historia que contar. La gente me pregunta que me paso, y no me da vergüenza contarles”

En un estudio cualitativo en el Reino Unido (Blackie et al., 2020), se identifican 2 etapas de recuperación ante un trauma; la recuperación y la redención.

La recuperación para los autores se describió como la “disminución gradual de síntomas a lo largo del tiempo y la capacidad de hacer frente a los cambios emocionales y físicos como las cicatrices”. Y la redención descrita por el autor nombrado como: “una secuencia narrativa en la que las personas cuentan experiencias negativas emocionalmente como positivas”

Luego de observar estas después; entiendo en este estudio que tan solo una persona de las diez participantes llegó a la redención. La mayoría mantiene estado de recuperación, las características de esta persona es que mantiene una creencia espiritual importante; tiene una poco más de 40 años, casada y mantiene uso de calcio para control de hipoparatiroidismo.

El peso fue una palabra mencionada con facilidad en la encuesta, aumento y pérdida de peso; la necesidad de mantener una estética corporal anterior. Varios estudios han demostrado que el peso corporal; no se ve afectado después de la tiroidectomía total por bocio multinodular (crecimiento de la glándula)(Singh Ospina et al., 2018). Sin embargo 2 participantes hablaron de su peso como una molestia y una de ellas perdió peso y la otra lo ganó.

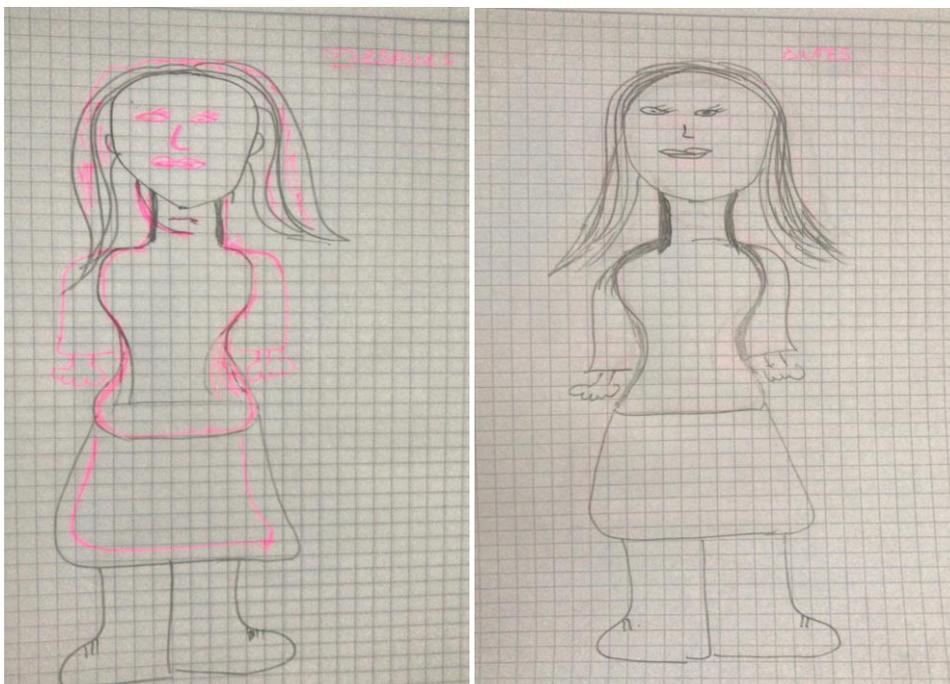


Gráfico 6.- Gráfico que muestra la ganancia de peso en una mujer de mediana edad luego de tiroidectomía total para tratamiento de cáncer de tiroides de bajo riesgo.

## CALIDAD DE VIDA Y ASPECTOS EMOCIONALES

Solo una de las participantes recordó el dolor posterior a la cirugía. Un participante de género masculino hablo de la importancia de que su dibujo mantenga la estructura del musculo alrededor del cuello. Este último muy frío me indico en palabras textuales “ Yo estoy a favor de la cirugía”; cabe recalcar que este paciente es médico cirujano . El otro participante masculino, mantuvo una conversación muy emocional; donde indicaba que ha dejado de lado el goce de entrenar ciclismo, y que, en medio de su tristeza acompañada de llanto, recomendaría la cirugía en caso de que una persona cercana tuviese cáncer.

En este punto, quiero recalcar que la función de las moléculas producidas por la glándula tiroides; tiene efectos sobre el sistema nervoso central. Es conocido que tanto el exceso y la falta de la levotiroxina (posterior a sobre uso y poco uso respectivamente) .Cabe recalcar que se los rangos terapéuticos de control para evitar una recaída en el tratamiento del cáncer de tiroides, deben ser con tendencia a la sobredosificación de la hormona sintética.

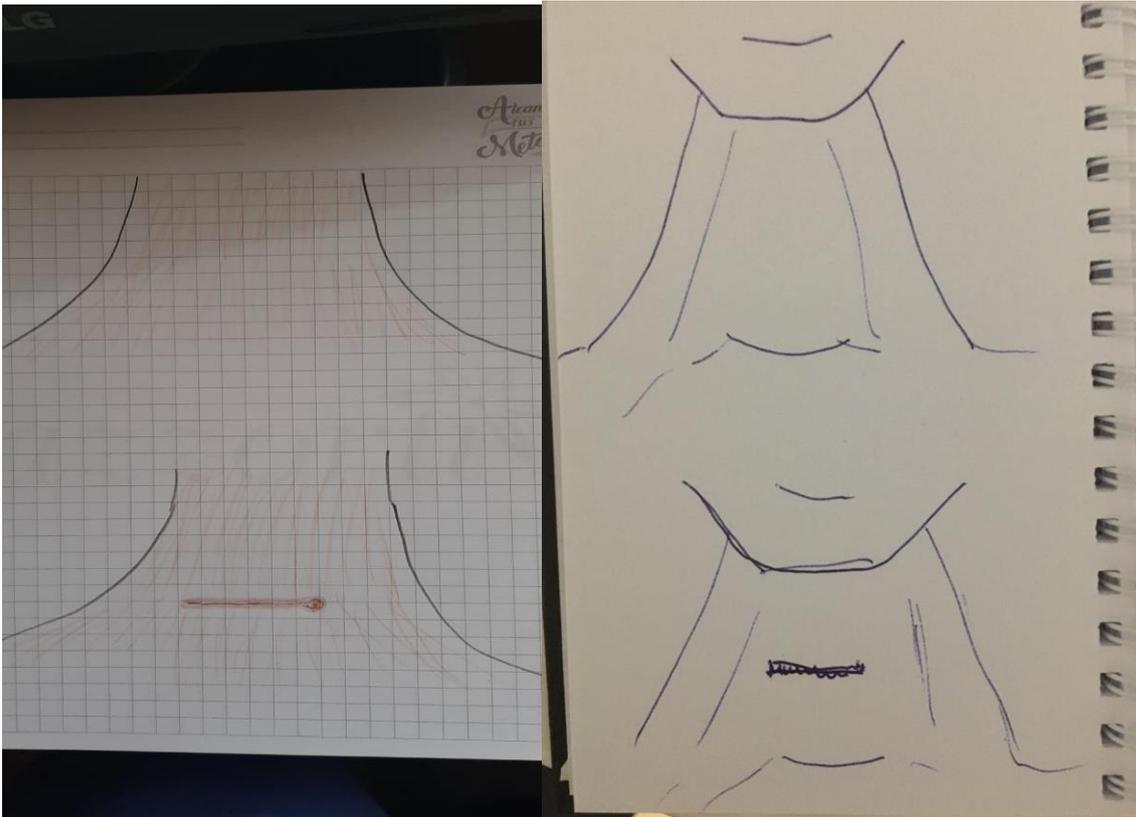


Gráfico 7.- Gráficos posterior a la tiroidectomía a la izquierda afectación importante de la calidad de vida, a la derecha afectación emocional no muy importante.

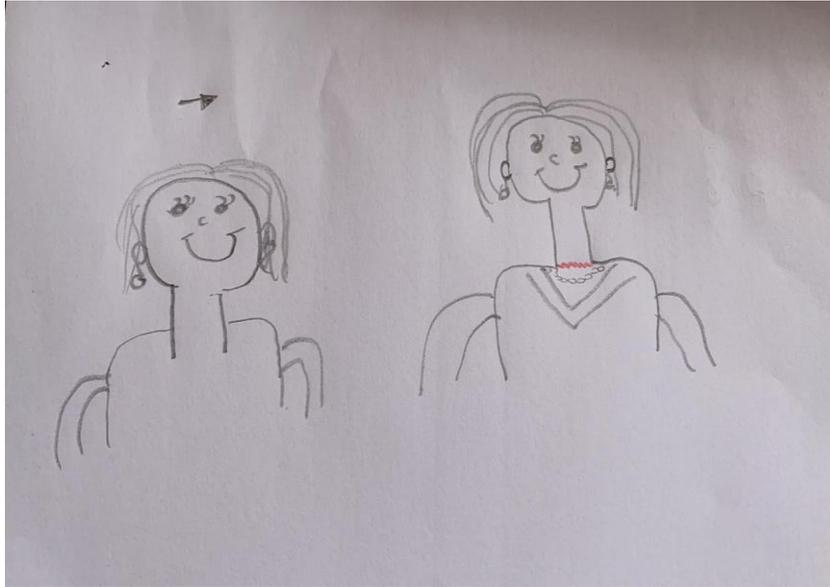


Gráfico 9.- Mujer posterior a tiroidectomía total, grafica su experiencia con una sonrisa; sin embargo, en el relato hablado indica que “Debe ser fuerte”

#### **Preguntas generales y 3 aspectos más representativos del cuestionario UW-Qol v.**

El cuestionario de la calidad de vida solicita en su parte final seleccionar 3 aspectos que han afectado de manera más importante la vida en los últimos 7 días; estas fueron la apariencia, el ánimo y la ansiedad fueron nombrados repetidamente. Debido a que esto fue discordante con los anteriores datos colectados en la encuesta, pregunté a cada uno por que las respuestas en la entrevista. Debido a que este estudio fue elaborado en el proceso de una emergencia sanitaria, los participantes indicaron que las emociones se debían más al momento actual y no estrictamente con relación al cáncer de tiroides.

Esto era predecible ya que la pregunta no especifica si estos sentimientos son respecto al diagnóstico, cirugía y tratamiento de cáncer de tiroides. (Anexo 1)

Al final del cuestionario, se indaga tres preguntas globales en cuanto a la personal de la calidad de vida el mes previo de diagnosticado de cáncer. Con una medida de 90 (+/-

12DS) y una moda de 100 nos indica que la calidad de vida antes del diagnóstico era considerada por los participantes como excelente. (Tabla 8)

Tabla 8.- Medidas de tendencia central respuestas de calidad de vida antes del diagnóstico; durante los últimos 7 días ( QoL salud) y QoL global ).

### Estadísticos

		QoL antes	QOL salud	QoL global
N	Válido	10	10	10
	Perdidos	0	0	0
Media		90,50	72,00	79,00
Moda		100	60	80
Desv. Desviación		12,349	13,984	13,703

La segunda pregunta catalogada como QoL salud; donde se preguntó” En general, usted diría que su **calidad de vida en relación a su salud** durante los últimos 7 días”; la respuesta más común fue 60 ( Buena) ; con una media de 72 (+/- 13). (Tabla 7). indicándonos en resumen que los participantes consideran su salud actualmente con calificación entre buena y muy buena.

Y por último la pregunta:

“La calidad de vida global incluye no sólo la salud física y mental, sino que muchos otros aspectos, como la familia, los amigos, la espiritualidad y las actividades recreativas que son importantes para que usted disfrute la vida. Considerando todos los aspectos de su vida que contribuyen a su bienestar personal, califique su **calidad de vida global** durante

los últimos 7 días”; tuvo resultado en promedio de 79 (+/-13). Interpretándola como muy buena.

La recopilación de las respuestas de las últimas 3 preguntas de la calidad de vida del cuestionario de la universidad de Washington; llama la atención que la respuesta de la calidad de vida antes del diagnóstico fue de excelente y posterior al diagnóstico pasaron a definir la salud como buena y muy buena.

Estas tres últimas preguntas, se acompañan que, durante la entrevista, pude percibir una lucha interna, tratando de aceptar la situación mostrando dolor o tristeza en sus palabras. Simplemente se notaba que algo paso con su vida.

## CONCLUSIONES

En este estudio puedo concluir que la calidad de vida se encuentra afectada en pacientes con cáncer de tiroides de bajo y muy bajo riesgo, sometidos a tiroidectomía con el uso de yodo radioactivo, identificándola como muy buena-buena.

En mi hipótesis inicial al estudio suponía que la calidad de vida iba a estar mucho más afectada. Sin embargo, la afectación demostrada es mucho mayor que en otros estudios y otras poblaciones.

La cicatriz forma parte muy importante de la afectación emocional de los pacientes, sin importar el género, la edad o si presenta o no hipoparatiroidismo.

Sorprendentemente y al contrario de estudios previos en esta revisión el déficit de la hormona que controla la cantidad de calcio del cuerpo (parathormona), y por tanto la suplementación de calcio, no influye en la calidad de vida.

La calidad de vida no se ve afectada de mayor manera en hombres, ni en mujeres. Tampoco hay diferencia de afectación de calidad de vida en caso de ser mayor a 35 años o menor de esta edad.

Estos resultados no coinciden con estudios analizados previamente de calidad de vida, donde indican que esta se mantiene o inclusive mejora.(Vega-Vázquez et al., 2015) Sin embargo, el presente estudio al explorar de manera profunda los aspectos de la calidad de vida con métodos cualitativos como la entrevista y la realización de un gráfico, nos ha

permitido dilucidar que la calidad de vida es afectada en aspectos complejos como las emociones humanas. Esto mencionado, no ha sido descrito previamente en la bibliografía, ni tampoco se han realizado estudios con la metodología mixta.

Los factores que más afectan la calidad de vida son los emocionales, como por ejemplo la apariencia, la posibilidad de realizar actividades que finalmente influyen en la recreación; estos datos se concluyen de los resultados del cuestionario de calidad de vida de la universidad de Washington v.4. Pero lo que más llama la atención es que se confirma esta afectación al ver los datos cualitativos, en que los mismos parámetros fueron los más afectados.

Lastimosamente, no se pudo evaluar si la ausencia de redes de apoyo constituyó un factor protector para mejorar la calidad de vida, ya que, al ser un estudio con una muestra pequeña, todos los participantes consideraron tener redes de apoyo.

En el estudio cualitativo, adicionalmente se pudo ver que otros factores que influyen en la disminución de la calidad de vida fueron la capacidad de realizar actividades, el peso, y el cambio de la estructura del cabello.

La limitación principal del estudio es que la muestra es pequeña y que se trata de un segmento de la sociedad que todos tienen un trabajo el momento de la entrevista. Cabe recalcar que este estudio es el primero que se realiza de Calidad de vida y cáncer de tiroides en el Ecuador, pues la comparación de resultados se ha tenido que hacer con estudios de otros países.

Estos datos toman importancia para la salud pública por que indican que la calidad de vida afectada; disminuye el bienestar psico-emocionales y además se está realizando un

procedimiento que representa un gasto para la economía sin mejorar el pronóstico del cáncer y por lo contrario afectando la calidad vida de las personas que lo padecen.

Otros autores, han determinado que muchas veces se podría dejar al paciente la decisión informada de tratar este tipo de cáncer. Supongo que esta conclusión se debe a que los estudios de calidad de vida en los que se basan para la premisa no se identifica afectación en la calidad de vida, al contrario del presente estudio.

Para próximos estudios recomendaría, recolectar una muestra más heterogénea, con mayor número de población y de diferentes hospitales públicos, privados, beneficencias, etc. Además de diferentes provincias del Ecuador, con más rango de edades e incluir en la muestra personas que no cuenten con redes de apoyo.

## REFERENCIAS

American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, Cooper, D. S., Doherty, G. M., Haugen, B. R., Hauger, B. R., Kloos, R. T., Lee, S. L., Mandel, S. J., Mazzaferri, E. L., McIver, B., Pacini, F., Schlumberger, M., Sherman, S. I., Steward, D. L., & Tuttle, R. M. (2009). Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid: Official Journal of the American Thyroid Association*, 19(11), 1167-1214.  
<https://doi.org/10.1089/thy.2009.0110>

*An Ultrasonogram Reporting System for Thyroid Nodules Stratifying Cancer Risk for Clinical Management—PubMed.* (s. f.). Recuperado 7 de julio de 2020, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19276237/>

Arora, A., Swords, C., Garas, G., Chaidas, K., Prichard, A., Budge, J., Davies, D. C., & Tolley, N. (2016). The perception of scar cosmesis following thyroid and parathyroid surgery: A prospective cohort study. *International Journal of Surgery (London, England)*, 25, 38-43.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2015.11.021>

*Assessment of Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients—PubMed.*

(s. f.). Recuperado 7 de julio de 2020, de

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8253555/>

B, I. (1995). Interpreting Qualitative Data: Methods for analysing talk, text and interaction (Book). *Sociology of Health & Illness*, 17(3), 437-438.

<https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10933349>

Bateson, G., & Mead, M. (1942). *Balinese character; a photographic analysis* (pp. xvi, 277). New York Academy of Sciences.

Bhattacharjee, S., Khobrani, M., Alrabiah, Z., Bilal, J., & Riaz, I. B. (2019).

Healthcare expenditures among community-dwelling adults with thyroid cancer in the United States: A propensity score matched analysis. *Heliyon*, 5(6), e01995.

<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01995>

Blackie, L. E. R., Colgan, J. E. V., McDonald, S., & McLean, K. C. (2020). A

qualitative investigation into the cultural master narrative for overcoming trauma and adversity in the United Kingdom. *Qualitative Psychology*, No Pagination Specified-No Pagination Specified.

<https://doi.org/10.1037/qup0000163>

Bongers, P. J., Greenberg, C. A., Hsiao, R., Vermeer, M., Vriens, M. R., Lutke

Holzik, M. F., Goldstein, D. P., Devon, K., Rotstein, L. E., Sawka, A. M.,

- & Pasternak, J. D. (2020). Differences in long-term quality of life between hemithyroidectomy and total thyroidectomy in patients treated for low-risk differentiated thyroid carcinoma. *Surgery, 167*(1), 94-101. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2019.04.060>
- Brito, J. P., Al Nofal, A., Montori, V. M., Hay, I. D., & Morris, J. C. (2015). The Impact of Subclinical Disease and Mechanism of Detection on the Rise in Thyroid Cancer Incidence: A Population-Based Study in Olmsted County, Minnesota During 1935 Through 2012. *Thyroid: Official Journal of the American Thyroid Association, 25*(9), 999-1007. <https://doi.org/10.1089/thy.2014.0594>
- Camargo, R., Corigliano, S., Friguglietti, C., Gauna, A., Harach, R., Munizaga, F., Niepomniszcz, H., Pitoia, F., Pretell, E., Vaisman, M., Ward, L. S., Wohllk, N., Tomimori, E., & Latin American thyroid society. (2009). Latin American thyroid society recommendations for the management of thyroid nodules. *Arquivos Brasileiros De Endocrinologia E Metabologia, 53*(9), 1167-1175. <https://doi.org/10.1590/s0004-27302009000900014>
- Carter, S. M., Rogers, W., Heath, I., Degeling, C., Doust, J., & Barratt, A. (2015). The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *The BMJ, 350*, h689—*Buscar con Google*. (s. f.). Recuperado 7 de julio de

2020, de

[https://www.google.com/search?q=Carter%2C+S.+M.%2C+Rogers%2C+W.%2C+Heath%2C+I.%2C+Degeling%2C+C.%2C+Doust%2C+J.%2C+%26+Barratt%2C+A.+\(2015\).+The+challenge+of+overdiagnosis+begins+with+its+definition.+The+BMJ%2C+350%2C+h689&rlz=1C1AZA\\_A\\_enEC866EC866&oq=Carter%2C+S.+M.%2C+Rogers%2C+W.%2C+Heath%2C+I.%2C+Degeling%2C+C.%2C+Doust%2C+J.%2C+%26+Barratt%2C+A.+\(2015\).+The+challenge+of+%09overdiagnosis+begins+with+its+definition.+The+BMJ%2C+350%2C+h689&aqs=chrome..69i57j1357j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Carter%2C+S.+M.%2C+Rogers%2C+W.%2C+Heath%2C+I.%2C+Degeling%2C+C.%2C+Doust%2C+J.%2C+%26+Barratt%2C+A.+(2015).+The+challenge+of+overdiagnosis+begins+with+its+definition.+The+BMJ%2C+350%2C+h689&rlz=1C1AZA_A_enEC866EC866&oq=Carter%2C+S.+M.%2C+Rogers%2C+W.%2C+Heath%2C+I.%2C+Degeling%2C+C.%2C+Doust%2C+J.%2C+%26+Barratt%2C+A.+(2015).+The+challenge+of+%09overdiagnosis+begins+with+its+definition.+The+BMJ%2C+350%2C+h689&aqs=chrome..69i57j1357j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

Carter, S., Rogers, W., Heath, I., Degeling, C., Doust, J., & Barratt, A. (2015).

The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *Faculty of Social Sciences - Papers (Archive)*, 1-5.

<https://doi.org/10.1136/bmj.h869>

CDC. (2020, junio 8). *CDC Works 24/7*. Centers for Disease Control and

Prevention. <https://www.cdc.gov/spanish/index.html>

Censos, I. N. de E. y. (s. f.). *Vdatos*. Instituto Nacional de Estadística y

Censos. Recuperado 7 de julio de 2020, de

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>

Choi, Y., Lee, J. H., Kim, Y. H., Lee, Y. S., Chang, H.-S., Park, C. S., & Roh, M.

R. (2014). Impact of postthyroidectomy scar on the quality of life of thyroid cancer patients. *Annals of Dermatology*, 26(6), 693-699.

<https://doi.org/10.5021/ad.2014.26.6.693>

Davidson, K. W., & Mostofsky, E. (2010). Anger Expression and Risk of

Coronary Heart Disease: Evidence From the Nova Scotia Health Survey. *American heart journal*, 159(2), 199-206.

<https://doi.org/10.1016/j.ahj.2009.11.007>

*Drawing out emotions: The use of participant-produced drawings in*

*qualitative inquiry—Kerri S. Kearney, Adrienne E. Hyle, 2004. (s. f.).*

Recuperado 7 de julio de 2020, de

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1468794104047234>

Durante, C., Montesano, T., Attard, M., Torlontano, M., Monzani, F.,

Costante, G., Meringolo, D., Ferdeghini, M., Tumino, S., Lamartina, L.,

Paciaroni, A., Massa, M., Giacomelli, L., Ronga, G., Filetti, S., & PTC

Study Group. (2012). Long-term surveillance of papillary thyroid

cancer patients who do not undergo postoperative radioiodine

remnant ablation: Is there a role for serum thyroglobulin

measurement? *The Journal of Clinical Endocrinology and*

*Metabolism*, 97(8), 2748-2753. <https://doi.org/10.1210/jc.2012-1123>

*Epidemiología del cáncer de tiroides en Chile: Resultados del estudio*

INCATIR. (s. f.). Recuperado 7 de julio de 2020, de

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872014000900002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000900002)

*European Consensus for the Management of Patients With Differentiated*

*Thyroid Carcinoma of the Follicular Epithelium—PubMed*. (s. f.).

Recuperado 7 de julio de 2020, de

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16728537/>

*Evolución de la calidad de vida en pacientes intervenidos de carcinomas de*

*orofaringe, laringe o hipofaringe—PDF Free Download*. (s. f.).

Kundoc.Com. Recuperado 7 de julio de 2020, de

<https://kundoc.com/pdf-evolucion-de-la-calidad-de-vida-en-pacientes-intervenidos-de-carcinomas-de-orofa.html>

Feminist Research. (2004). En M. Lewis-Beck, A. Bryman, & T. Futing Liao,

*The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods*. Sage

Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412950589.n333>

*Flexible Bodies: Tracking Immunity In American Culture from the Days of*

*Polio to the Age of AIDS - Stockdale—1997—American Ethnologist—*

*Wiley Online Library*. (s. f.). Recuperado 7 de julio de 2020, de  
<https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1525/ae.1997.24.4.945>

Gryzman, A., Fivush, R., Merrill, N. A., & Graci, M. (2016). The influence of gender and gender typicality on autobiographical memory across event types and age groups. *Memory & Cognition*, 44(6), 856-868.  
<https://doi.org/10.3758/s13421-016-0610-2>

Harrison, B. (2002). Seeing health and illness worlds – using visual methodologies in a sociology of health and illness: A methodological review. *Sociology of Health & Illness*, 24(6), 856-872.  
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.00322>

Haugen, B. R., Alexander, E. K., Bible, K. C., Doherty, G. M., Mandel, S. J., Nikiforov, Y. E., Pacini, F., Randolph, G. W., Sawka, A. M., Schlumberger, M., Schuff, K. G., Sherman, S. I., Sosa, J. A., Steward, D. L., Tuttle, R. M., & Wartofsky, L. (2016). 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid: Official Journal of the*

*American Thyroid Association*, 26(1), 1-133.

<https://doi.org/10.1089/thy.2015.0020>

*Hemithyroidectomy: A Meta-Analysis of Postoperative Need for Hormone*

*Replacement and Complications—Abstract—ORL 2013, Vol. 75, No.*

*1—Karger Publishers. (s. f.).* Recuperado 7 de julio de 2020, de

<https://www.karger.com/Article/Abstract/345498?id=pmid:1999775>

2

*Image-based Research: A Sourcebook for Qualitative Researchers | Better*

*Evaluation. (s. f.).* Recuperado 7 de julio de 2020, de

[https://www.betterevaluation.org/en/resources/guide/image-](https://www.betterevaluation.org/en/resources/guide/image-based_research_sourcebook_for_qualitative_researchers)

[based\\_research\\_sourcebook\\_for\\_qualitative\\_researchers](https://www.betterevaluation.org/en/resources/guide/image-based_research_sourcebook_for_qualitative_researchers)

Ito, Y., Miyauchi, A., Inoue, H., Fukushima, M., Kihara, M., Higashiyama, T.,

Tomoda, C., Takamura, Y., Kobayashi, K., & Miya, A. (2010). An

observational trial for papillary thyroid microcarcinoma in Japanese

patients. *World Journal of Surgery*, 34(1), 28-35.

<https://doi.org/10.1007/s00268-009-0303-0>

Ito, Y., Miyauchi, A., Kihara, M., Higashiyama, T., Kobayashi, K., & Miya, A.

(2014). Patient age is significantly related to the progression of

papillary microcarcinoma of the thyroid under observation. *Thyroid:*

*Official Journal of the American Thyroid Association*, 24(1), 27-34.

<https://doi.org/10.1089/thy.2013.0367>

Janovsky, C. C. P. S., Bittencourt, M. S., Novais, M. A. P. de, Maciel, R. M. B.,

Biscolla, R. P. M., & Zucchi, P. (2018). Thyroid cancer burden and economic impact on the Brazilian public health system. *Archives of Endocrinology and Metabolism*, 62(5), 537-544.

<https://doi.org/10.20945/2359-3997000000074>

Je, T., Dl, R., Ke, F., Cr, B., Db, C., Me, P., Tn, T., Gt, W., & Sa, D. (2004).

Clinical predictors of quality of life in patients with head and neck cancer. *Archives of Otolaryngology--Head & Neck Surgery*, 130(4), 401-408. <https://doi.org/10.1001/archotol.130.4.401>

*Korea's Thyroid-Cancer "Epidemic"—Screening and Overdiagnosis | NEJM.*

(s. f.). Recuperado 7 de julio de 2020, de

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1409841>

Lichtman, M. (2002). Review: Gillian Rose (2001). Visual Methodologies: An

Introduction to the Interpretation of Visual Materials. *Forum*

*Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*,

3(4), Article 4. <https://doi.org/10.17169/fqs-3.4.798>

Lowe, D., & Rogers, S. N. (s. f.). *University of Washington Quality of Life*

*Questionnaire (UW-QOL v4)*. 14.

*Management of Patients With Low-Risk Papillary Thyroid Carcinoma—*

*PubMed.* (s. f.). Recuperado 7 de julio de 2020, de

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872355/>

Mazzaferri, E. L. (2007). Management of low-risk differentiated thyroid cancer. *Endocrine Practice: Official Journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*, 13(5), 498-512.

<https://doi.org/10.4158/EP.13.5.498>

Nazar, G., Garmendia, M. L., Royer, M., McDowell, J. A., Weymuller, E. A., &

Yueh, B. (2010). Spanish validation of the University of Washington Quality of Life questionnaire for head and neck cancer patients.

*Otolaryngology--Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 143(6), 801-807, 807.e1-2. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2010.08.008>

Onitilo, A. A., Engel, J. M., Lundgren, C. I., Hall, P., Thalib, L., & Doi, S. A. R.

(2009). Simplifying the TNM system for clinical use in differentiated thyroid cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 27(11), 1872-1878.

<https://doi.org/10.1200/JCO.2008.20.2382>

Organization, W. H. (1958). *The First ten years of the World Health Organization*. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/37089>

(PDF) *Cost and Effectiveness of the use of Sorafenib in Differentiated*

*Thyroid Cancer*. (s. f.). Recuperado 7 de julio de 2020, de

[https://www.researchgate.net/publication/320530669\\_Cost\\_and\\_Effectiveness\\_of\\_the\\_use\\_of\\_Sorafenib\\_in\\_Differentiated\\_Thyroid\\_Cancer](https://www.researchgate.net/publication/320530669_Cost_and_Effectiveness_of_the_use_of_Sorafenib_in_Differentiated_Thyroid_Cancer)

*Registro de Cancer de Base Populacional de Sao Paulo | Secretaria*

*Municipal da Saúde | Prefeitura da Cidade de São Paulo*. (s. f.).

Recuperado 7 de julio de 2020, de

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia\\_e\\_informacao/index.php?p=30177](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=30177)

*Risk of Hypothyroidism Following Hemithyroidectomy: Systematic Review and Meta-Analysis of Prognostic Studies—PubMed*. (s. f.).

Recuperado 7 de julio de 2020, de

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22511795/>

Rogers, W. A., Craig, W. L., & Entwistle, V. A. (2017). Ethical issues raised by thyroid cancer overdiagnosis: A matter for public health? *Bioethics*, 31(8), 590-598. <https://doi.org/10.1111/bioe.12383>

Salazar-Vega, J., Ortiz-Prado, E., Solis-Pazmino, P., Gómez-Barreno, L., Simbaña-Rivera, K., Henriquez-Trujillo, A. R., Brito, J. P., Toulkeridis, T., & Coral-Almeida, M. (2019). Thyroid Cancer in Ecuador, a 16years population-based analysis (2001–2016). *BMC Cancer*, *19*.

<https://doi.org/10.1186/s12885-019-5485-8>

Schvartz, C., Bonnetain, F., Dabakuyo, S., Gauthier, M., Cueff, A., Fieffé, S., Pochart, J.-M., Cochet, I., Crevisy, E., Dalac, A., Papathanassiou, D., & Toubeau, M. (2012). Impact on overall survival of radioactive iodine in low-risk differentiated thyroid cancer patients. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *97*(5), 1526-1535.

<https://doi.org/10.1210/jc.2011-2512>

Sherman, S. I., Perrier, N., & Clayman, G. L. (2013). Thyroid Cancer. En M. A. Rodriguez, R. S. Walters, & T. W. Burke (Eds.), *60 Years of Survival Outcomes at The University of Texas MD Anderson Cancer Center* (pp. 295-310). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5197-](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5197-6_26)

[6\\_26](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5197-6_26)

Singh Ospina, N., Castaneda-Guarderas, A., Hamidi, O., Ponce, O. J., Zhen, W., Prokop, L., Montori, V. M., & Brito, J. P. (2018). Weight Changes After Thyroid Surgery for Patients with Benign Thyroid Nodules and Thyroid Cancer: Population-Based Study and Systematic Review and

Meta-Analysis. *Thyroid*, 28(5), 639-649.

<https://doi.org/10.1089/thy.2017.0216>

*The Significance of Nontoxic Thyroid Nodules: Final Report of a 15-Year*

*Study of the Incidence of Thyroid Malignancy: Annals of Internal*

*Medicine: Vol 69, No 3. (s. f.). Recuperado 7 de julio de 2020, de*

<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-69-3-537>

*The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma.*

*With particular reference to bronchogenic carcinoma—Karnofsky—*

*1948—Cancer—Wiley Online Library. (s. f.). Recuperado 7 de julio de*

*2020, de*

[https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-](https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-0142%28194811%291%3A4%3C634%3A%3AAID-CNCR2820010410%3E3.0.CO%3B2-L)

[0142%28194811%291%3A4%3C634%3A%3AAID-](https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-0142%28194811%291%3A4%3C634%3A%3AAID-CNCR2820010410%3E3.0.CO%3B2-L)

[CNCR2820010410%3E3.0.CO%3B2-L](https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-0142%28194811%291%3A4%3C634%3A%3AAID-CNCR2820010410%3E3.0.CO%3B2-L)

*Three Distinctly Different Kinds of Papillary Thyroid Microcarcinoma Should*

*Be Recognized: Our Treatment Strategies and Outcomes—PubMed.*

*(s. f.). Recuperado 7 de julio de 2020, de*

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20066418/>

*Treatment of Thyroid Tumor: Japanese Clinical Guidelines—Google Libros.*

*(s. f.). Recuperado 7 de julio de 2020, de*

<https://books.google.com.ec/books?id=4cD1E7CQOssC&pg=PA93&l>

pg=PA93&dq=Vander+JB,+Gaston+EA,+Dawber+TR+1968+The+signif  
 icance+of+nontoxic+thyroid+nodules.+Final+report+of+a+15-  
 +year+study+of+the+incidence+of+thyroid+malignancy.+Ann+Intern  
 +Med+69:537%E2%80%93540.&source=bl&ots=HJmOBf1gi5&sig=A  
 CfU3U2p6GejeNLtyyT9bUIBiiWpLObs6A&hl=es-  
 419&sa=X&ved=2ahUKEwiv7zMvrzqAhUNTN8KHSwhCMgQ6AEwBH  
 oECACQAQ#v=onepage&q=Vander%20JB%2C%20Gaston%20EA%2C  
 %20Dawber%20TR%201968%20The%20significance%20of%20nonto  
 xic%20thyroid%20nodules.%20Final%20report%20of%20a%2015-  
 %20year%20study%20of%20the%20incidence%20of%20thyroid%20  
 malignancy.%20Ann%20Intern%20Med%2069%3A537%E2%80%935  
 40.&f=false

Ulin, P. R., Robinson, E. T., & Tolley, E. E. (2007). Investigación aplicada en  
 salud pública: Métodos cualitativos. *Revista Do Instituto de Medicina  
 Tropical de São Paulo, 49(2)*, 86-86. <https://doi.org/10.1590/S0036-46652007000200015>

*Understanding Illness: Using Drawings as a Research Method—Marilyn*

*Guillemin, 2004.* (s. f.). Recuperado 7 de julio de 2020, de

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732303260445>

Vaccarella, S., Franceschi, S., Bray, F., Wild, C. P., Plummer, M., & Dal Maso, L. (2016). Worldwide Thyroid-Cancer Epidemic? The Increasing Impact of Overdiagnosis. *New England Journal of Medicine*, *375*(7), 614-617. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1604412>

Vega-Vázquez, M. A., Gonzalez-Rodriguez, L., Santiago-Rodríguez, E. J., Garcés-Domínguez, A., Shum, L.-M., Tírado-Gómez, M., & Ramírez-Vick, M. (2015). Quality of life-in patients with differentiated thyroid cancer at the general endocrinology clinics of the University Hospital of Puerto Rico. *Boletín De La Asociación Médica De Puerto Rico*, *107*(1), 25-31.

*Visual Images of Community: Implications for Communication Research: Annals of the International Communication Association: Vol 28, No 1.* (s. f.). Recuperado 7 de julio de 2020, de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23808985.2004.11679038?needAccess=true&journalCode=rica20>

Weymuller, E. A., Alsarraf, R., Yueh, B., Deleyiannis, F. W., & Coltrera, M. D. (2001). Analysis of the performance characteristics of the University of Washington Quality of Life instrument and its modification (UW-QOL-R). *Archives of Otolaryngology--Head & Neck Surgery*, *127*(5), 489-493. <https://doi.org/10.1001/archotol.127.5.489>

Yoshida, Y., Horiuchi, K., & Okamoto, T. (2020). Patients' View on the Management of Papillary Thyroid Microcarcinoma: Active Surveillance or Surgery. *Thyroid*, 30(5), 681-687.  
<https://doi.org/10.1089/thy.2019.0420>

## ÍNDICE DE ANEXOS

**ANEXO 1 .** Formulario de Consentimiento para participar de estudio Calidad de vida en pacientes con Cáncer Diferenciado de Tiroides de Bajo y Muy bajo riesgo que fueron sometidos a Tiroidectomía en Quito-Ecuador 2020

**ANEXO 2.** Cuestionario de calidad de vida de la universidad de Washington para el estudio Calidad de vida en pacientes con Cáncer Diferenciado de Tiroides de Bajo y Muy bajo riesgo que fueron sometidos a Tiroidectomía en Quito-Ecuador 2020

**Anexo 3.-** Cuestionario de datos demográficos para el estudio Calidad de vida en pacientes con Cáncer Diferenciado de Tiroides de Bajo y Muy bajo riesgo que fueron sometidos a Tiroidectomía en Quito-Ecuador 2020

**Anexo 4.-** Codificación de cada respuesta del Cuestionario de calidad de vida de la universidad de Washington v.4

**ANEXO 1 .** Formulario de Consentimiento para participar de estudio Calidad de vida en pacientes con Cáncer Diferenciado de Tiroides de Bajo y Muy bajo riesgo que fueron sometidos a Tiroidectomía en Quito-Ecuador 2020

**Título de la Investigación:** Calidad de vida en pacientes con Cáncer Diferenciado de Tiroides de Bajo y Muy bajo riesgo que fueron sometidos a Tiroidectomía en Quito-Ecuador 2020

**Datos de contacto de la investigadora principal:** Stefany Alexandra Baquero Contreras, Correo electrónico: [stefanyb@hotmail.com](mailto:stefanyb@hotmail.com)

En este estudio se tomarán datos de pacientes, quienes, como usted, tuvieron cáncer de tiroides y han sido tratados de manera quirúrgica, con o sin el uso de yodo radioactivo, con el objetivo de identificar si su calidad de vida fue afectada después de que le diagnosticaron la enfermedad y le realizaron el tratamiento y seguimiento médico.

Su participación iniciará con la investigadora entregándole una encuesta de calidad de vida, que usted llenará en un espacio privado y además se realizará una video-llamada, donde se le pedirá que dibuje como usted ve su cuello antes y después de la cirugía y además se le pedirá llenar datos como género, edad, y con los familiares que usted está en contacto día a día.

Dentro de los riesgos de participar puede que sienta tristeza o algún tipo de ansiedad al contestar algunas preguntas de la encuesta o dibujar su cuello; si esto ocurriera y usted desea, expresándolo a la investigadora durante la video-llamada, se le proveerá una cita psicológica en el Hospital San Francisco como parte de su seguimiento.

Los beneficios de su participación serán no solamente para usted, que recibirá los resultados de la evaluación de sus encuestas, sino que otros pacientes con el diagnóstico de cáncer de tiroides de bajo y muy bajo riesgo, podrán ser tratados de mejor manera y se tratará a futuro disminuir el riesgo de afectación de su calidad de vida.

A pesar de que para contactarla se registran sus datos digitales, se le asignará un código para todo tipo de análisis y publicación posterior de datos. Los datos de su identidad (nombres, teléfono, diagnóstico) se mantendrán en una base de datos a la que tendrá acceso solo la investigadora principal, y de ninguna manera se liberará esta información en ninguna de las etapas del estudio. Los datos se destruirán después de 5 años.

Su participación es enteramente voluntaria. Puede decidir o no participar diciéndoselo a la investigadora principal en cualquiera de los dos contactos digitales que se realicen. Si en el primer contacto usted aceptó participar pero luego ya no quiere hacerlo, por favor debe decírselo a la investigadora principal en el segundo contacto. Si este es su deseo ningún investigador del estudio volverá a contactarlo.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Al momento de iniciar la encuesta este mismo texto de consentimiento se desplegará al inicio. Debe seleccionar los casilleros donde acepta participar:

1. Acepto participar en la investigación:                    Sí                     No
2. Acepto que se grabe la videollamada:                    Sí                     No
3. Acepto que se tomen fotos y se use el dibujo que realizaré como parte de este estudio:

Anexo 2 .-Cuestionario de calidad de vida de la universidad de Washington para el estudio Calidad de vida en pacientes con Cáncer Diferenciado de Tiroides de Bajo y Muy bajo riesgo que fueron sometidos a Tiroidectomía en Quito-Ecuador 2020

**Cuestionario de la Universidad de Washington sobre Calidad de Vida  
(UW-QOL)**

---

Este cuestionario contiene preguntas acerca de su salud y calidad de vida **en los últimos siete días**. Por favor conteste todas las preguntas marcando una alternativa para cada pregunta.

---

1. **Dolor.** (Marque un recuadro:  )

- No tengo dolor.
- Tengo un dolor leve que no requiere medicamentos.
- Tengo un dolor moderado - requiero medicamentos regularmente: codeína o analgésicos no-narcóticos (antiinflamatorios o paracetamol)
- Tengo un dolor severo que sólo se controla con analgésicos narcóticos (morfina o derivados).
- Tengo un dolor severo que no se controla con medicamentos.

2. **Apariencia.** (Marque un recuadro:  )

- No hay ningún cambio en mi apariencia.
- Hay un leve cambio en mi apariencia.
- Mi apariencia me molesta, pero mantengo mis actividades habituales.
- Me siento desfigurado(a) y limito mis actividades debido a mi apariencia.
- No puedo estar con otras personas debido a mi apariencia.

3. **Actividad.** (Marque un recuadro:  )

- Estoy tan activo(a) como siempre.
- Hay ocasiones en las que no puedo mantener mi antiguo ritmo, pero no es lo habitual.
- A menudo estoy cansado(a) y he disminuido mis actividades, pero aún salgo de casa.
- No salgo de casa porque no me siento capaz.
- Habitualmente estoy en cama o en una silla y no salgo de casa.

4. **Recreación.** (Marque un recuadro:  )

- No tengo limitaciones para divertirme en casa o fuera de casa.
- Hay algunas cosas que no puedo hacer, pero aún salgo y disfruto de la vida.
- Muchas veces quisiera salir más, pero no me siento capaz.
- Hay grandes limitaciones a lo que puedo hacer, generalmente me quedo en casa y veo televisión.
- No puedo hacer nada que me entretenga.

5. **Deglución (tragar).** (Marque un recuadro:  )

- Puedo tragar igual que siempre.
- No puedo tragar algunas comidas sólidas.
- Sólo puedo tragar comidas líquidas.
- No puedo tragar porque la comida "se va por el camino equivocado" y me atraganto.

6. **Masticación.** (Marque un recuadro:  )

- Puedo masticar igual que siempre.
- Puedo comer alimentos blandos, pero hay algunas comidas que no puedo masticar.
- No puedo masticar ni siquiera alimentos blandos.

7. **Habla.** (Marque un recuadro:  )

- Hablo igual que siempre.
- Tengo dificultades para decir algunas palabras, pero me entienden cuando hablo por teléfono.
- Sólo mi familia y amigos me entienden cuando hablo.
- Nadie me entiende cuando hablo.

8. **Hombro.** (Marque un recuadro:  )

- No tengo problemas con mi hombro.
- Mi hombro está rígido, pero no ha afectado mi actividad ni mi fuerza.
- Me he cambiado de trabajo debido al dolor o debilidad en mi hombro.
- No puedo trabajar debido a los problemas en mi hombro.

9. **Gusto.** (Marque un recuadro:  )

- Siento el sabor de la comida igual que siempre.
- Puedo sentir el sabor de la mayoría de las comidas.
- Puedo sentir el sabor de algunas comidas.
- No siento el sabor de ninguna comida.

10. **Saliva.** (Marque un recuadro:  )

- Mi saliva es de consistencia normal.
- Tengo menos saliva de lo normal, pero es suficiente.
- Tengo muy poca saliva.
- No tengo saliva.

11. **Ánimo.** (Marque un recuadro:  )

- Mi ánimo es excelente y no ha sido afectado por mi cáncer.
- Mi ánimo es generalmente bueno y sólo a veces es afectado por mi cáncer.
- No estoy ni de buen ánimo ni deprimido debido a mi cáncer.
- Estoy algo deprimido(a) debido a mi cáncer.
- Estoy muy deprimido(a) debido a mi cáncer.

12. **Ansiedad.** (Marque un recuadro:  )

- No estoy ansioso(a) debido a mi cáncer.
- Estoy un poco ansioso(a) debido a mi cáncer.
- Estoy ansioso(a) debido a mi cáncer.
- Estoy muy ansioso(a) debido a mi cáncer.

¿Cuáles aspectos han sido los más importantes para usted durante los últimos 7 días?  
 Marque  hasta 3 recuadros.

- |                                     |   |                                   |
|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor      | <input type="checkbox"/> Deglución (tragar) | <input type="checkbox"/> Gusto    |
| <input type="checkbox"/> Apariencia | <input type="checkbox"/> Masticación        | <input type="checkbox"/> Saliva   |
| <input type="checkbox"/> Actividad  | <input type="checkbox"/> Habla              | <input type="checkbox"/> Animo    |
| <input type="checkbox"/> Recreación | <input type="checkbox"/> Hombro             | <input type="checkbox"/> Ansiedad |

#### PREGUNTAS GENERALES

En comparación con el mes previo a que usted desarrollara su cáncer, ¿cómo calificaría su calidad de vida actual en relación a su salud? (marque un recuadro:  )

- Mucho mejor
- Algo mejor
- Igual o casi igual
- Algo peor
- Mucho peor

En general, usted diría que su **calidad de vida en relación a su salud** durante los últimos 7 días ha sido: (marque un recuadro:  )

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

La calidad de vida global incluye no sólo la salud física y mental, sino que muchos otros aspectos, como la familia, los amigos, la espiritualidad y las actividades recreativas que son importantes para que usted disfrute la vida. Considerando todos los aspectos de su vida que contribuyen a su bienestar personal, califique su **calidad de vida global** durante los últimos 7 días. (marque un recuadro:  )

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

Por favor, describa cualquier otro aspecto (médico o no-médico) que sea importante para su calidad de vida y que no haya sido abordado adecuadamente por nuestras preguntas (puede adjuntar hojas adicionales si las necesita).

ANEXO 3. Cuestionario de calidad de vida de la universidad de Washington para el estudio Calidad de vida en pacientes con Cáncer Diferenciado de Tiroides de Bajo y Muy bajo riesgo que fueron sometidos a Tiroidectomía en Quito-Ecuador 2020

EDAD EN AÑOS		
GÉNERO		
MES Y AÑO DE LA CIRUGÍA DE CANCER DE TIRODES		
RECIBIO YODO RADIOACTIVO	SI	NO
¿QUÉ MEDICAMENTOS TOMA DESPUES DE LA CIRUGIA Y CUENTAS TABLETAS Y MILIGRAMOS	TABLETA	NÚMERO DE TABLETAS
	CALCIO	
	CALCITRIOL	
	LEVOTIROXINA	
	OTRA, ESPECIFIQUE	
DESPUES DE LA CIRUGIA REALIZO TERAPIA DE LENGUAJE	SI	NO
TOMA OTRA MEDICINA QUE NO SEA PARA EL TRATMIENTO DEL CANCER O SUS COMPLICACIONES COMO POR EJEMPLO MEDICAMENTOS PARA LA PRESION ELEVADA, DIABETES, ETC		
¿ESTADO CIVIL?		

¿TIENE HIJOS?	
¿TIENE DIFICULTADES PARA ADQUIRIR LA MEDICACIÓN QUE USA CADA DIA PARA TRATAMIENTO DE CANCER DE TIROIDES?	
¿TIENE APOYO INCONDICIONAL DE UNA PERSONA EN ESPECIAL QUE LE HA AYUDADO A SOBRELLEVAR LA ENFERMEDAD?	

Anexo 4.- Codificación de cada respuesta del Cuestionario de calidad de vida de la universidad de Washington v.4

**Dolor.**

No tengo dolor.	100
Tengo un dolor leve que no requiere medicamentos	75
Tengo un dolor moderado - requiero medicamentos regularmente: codeína o analgésicos no-narcóticos (antiinflamatorios o paracetamol)	50
Tengo un dolor severo que sólo se controla con analgésicos narcóticos (morfina o derivados).	25
Tengo un dolor severo que no se controla con medicamentos.	0

**Apariencia.**

No hay ningún cambio en mi apariencia.	100
Hay un leve cambio en mi apariencia.	75
Mi apariencia me molesta, pero mantengo mis actividades habituales.	50

Me siento desfigurado(a) y limito mis actividades debido a mi apariencia.	25
No puedo estar con otras personas debido a mi apariencia.	0

**Actividad.**

Estoy tan activo(a) como siempre.	100
Hay ocasiones en las que no puedo mantener mi antiguo ritmo, pero no es lo habitual	75
A menudo estoy cansado(a) y he disminuido mis actividades, pero aún salgo de casa.	50
No salgo de casa porque no me siento capaz.	25
Habitualmente estoy en cama o en una silla y no salgo de casa.	0

**Recreación.**

No tengo limitaciones para divertirme en casa o fuera de casa.	100
Hay algunas cosas que no puedo hacer, pero aún salgo y disfruto de la vida.	75
Muchas veces quisiera salir más, pero no me siento capaz.	50
Hay grandes limitaciones a lo que puedo hacer, generalmente me quedo en casa y veo televisión.	25
No puedo hacer nada que me entretenga.	0

**Deglución (tragar).**

No tengo limitaciones para divertirme en casa o fuera de casa.	100
Puedo tragar igual que siempre.	75
No puedo tragar algunas comidas sólidas.	50
Sólo puedo tragar comidas líquidas.	25
No puedo tragar porque la comida "se va por el camino equivocado" y me atraganto.	0

**MASTICACIÓN**

Puedo masticar igual que siempre.	100
Puedo comer alimentos blandos, pero hay algunas comidas que no puedo masticar	50
No puedo masticar ni siquiera alimentos blandos.	0

**HABLA**

Hablo igual que siempre.	100
Tengo dificultades para decir algunas palabras, pero me entienden cuando hablo por teléfono.	70
Sólo mi familia y amigos me entienden cuando hablo.	30
Nadie me entiende cuando hablo.	0

**HOMBRO**

No tengo problemas con mi hombro.	100
Mi hombro está rígido, pero no ha afectado mi actividad ni mi fuerza.	70
Me he cambiado de trabajo debido al dolor o debilidad en mi hombro.	30
No puedo trabajar debido a los problemas en mi hombro.	0

**GUSTO**

Siento el sabor de la comida igual que siempre.	100
Puedo sentir el sabor de la mayoría de las comidas.	70
Puedo sentir el sabor de algunas comidas.	30
No siento el sabor de ninguna comida.	0

**SALIVA**

Mi saliva es de consistencia normal.	100
Tengo menos saliva de lo normal, pero es suficiente.	70
Tengo muy poca saliva.	30
No tengo saliva. Siento el sabor de la comida igual que siempre.	0

**ÁNIMO**

Mi ánimo es excelente y no ha sido afectado por mi cáncer.	100
--	-----

Mi ánimo es generalmente bueno y sólo a veces es afectado por mi cáncer.	75
No estoy ni de buen ánimo ni deprimido debido a mi cáncer.	50
Estoy algo deprimido(a) debido a mi cáncer.	25
Estoy muy deprimido(a) debido a mi cáncer. Mi saliva es de consistencia normal.	0

### **ANSIEDAD**

No estoy ansioso(a) debido a mi cáncer.	100
Estoy un poco ansioso(a) debido a mi cáncer	70
Estoy ansioso(a) debido a mi cáncer.	30
Estoy muy ansioso(a) debido a mi cáncer	25

El análisis de estas variable se basó en una estadística descriptiva donde se observaron cuales fueron los valores más repetidos (Moda) y además el análisis de medias de los mismos para ser clasificados e interpretados como a continuación:

Puntajes de 100 a 75 se consideran sin afectación; de 74 a 50 poca afectación; 49 a 25 moderada afectación y menor de 25 afectación importante.

Con estos datos se aplicaron tablas cruzadas y estadística no paramétrica comparada con edad ( más de 35 y menores de 35); género y uso o no de calcio (hipoparatiroidismo). Se uso el método de la U de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis para descartar la hipótesis nula.

En cuanto a los otros parámetros del cuestionario, se cuantificaron las características que más se repetían como respuesta de la pregunta de opción múltiple ¿Cuáles aspectos han sido los más importantes para usted durante los últimos 7 días? Y posterior se analizó la respuesta con más coincidencias.

Por último las preguntas generales del estudio se interpretó:

**En comparación con el mes previo a que usted desarrollara su cáncer, ¿cómo calificaría su calidad de vida actual en relación con su salud? (marque un recuadro:)**

Mucho mejor	100
Algo mejor	75
Igual o casi igual	50
Algo peor	25
Mucho peor	0

**En general, usted diría que su calidad de vida en relación a su salud durante los últimos 7 días ha sido: (marque un recuadro:)**

Excelente	100
Muy buena	80
Buena	60
Regular	40
Mala	20
Muy mala	0

La calidad de vida global incluye no sólo la salud física y mental, sino que muchos otros aspectos, como la familia, los amigos, la espiritualidad y las actividades recreativas que son importantes para que usted disfrute la vida. Considerando todos los aspectos de su vida que contribuyen a su bienestar personal, califique su calidad de vida global durante los últimos 7 días. (marque un recuadro: )

Excelente	100
Muy buena	80
Buena	60
Regular	40
Mala	20
Muy mala	0

Estos últimos datos se interpretaron mediante estadística descriptiva

