



**ESCUELA DE ENFERMERIA
PADRE LUIS TEZZA**



Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

**CALIDAD DE VIDA Y AFRONTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD
Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DEL
HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN**

2011

Tesis para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Claudia Del Rosario Alberca Mallma

LIMA-PERÚ

2012

Claudia Del Rosario Alberca Mallma

CALIDAD DE VIDA Y AFRONTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD
Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DEL
HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
2011

Asesora: Mg. Nelly Céspedes Cornejo
Docente de la Escuela de Enfermería Padre
Luis Tezza, Afiliada a la Universidad
Ricardo Palma

LIMA-PERÚ

2012

DEDICATORIA

A mi mamá por su incondicional apoyo e infinito amor que me lleno de fortaleza y confianza para lograr el triunfo anhelado.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por brindarme la sabiduría y fuerza necesaria, siendo luz para guiarme hacia el final del camino, a pesar de los obstáculos que se presentaron.

A la Mg. Nelly Céspedes Cornejo, quien con su gran vocación de docencia y motivación permanente me permitió continuar en este largo trayecto, haciendo que pueda desarrollarme académicamente para poder alcanzar mis metas y objetivos.

A mis padres, mi hermana y Pedro Alexis quienes me brindaron su apoyo incondicional, su paciencia y comprensión, poniendo en cada palabra de aliento su confianza y esperanza en mí.

A mis amigas y amigos, Angélica Oré, Guilliana Día, Galia Álvarez, Roxana Grandes, Liz Hernández, Ana Vida/, Jonathan Gallegos, quienes me brindaron su amistad sincera y apoyo para culminar este trabajo.

INDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCION	10
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1. Planteamiento y Delimitación del Problema.....	12
1.2. Formulación y delimitación del problema:	11
1.3. Delimitación de los objetivos:.....	11
1.3.1. Objetivo General:.....	11
1.3.2. Objetivos Específicos:	11
1.5. Limitación del estudio	12
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	13
2.1. Investigaciones relacionadas con el tema	13
2.2. Bases teóricas relacionadas con el tema	17
2.3. Definición de términos usados	41
2.4 Hipótesis.....	42
2.4.1. General	42
2.4.2. Específica	42
2.5. Variables	42
CAPITULO III: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	43
3.1. Tipo y método de estudio	43
3.2. Área de estudio.....	43
3.3 Población y muestra de estudio	44
3.4. Diseño muestral.....	45
3.5. Técnicas de instrumento de recolección de datos	46
3.6 Confiabilidad del Instrumento	49
3.7 Procedimientos para la recolección de datos	49
3.8 Técnicas de procesamiento y Análisis de datos.....	50
3.9 Aspectos éticos.....	50
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION	51
4.1 Resultados	51
4.2 Discusión.....	58
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	64
5.1. Conclusiones:	64
5.2.- Recomendaciones	65

RESUMEN

Introducción: El Cáncer es una enfermedad Crónica - Degenerativa no transmisible, diagnosticada en una población grande tanto a nivel nacional como internacional, en la que se observa que esta cruel enfermedad ataca a toda persona sin discriminación, induciendo a un cambio general que afecte su calidad de vida interfiriendo en su capacidad de poder hacer frente a todas las implicancias que traiga consigo la enfermedad y el tratamiento. Los pacientes afrontan esta situación con madurez, paciencia, tolerancia, y sin perder la esperanza, pero la mayoría de ellos muestran una actitud negativa, ya que resulta ser una amenaza inminente contra su vida, concibiendo ideas de que los tratamientos que se les prescribe no cura al contrario, los mata, o que los efectos adversos son fatales y riesgosos.

Objetivos: Identificar la calidad de vida del paciente con cáncer y el afrontamiento que utilizan los pacientes ante la enfermedad y tratamiento, y determinar la relación entre las dos variables en el servicio de quimioterapia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - Perú.

Metodología: El enfoque del estudio es cuantitativo, de tipo descriptivo transversal, la muestra estuvo constituida por 150 pacientes con diversos diagnósticos de cáncer en el consultorio externo de Quimioterapia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, siendo la técnica de muestreo aleatorio simple, bajo ciertos criterios de exclusión e inclusión. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario planteada por la European Organization for Research and Treatment of Cancer y de Monorey y Greer, previo consentimiento informado del paciente, el estudio fue evaluado por el Comité de Ética de la Institución. Los resultados fueron procesados y analizados por métodos estadísticos.

Resultados: Se observó que el mayor porcentaje, 70% percibieron su calidad de vida no saludable del cual tuvieron un nivel de afrontamiento inadecuado, 38% y el menor porcentaje, 30% su calidad de vida fue saludable, manifestaron tener un afrontamiento adecuado, 24%.

Conclusiones: La calidad de vida está correlacionado con el afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento de los pacientes con cáncer, con significancia estadística, valor de chi cuadrado= 15.028 significancia alta. El mayor porcentaje de los pacientes reportaron tener frecuente o siempre afectada la dimensión emocional. En lo que respecta la escala de síntomas el dolor predominó en un 58% durante el tratamiento. En cuanto a la escala global se observó que el mayor porcentaje 76%, percibieron su condición física general y su calidad de vida de muy mala a regular. El afrontamiento que más se observó en los pacientes oncológicos fue sentir

desamparo/desesperanza, y ponían en práctica a veces su espíritu de lucha, que a pesar de las circunstancias en que se encontraron, los pacientes, las utilizan de forma alternativa.

En cuanto a la correlación de variables el mayor porcentaje percibió su calidad de vida no saludable con un afrontamiento inadecuado.

Palabrasclaves: Calidad de vida, Afrontamiento, paciente con cáncer.

SUMMARY

Introduction: Cancer is a Chronic - Degenerative disease that is diagnosed in a large population as nationally as internationally, which shows that this cruel disease attacks all people without discrimination, which will be subject to a general change that affects their quality of life interfering with their ability to cope with all the implications that bring the disease and treatment. Patients cope with this situation with maturity, patience, tolerance, and without losing hope, but most of them show negative attitude, because of this disease is an imminent threat against their life, also they conceive ideas, that the treatments that are prescribed not to cure instead kill them; or that adverse effects are fatal and risky.

Objectives: To identify the quality of life of patients with cancer and coping used by patients with the disease and treatment, and determine the relationship between two variables in the chemotherapy service of the National Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - Peru.

Methodology: This study is quantitative and descriptive cross-sectional, the sample consisted of 150 patients with various cancer diagnoses in the outpatient Chemotherapy National Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, and the technique of simple random sampling, under certain criteria exclusion and inclusion. For data collection was used a questionnaire proposed by the European Organization for Research and Treatment of Cancer and Monorey and Greer, previous patient's informed consent and the study was assessed by the Ethics Committee of the institution. The results were processed and analyzed by statistical methods.

Results: The majority of patients showed that the highest percentage perceived their quality of life unhealthy 70% of which had an inadequate coping level 38%, and the lowest percentage quality of life was healthy 30% also reported having an adequate coping 24%.

Conclusions: Quality of life is correlated with coping with the disease and treatment of cancer patients, statistically significant, chi square value = 15,028 high significance. The highest percentage of patients reported having frequent or always affected the emotional dimension. Concerning the symptom scales 58% predominant pain during treatment. As for the overall scale was observed that the highest percentage 76% perceived their condition fitness and quality of life of very poor to moderate. The most observed coping in cancer patients was feeling helplessness/ hopelessness, and sometimes put into practice their fighting spirit, that despite the circumstances the patients used them alternately. As for the correlation of

variables the highest percentage perceived unhealthy quality of life with an inadequate coping.

Keywords: Quality of life, coping, cancer patient

INTRODUCCION

La calidad de vida es la percepción que tendrá el paciente en las circunstancias en que se encuentre, los valores que se desarrolle, la satisfacción a sus necesidades, y bienestar de forma holística; los riesgos a que se somete su salud física y mental, los que se verán afectados por la enfermedad y el tratamiento del cáncer al que es sometido, siendo importante la manera en que los pacientes afrontan esta situación, que dependerá de la resolución de sus problemas, sus expectativas, su estado emocional, de su entorno para poder compensar cualquier tipo de daño percibido.

El afrontamiento será la respuesta generada ante una situación estresante para el paciente, en la que desarrolla una serie de estrategias para poder enfrentarse, haciendo uso de procesos cognitivos y conductuales que utiliza la persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, y así poder recuperar aquellas funciones dañadas, con el fin de conseguir un alivio, calma o equilibrio en su vida.

El presente estudio trata sobre la calidad de vida del paciente oncológico y la forma en cómo afronta su enfermedad y tratamiento del cáncer, tiene como objetivo determinar si existe relación entre la calidad de vida y el afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento de los pacientes con cáncer del "Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen".

El trabajo consta de los siguientes capítulos:

Capítulo I. Introducción, que contiene el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos y justificación del estudio.

Capítulo II. Antecedentes, Marco teórico, teorías, definiciones de términos básicos e hipótesis.

Capítulo III. Metodología del estudio en el que se incluye: Tipo y método de estudio, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y aspectos éticos.

Capítulo IV. Resultados y Discusión

Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones.

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Planteamiento y Delimitación del Problema.

En los últimos años las enfermedades crónicas degenerativas – no transmisibles como el cáncer, se han convertido en un problema de salud pública a nivel mundial por las altas tasas de incidencia de mobimortalidad. A nivel mundial la OMS, estimó que la incidencia mundial de cáncer se elevará de 10 a 15 millones de casos para el año 2020 y ascenderá de 6 a 10 millones de defunciones. ¹En el que se estimó que durante el año 2009, el número de casos de cáncer incrementó de 12,9 millones de casos nuevos, a 27 millones de casos nuevos de cáncer y 17 millones de muertes para el año 2030,llegándose a considerar como la principal causa de muerte mundial. ²

A nivel internacional estimó que en el 2005 murieron de cáncer 7,6 millones de personas, y en los próximos 10 años morirían otros 84 millones si no se toma ninguna medida. ^(3, 4) Más del 70% de todas las defunciones por cáncer se producen en los países de ingresos bajos y medios, considerándose que se encuentran limitados e inexistentes los recursos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. ⁽⁴⁾

Con mayor frecuencia se presenta en los países subdesarrollados como en América del Sur y Asia, sin embargo esta enfermedad no es discriminativa, puede afectar a personas de diferente nivel socioeconómico de países en desarrollo y en vía de desarrollo.

Según la OMS, anualmente se registran más de 12 millones de nuevos casos de cáncer y más de 7 millones de defunciones debido al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. El 70% de las defunciones corresponden a países en vías de desarrollo debido a los escasos recursos disponibles para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer.⁴

En el 2009, El Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, registró que el 63% de los casos de cáncer ocurren en países menos desarrollados, y estimó que en todo el mundo habría 12,9 millones de casos nuevos diagnosticados ese año, y se predijo que el número en todo el mundo se elevaría a 27 millones de casos nuevos de cáncer y 17 millones de muertes para el año 2030, a menos que se tomen medidas más urgentes. Se calcula que la población hispana de Estados Unidos ascenderá a casi 60 millones y representará aproximadamente 19 por ciento de la población de EE. UU. para el 2020. Una posible reducción de la carga del cáncer en Estados Unidos y en el extranjero dependerá en gran medida de que se entienda y controle el cáncer en este sector de la población.⁵

Según el informe de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la OMS, indica que el cáncer en el 2015 se convertirá en la primera causa de muerte en el mundo, superando a las enfermedades del corazón, por el aumento de tabaquismo, que cause estragos en una población mundial cada vez más sedentaria.⁶

En Latinoamérica, las enfermedades crónicas tienen una alta prevalencia, siendo una de las principales causas de muerte el cáncer, ubicándose en el segundo lugar de mortalidad. En relación con el último Reporte mundial de cáncer (WorldCancerReport), 12 millones de personas fueron diagnosticadas con cáncer y más de 7 millones fallecen a causa del padecimiento, estimándose que para el 2020 ésta cifra se duplicará y en el 2030 se triplicaría, significando que muchas más personas vivirán padeciendo o morirán por cáncer.⁽⁷⁾

Los problemas más frecuentes encontrados en los hospitales a nivel Latinoamericana, se refieren a un diagnóstico tardío, desinformación, falta de recursos, pero también a la dificultad de conseguir turnos para atención, tratamiento y medicamentos; lo que repercute en el estado emocional del paciente, pudiendo alterar el proceso de su recuperación. En el 2012, se calculó que el cáncer en Chile es la segunda causa principal de muerte, con el 25,5% de las defunciones debido a tumores malignos, con una tasa observada de 130,2 por 100.000 habitantes.⁸ Los índices de mortalidad por cáncer en los hombres chilenos son más altos para el cáncer de estómago, de pulmón y próstata y en las mujeres chilenas, los índices de mortalidad son más altos para cáncer de vesícula biliar, de mama y estómago.⁸

En el Perú, se diagnostican entre 38 mil y 40 mil casos nuevos y cada año fallecen por cáncer aproximadamente 15 mil personas, ocupando la segunda causa de muerte a nivel nacional. En Lima Metropolitana, las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer globales fueron de 150.7 y 78.3 por cien mil habitantes en nuestra ciudad capital; considerándose un problema de salud tan común en la sociedad debido al aumento de la incidencia y el daño que ocasiona en hombres y mujeres al causarles la muerte, discapacitada e invalidez prematura⁹.

El instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN), ha logrado diagnosticar más de 42 000 casos nuevos de cáncer en el país, con una mortalidad de aproximadamente 29 000 peruanos anualmente. El 40% de los casos de cáncer que pueden ser prevenidos, y un tercio puede ser curado, si son diagnosticados y tratados oportunamente.⁹

Los pacientes diagnosticados con cáncer, reciben diferentes tipos de tratamiento, algunos de ellos afrontan su situación con madurez, paciencia, tolerancia, y sin perder la esperanza, en cambio otros pueden mostrar una actitud negativa, ya que resulta ser una amenaza inminente contra su vida, algunos hacen comentarios de que el tratamiento no los cura al contrario lo mata, o que los efectos adversos son fatales y riesgosos. Esta actitud de afrontamiento está influenciada por el aspecto sociocultural, así como también por la familia, experiencias personales, y su entorno.

Por lo tanto, es de gran importancia realizar este estudio para determinar la calidad de vida y el afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento de los pacientes con cáncer.

Por lo expuesto anteriormente se plantean las siguientes interrogantes:

¿Cómo perciben su calidad de vida los pacientes con cáncer?

¿Cuál de las dimensiones de la calidad de vida predomina en el paciente oncológico?

¿Qué afrontamiento utilizan los pacientes oncológicos ante la enfermedad y tratamiento?

¿Qué relación existe entre la calidad de vida y el afrontamiento de los pacientes con cáncer ante la enfermedad y tratamiento?

1.2. Formulación y delimitación del problema:

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el afrontamiento de los pacientes con cáncer ante la enfermedad y tratamiento en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen?

- Problema específico

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con cáncer?

¿Cuál es el afrontamiento de los pacientes ante la enfermedad y tratamiento?

1.3. Delimitación de los objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

Determinar si existe relación entre la calidad de vida con el afrontamiento de los pacientes con cáncer ante la enfermedad y tratamiento del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

1.3.2. Objetivos Específicos:

Identificar la calidad de vida de los pacientes con cáncer según sus manifestaciones.

Identificar cuáles de las dimensiones de la calidad de vida estaría más afectada que predominan en los pacientes con cáncer.

Identificar el Afrontamiento (Espíritu de lucha, Desamparo/ desesperanza, Preocupación ansiosa y Fatalismo / aceptación estoica), es decir actividades que utilizan los pacientes ante la enfermedad y tratamiento.

Relacionar la calidad de vida con el afrontamiento con los pacientes con cáncer.

Los casos de cáncer a nivel mundial y nacional, conlleva a diversos tratamientos que ocasionan una serie de efectos secundarios tanto físicos como psicológicos que pueden afectar la estabilidad del paciente.

Ante esta problemática no podemos ser indiferentes, ya que la función de la enfermera es conocer la realidad para promocionar la salud y brindar cuidados a los pacientes que atraviesan por esta etapa tan crucial en la vida.

Este estudio es importante porque permitirá conocer la calidad de vida que tiene cada paciente oncológico y la forma en que afrontan la enfermedad, la información actualizada obtenida se dará a conocer a las autoridades de las instituciones oncológicas, a fin que establezcan estrategias orientadas a capacitar a la persona de salud entre ellas el personal de enfermería, de modo que apoyen adecuadamente a los pacientes, de tal manera que se logre incentivar la importancia de una formación humanística, valorando la dignidad humana, mitigando el sufrimiento y promoviendo un trato empático al paciente en base a su bienestar.

1.5.Limitación del estudio

El servicio de oncología por ser una unidad de alta especialidad y por la naturaleza del paciente cuenta con una alta complejidad, no fue fácil el acceso evidenciándose en el tamaño de la muestra, por lo que no es posible lograr un alto grado de generalización de los resultados.

Dado que se trata de valorar la calidad de vida y el afrontamiento es posible que un enfoque cuantitativo no muestre la real magnitud del problema.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Investigaciones relacionadas con el tema

Antecedentes Internacionales:

Un primer estudio de Sebastián Benício da Costa Neto, “Calidad de vida de los portadores de Neoplasia de Cabeza y Cuello en fase diagnóstica”, 2005. Este trabajo es de tipo descriptivo y de corte transversal, realizado en el Hospital Araújo Jorge, de la Asociación de Combate al Cáncer en Goiás (HAJ/ACCG) – Brasil. Cuyo objetivo fue analizar la Calidad de Vida de portadores de neoplasia de cabeza y cuello, en la región central de Brasil. La población de estudio fue de 190 portadores de neoplasia de cabeza y cuello que se encontraban en la fase diagnóstica, distribuidos en cuatro sub – grupos a) Neoplasia de cavidad oral (n=72), b) Neoplasias de Laringe (n=24); c) Neoplasias de Tiroide (n=48); d) otros (n=46). A quienes se les aplicó el cuestionario la Escala Análogo – Visual de calidad de vida de Portadores de Cáncer y Cuello, 2000; y EORTC C-30 y también la escala EORTCHEN-35 y un término de consentimiento libre y esclarecido. Sus resultados muestran que la fase diagnóstica (N=190) ha habido una pérdida de 23.4% a 31.4% en la calidad

de vida general. Se ha concluido que las dimensiones de Síntomas, relaciones familiares y sociales y calidad de vida global han sido las que han ejercido el más fuerte impacto en la calidad de vida.¹⁰

En un segundo estudio de Raimundo Gulín González, “Calidad de vida en los pacientes operados de cáncer de recto”, 2008. De tipo descriptivo retrospectivo transversal, realizado en el Complejo Hospitalario de Ourense, el objetivo de la población de estudio fue de 58 pacientes de neoplasia de Recto, a quienes se les aplicó los cuestionarios EORT QLQ-C30 Y EORT QLQCR38, obteniéndose como resultados que los pacientes sin estoma tienen mejor puntuación en estado general de salud y calidad de vida, en tres escalas funcionales y en cinco sintomáticas. Los pacientes con estoma tienen mejor puntuación en una escala funcional y en dos sintomáticas. Hallaron significación estadística respecto a la imagen corporal ($p=0.017$), efectos secundarios de la quimioterapia ($p=0.049$) y estreñimiento ($p=0.019$). Concluyendo que la calidad de vida, a largo plazo, de los pacientes operados de cáncer de recto con preservación esfinteriana y con estoma definitivo es similar.¹¹

En un tercer estudio de Mercedes Del Alba Martínez Gómez, “Afrontamiento y Calidad de vida en pacientes oncológicos”, 2009. Estudio descriptivo de corte transversal, realizado en una zona rural indígena Náhuatl. El objetivo fue analizar la calidad de vida y los recursos de afrontamiento en un grupo de pacientes con cáncer. La muestra estuvo conformada por 34 pacientes de los cuales 15 fueron hombres y 19 mujeres con padecimiento oncológico, se utilizó el Inventario de Recursos de Afrontamiento (CopingResourcesInventory, CRI). Los resultados obtenidos muestran que los recursos cognitivo y el recurso religioso, encontrándose que el sexo femenino afronta gran escala dicho padecimiento, así como su percepción de la calidad de vida, a diferencia del sexo masculino cuyo afrontamiento es bajo y mala calidad de vida.¹²

El cuarto estudio realizado por Carolina Palacio Palacios y Jina Alejandra Hernández Agudelo, “Estilos de Afrontamiento utilizados por las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix en relación al tratamiento”, 2009,

de tipo no experimental, cuantitativa descriptiva, de diseño transversal; realizado en la Clínica Oncológica de Occidente S.A. de la ciudad de Pereira, con el objetivo fue conocer los estilos de afrontamiento utilizados por las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix en relación con el tratamiento, en una población de 20 mujeres diagnosticadas con cérvix, los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron una entrevista semi- estructurada y la escala de Ajuste Mental al cáncer (MAC), los resultados del MAC y su relación con los datos sociodemograficas fueron que el estilo de afrontamiento utilizado por la mayoría de las pacientes fue espíritu de lucha, seguido de éste 2 pacientes puntuaron indefensión, 1 puntuó preocupación ansiosa, 6 puntuaron espíritu de lucha combinado con otros estilos de afrontamiento, 1 puntuó fatalismo y negación, y otra puntuó indefensión y fatalismo. Incluidos las pacientes que puntuaron espíritu de lucha combinado otros estilos de afrontamiento, finalmente concluyendo que las pacientes asumieron la enfermedad de una manera adaptativa, permitiéndoles terminar con sus tratamientos para encontrarse medicamente estables.¹³

Un quinto estudio de Pablo Torres Ch., M. Elisa Irrázaval O., Gerardo Fasce P., otros, “Calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino: Experiencia FALP”, 2009. Descriptivo de corte transversal, realizado en la Clínica Oncológica de cáncer de la Fundación Arturo López (FALP), el objetivo fue evaluar la calidad de vida a pacientes tratadas por cáncer de cuello uterino, se contó con una población de 72 personas diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, se empleó la encuesta general para el cáncer (QLQ-C30) y específica para cáncer de cuello (QLQ-CX24) de la European Organization for Research and Treatment of cancer (EORTC). Los resultado al evaluar la calidad de vida a 72 pacientes fueron relevantes los problemas emocionales y económicos, el cansancio, la imagen corporal, los síntomas menopáusicos y todo lo relacionado con la actividad sexual. Concluyeron que la evaluación de la calidad de vida debe ser parte del enfoque integral, para una adecuada toma de decisiones y detección de problemas ocultos.¹⁴

✓ **Antecedentes Nacionales:**

Un estudio realizado por Fredy S. Monge Rodríguez, “Calidad de Vida en pacientes con Cáncer de Mama”, 2006. De tipo descriptivo y de corte transversal, realizado en el Hospital EsSalud Cusco, que tuvo por objetivo primordial describir esta variable en este tipo de pacientes, que es la calidad de vida, la población de estudio fue de 48 personas, el instrumento utilizado para este fue el QLQ – C30, para pacientes con cáncer (EORTC). Los resultados obtenidos fueron que el 81.3%, de la población evaluada, puntúa su calidad de vida como buena y muy buena, este nos indica un claro deterioro de esta variable tan importante en el curso de esta patología. Finalmente concluyendo que, podemos decir que la calidad de vida, se aprecia desde diferentes indicadores en cada una de las escalas relacionadas en algunos casos más que en los otros, lo cual adquiere una especial importancia en las enfermedades crónicas y agudas en las que el curso y el pronóstico de las mismo depende enormemente de la colaboración del pacientes, como es en el caso del cáncer de mama.¹⁵

Otro estudio realizado por Arteaga Llaeza, Patricia Selmira, “Calidad de vida del paciente oncológico que participa en estudios clínicos de investigación en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”, 2009, De tipo descriptivo y de corte transversal, que tuvo por objetivo identificar la calidad de vida del paciente oncológico que participa en estudios clínicos de investigación en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, la población de estudio fue de 50 personas, el instrumento fue creado por el autor. Los resultados obtenidos fueron que la mayoría de pacientes presentan una calidad de vida poco saludable, en sus dimensiones: física el 52%, psicológica el 62% y social 58% en todas se presento como poco saludable. Finalmente concluyó que los pacientes oncológicos presentan una calidad de vida poco saludable con tendencia a no saludable, relacionado a que experimentan dolor, astenia, cansancio, irritabilidad, presentan dificultad para recordar las cosas, sienten que su tratamiento ha interferido en sus relaciones sociales. Sin embargo existe un menor porcentaje que presenta una calidad de vida saludable manifestando que conservan un apetito conservado, se sienten satisfechos de la forma que enfrenta la enfermedad y trabajan con normalidad.¹⁶

2.2. Bases teóricas relacionadas con el tema

Generalidades del cáncer

El cáncer es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. El cáncer se origina de las células normales del cuerpo, estas células se multiplican debidas según los requerimientos del organismo. Esta enfermedad se origina cuando este crecimiento se descontrola y cumplen una división celular muy rápida.¹⁷

Esta enfermedad es compleja y multifactorial, entre los principales factores están: Factores hereditarios, virales, radiaciones, productos químicos, factores inmunes y ambientales.

- ❖ **Factores hereditarios**, el cáncer se relaciona mayormente a un procesogenético, que pueden ser heredadas, o producidas en algunas células por un virus o por alguna lesión provocada de manera externa, ocasiona serie de mutaciones secuenciales conduciéndola a la malignización de la única célula que se multiplica como un solo clon. En un principio se consideró que un clon maligno era completamente anormal, y que la única curación posible era la eliminación de todas las células anormales del organismo.

En la actualidad, se sabe que el problema reside en la incapacidad de la célula de diferenciarse normalmente en su estado adulto y funcional, quizás por la ausencia de algún factor necesario para tal diferenciación. Se calcula que menos del 50% de los cánceres son de causa hereditaria.

- ❖ **Factores virales**, los virus son la causa de muchos cánceres en animales. En el ser humano, el virus de Epstein-Barrse asocia con el linfoma de Burkitty los linfoepiteliomas, el virus de la hepatitis con el hepatocarcinoma, y el virus herpes tipo II o virus del herpes genital con el carcinoma de cérvix. Todos estos virus asociados a tumores humanos son del tipo ADN. En presencia de una

enzima denominada transcriptasa inversa, induce a la célula infectada a producir copias en ADN de los genes del virus, que de esta manera se incorporan al genoma celular. Estos virus del tipo ARN contienen un gen denominado oncogen viral capaz de transformar las células normales en células malignas. Distintas investigaciones han demostrado que los oncogenes virales tienen una contrapartida en las células humanas normales: es el proto-oncogen, u oncogen celular. Los productos de los oncogenes (las proteínas que producen) son factores de crecimiento (o proteínas necesarias para la acción de tales factores de crecimiento), que estimulan el crecimiento de las células tumorales.

- ❖ **Radiaciones**, uno de los factores causales más reconocidos son las radiaciones ionizantes, esta radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo a alteraciones en las células que posteriormente se convierten en cáncer, después de un periodo de latencia de varios años.
- ❖ **Productos químicos**, al permanecer en contacto con los productos químicos, por lo menos una vez, el cáncer logra aparecer después de varios años en un periodo de latencia y además frente la exposición a otro agente denominado promotor, que producen un incremento de su síntesis y la estimulación en los genes.

Algunos de estos productos químicos al actuar como iniciadores generan cambios irreversibles en el ADN. Su acción sólo tiene efecto cuando ha actuado previamente un iniciador, y cuando actúan de forma repetida.

El humo del tabaco, por ejemplo, contiene muchos productos químicos iniciadores y promotores. La actuación como promotor del tabaco es tal, que si se elimina el hábito de fumar, el riesgo de cáncer de pulmón disminuye de forma rápida. El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera importante el riesgo de cánceres que son inducidos por otros agentes, como el cáncer de pulmón en los fumadores.

- ❖ **Factores inmunes**, cuando diferentes enfermedades generan una situación en la alteración del buen funcionamiento del sistema inmunológico generan el desarrollo de muchos cánceres. Esta situación se puede observar o identificar en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), enfermedades deficitarias del sistema inmunológico congénitas, o la administración de fármacos inmunodepresores.²⁵
- ❖ **Factores ambientales**, son la causa del 80% de los cánceres. Como el humo del tabaco, inhalado de forma activa o pasiva; es responsable de cerca del 30% de las muertes por cáncer, los factores alimentarios que son responsables de un 40%, aunque no se conocen con exactitud los constituyentes de la dieta que lo producen.

La obesidad y el sedentarismo, también son factores de riesgo para algunos cánceres como el cáncer de mama, colon, útero y próstata generado por el alto contenido en grasas y el pobre contenido en fibra de la dieta que se asocian con una alta incidencia de cáncer de colon. Al igual que ocurre con el alcohol, las grasas y la obesidad parecen actuar como promotores.¹⁸

Los signos y síntomas del cáncer se pueden dividir en tres grupos:¹⁸

- Los síntomas locales:
 - bultos inusuales o hinchazón
 - hemorragia
 - dolor y/o ulceración
 - ictericia (color amarillento de los ojos o de la piel)
- Síntomas de las metástasis:
 - agrandamiento de los ganglios linfáticos
 - Tos y hemoptisis

- Hepatomegalia (agrandamiento del hígado)
 - Dolor óseo
 - Fracturas de huesos afectados
 - Síntomas neurológicos.
- Los Síntomas sistémicos
 - pérdida de peso
 - Falta de apetito
 - Fatiga y caquexia
 - Sudoración nocturna
 - Anemia, trombosis o cambios hormonales.
- Los signos y síntomas dependen de la localización, tipo y severidad de la enfermedad, cada cáncer tiene su conjunto de síntomas.⁽¹⁹⁾
 - Cambios o aparición de verrugas y lunares de aspecto anómalo
 - Una herida que no cicatriza
 - Tos persistente
 - Cambios obvios en los hábitos vesicales e intestinales
 - Engrosamiento o protuberancia en cualquier parte del cuerpo
 - Sangre en la orina sin dolor al orinar
 - Sangre en las heces
 - Fatiga exagerada
 - Febrícula persistente
 - Dolor abdominal pertinaz
 - Pérdida de apetito, pérdida de peso
 - Recurrentes sangrados nasales
 - Aparición de muchas contusiones

Tratamiento del paciente oncológico: Los principales tratamientos con el cáncer son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.

- **Cirugía.**-Es la técnica usada para remover los crecimientos cancerosos. Utilizada en diferentes tipos de cáncer, este tejido que es retirado del paciente es usualmente examinado por un patólogo para detectar señales de células tumorosas al borde de la incisión. Esto se hace para asegurar de que todas las células cancerosas detectables hayan sido removidas, de no ser así se deberá emplear en combinación con la radioterapia y/o quimioterapia. La combinación de los tratamientos depende en el tipo, el lugar, y el tamaño del tumor.*El objetivo es para diagnosticar el cáncer; determinar dónde está alojado, si se ha diseminado, y si está afectando las funciones de otros órganos del cuerpo; restablecer el aspecto o la función del cuerpo. ¹⁹
- **Radioterapia.**- Este es un tratamiento a nivel local del cáncer mediante la ayuda de un sistema que emite radiaciones ionizantes, estas radiaciones depositan energía que lesiona o destruye a las células en el área de tratamiento (el tejido blanco u objetivo) al dañar el material genético (DNA) de células individuales, imposibilitándoles el seguir creciendo.Pueden ser emitidas por una fuente interna o externa.²⁰
- **Terapias biológicas.** Son los tratamientos destinados a mejorar el sistema inmune o de defensas del paciente para que le ayude a atacar a las células cancerosas. Se llama también inmunoterapia.
- **Tratamiento con Quimioterapia.**-Más de la mitad del porcentaje de pacientes diagnosticados con cáncer, reciben quimioterapia sistémica como tratamiento de la enfermedad recurrente, empleado como terapia secundaria después del tratamiento local o para una enfermedad hematológica, en el cual cumplirá el objetivo de evitar la multiplicación de las células cancerosas, la invasión a los tejidos adyacentes o el desarrollo de metástasis. Este tratamiento consiste en la administración de

medicamentos citotóxicos para poder tratar el cáncer. Este tratamiento va a ofrecer curación, control o tratamiento paliativo en conjunto con los otros tratamientos.²¹

La quimioterapia es un tratamiento a nivel sistémico, y que puede ser utilizado mediante cinco formas:²²

- Terapia Adyuvante: Se utiliza como tratamiento complementario en relación a otro tratamiento como la cirugía, radioterapia o bioterapia con el fin de tratar la micrometástasis.
- Quimioterapia Neoadyuvante: Este tipo de quimioterapia se utiliza con el fin de reducir el tumor antes de extirparlo mediante la cirugía.
- Terapia Primaria: Es empleado en pacientes con cáncer localizado en quienes existe un tratamiento alternativo pero que no logra ser completamente efectivo.
- Quimioterapia de inducción: Esta clase de quimioterapia se refiere más a una terapia farmacológica que se administra en forma de tratamiento primario en pacientes con cáncer que no cumplen con un tratamiento alternativo.
- Quimioterapia Combinada: Este tipo de quimioterapia es aquella en la cual se administra de dos a más agentes quimioterapéuticos para tratar el cáncer, esto permite que cada medicamento logre potencializar la acción del otro, o que actúen de manera sinérgica.²²

Las vías de administración de la quimioterapia, dependen de la localización anatómica del cáncer, los fármacos antineoplásicos se pueden administrar por diferentes vías con el objetivo de que alcancen las células cancerosas de la forma más rápida y directa posible:

- Vía oral, Vía tópica, sobre la piel en forma de crema o loción, Vía intravenosa, (IV), Vía intramuscular (IM), mediante inyección en un músculo, Vía subcutánea, (SC), Vía intraarterial, Vía intratecal, en el interior del sistema nervioso central (SNC) a través del líquido cefalorraquídeo (LCR), Vía intrapleural, en el interior de la cavidad pleural, que rodea los pulmones, Vía intraperitoneal, en el interior del peritoneo que rodea el aparato digestivo, Vía intravesical, en el interior de la vejiga urinaria, Vía intralesional, directamente en el interior del tumor.²³

Los fármacos son compuestos quimioterápicos que tienen gran potencial de generar efectos adversos, los cuales ocasionan daños a las células en división. Estas células se les considera las más vulnerables ya que se dividen rápidamente, como es el caso del ciclo celular corto de la médula ósea, los folículos del pelo y el epitelio del tracto gastrointestinal. La quimioterapia destruye las células cancerosas que crecen rápidamente. Pero también puede afectar las células sanas que crecen rápidamente.²³

Los efectos adversos tienen un grado de severidad, van desde lo más leve a letal, esto depende de muchos factores como lo son el agente, la dosis administrada y el estado del paciente. Para ello es de gran importancia que los trabajadores de salud asignados a esta área, sean capacitados, y que conozcan los efectos adversos de las drogas y el tiempo aproximado de eliminación, como también considerar los criterios recomendados para calificar el grado de toxicidad del fármaco. Entre los efectos adversos más comunes están:²⁴

- Nausea y Vómito: Estos síntomas son los más frecuentes, pero también los más temidos, se presentan de forma incontrolada, desagradables, además que contribuyen a la anorexia y fatiga y puede producir serios problemas tales como un desbalance hidroelectrolítico y la interrupción adecuada del tratamiento.

Se han identificado tres patrones de emesis en los pacientes que reciben quimioterapia:

- a) Dentro de las primeras 24 horas de la exposición, se presenta la emesis aguda, considerándose ser la más severa.
- b) La emesis tardía empieza 18 – 24 horas después de la quimioterapia y puede persistir por 72 a 96 horas, incluso hasta por 7 días con un pico a las 48 – 72 horas.
- c) La emesis anticipatoria ocurre en pacientes que tuvieron un deficiente control de la emesis en tratamientos previos, el paciente relaciona a los olores, gente o lugares con la experiencia negativa anticipada.

- Estomatitis: La mucositis oral y otras complicaciones relacionadas a la mucosa oral son producidas por su vulnerabilidad hacia los efectos de la quimioterapia, debido al rápido crecimiento y velocidad de reemplazo de nuevas células del epitelio. La mucositis se presenta de diversas formas, de discretas a severas, afectando la ingesta de alimentos sólidos y hasta incluso líquidos, así como la interferencia en la comunicación y retarda el tratamiento o condiciona a reducción de dosis. La probabilidad de desarrollar una estomatitis por la quimioterapia dependerá del agente, la dosis y el esquema de administración, la administración continua de antimetabólicos hace más posible que se presente este síntoma adverso. Los agentes quimioterápicos que desarrolla mucositis son: Antimetabólicos, Antibióticos, Alcaloides y Otros.

Se debe considerar otros factores que conllevarían a desarrollar la estomatitis como son el uso de cigarrillo y alcohol, la malnutrición y la edad, uso de esteroides y la preexistencia de enfermedad dental.

En una estomatitis indirecta, secundaria a mielosupresión se presenta 10 a 14 días después de la administración de la quimioterapia, los pacientes están en mayor riesgo de adquirir una infección local bacteriano, virales y fúngicas. Para ello se deberá realizar una evaluación dental antes de iniciar la quimioterapia y tener una buena higiene oral.

- Diarrea: En la gran mayoría de pacientes que son diagnosticados con cáncer del tracto gastrointestinal, como el cáncer de colon y recto, desarrollan diarreas por las quimioterapias. La diarrea no es una enfermedad, sino un síntoma, con frecuencia provocado o inducido en respuesta a otra afección o a un tratamiento (por ejemplo, los tratamientos contra el cáncer como la quimioterapia y la radiación). A veces se hace referencia a la diarrea como "descomposición".

Los opioides sintéticos son los antidiarréicos más comúnmente usados por sus bajos costo excelente tolerancia; no genera diarreas severas,

- Pérdida del cabello (alopecia): Durante el tratamiento, el cabello puede volverse más fino o puede caerse completamente, dependiendo de qué tipo de medicamentos quimioterapéuticos esté recibiendo. Su cabello volverá a crecer después de que termine el tratamiento y puede ser que tenga un color y una textura distinta. El usar champús suaves, cepillos suaves para el cabello y calor bajo puede ayudar a disminuir la pérdida del mismo. Algunas mujeres pueden elegir el cortarse el cabello corto de antemano para tener algún control sobre la pérdida de su cabello. También se le puede caer el vello del cuerpo, las pestañas y las cejas. Sin embargo, éste también le volverá a crecer una vez que termine el tratamiento.
- Mielosupresión: El tejido más frecuente afectado por la quimioterapia es la médula ósea (MO), considerándose el efecto adverso más serio producido por estos fármacos. Para ello se debe considerar diversos factores determinantes de la Mielotoxicidad.
 - ✓ Reserva de la médula ósea.
 - ✓ Edad del paciente.
 - ✓ Historia de la quimioterapia.
 - ✓ Médula ósea comprometida con cáncer.
 - ✓ Estado nutricional del paciente.
 - ✓ Capacidad de metabolizar las drogas normalmente.
 - ✓ Tipo de quimioterapia.

La médula ósea está conformada por una jerarquía de células indiferenciadas que dan origen a las células maduras diferentes a la de la sangre periférica; ente la más inmadura se considera a la célula tallo pluripotencial, debido a que cumple la capacidad de autorenovarse, también tienen la facultad de diferenciarse de las células hijas progenitoras que son programadas para los

tipos celulares de medula ósea y están encargadas de reemplazar las células deterioradas de la sangre periférica.

La neutropenia (granulocitos inferior de 1.000/mL), tendrá un tiempo de duración dependiendo de la severidad y tipo de infección.

La infección es un síntoma característico de los pacientes oncológicos que reciben quimioterapia. Estas infecciones en su mayoría provienen de la propia flora bacteriana del paciente, de los reservorios del ambiente, y la falta del aseo personal.

En el curso temprano de la neutropenia, la infección es consecuencia de bacteria endógenas relativamente no – resistentes; sin embargo en neutropenia prolongada se debe a bacterias resistentes por bacterias y hongos. Cuando se presentan erosiones a nivel de la piel y mucosas, aumenta el riesgo de infección para los pacientes. Las zonas en donde pueden desarrollarse y diseminarse son en la piel, periodontium, orofaringe, colon y región perianal.

- **Necrosis Tisular:** La necrosis tisular se observa mediante una extravasación venosa de los fármacos quimioterápicos, produciendo daños en los tejidos que pueden ir desde la irritación hasta la necrosis.
- **Depresión:** La depresión es una tristeza persistente que interfiere en las actividades habituales de una persona enferma y afecta su capacidad para cumplir sus funciones en el hogar, el trabajo, la comunidad o la escuela. La depresión también se describe como un estado melancólico, abatido, desesperado o descorazonado, afectando tanto a hombres como a mujeres. Los medicamentos comúnmente recetados para los pacientes con cáncer pueden ser uno de esos factores de riesgo, debido a su efecto secundario. Algunos ejemplos son: analgésicos, anticonvulsivos, antihistamínicos, agentes antiinflamatorios, antineoplásicos, agentes de quimioterapia, hormonas, agentes inmunosupresores y esteroides. Sin embargo la causa más precisa de presentar una depresión en los

pacientes oncológicos son debido a que estas personas no se encuentran física ni mentalmente preparadas para poder hacer frente al cáncer, como ocurre en el cambio de apariencia física, que en esta situación va a afectar notablemente el grado de autoestima y autovaloración en el paciente. También puede aparecer la depresión por cómo se presente la enfermedad según el estadio en que se encuentre. Además que pueden influir factores socioculturales y económicos que intervendrían en la estabilidad emocional del paciente.

En el Significado del cáncer en el Paciente, intervienen factores intrínsecos y extrínsecos: entre los factores intrínsecos, está la respuesta individual de los pacientes para enfrentarse a la enfermedad y su tratamiento lo que les causa gran incertidumbre personal y familiar. El significado de la quimioterapia en la vida personal, está vinculada a partir de experiencias de otros familiares y amistades que han atravesado por esta situación, los prejuicios culturales y la información proporcionada por los medios de comunicación. Estas fuentes pueden o no causar en el paciente aspectos beneficiosos o perjudiciales para afrontar la situación y adaptarse de manera positiva. La enfermera puede observar patrones de respuesta o comportamientos similares, por lo que es fundamental recordar que cada persona diagnosticada con esta enfermedad (cáncer), atraviesa por una situación única enmarcada por sus experiencias muy personales de vida.^{25,26.}

Los cambios físicos, que generan los tratamientos, influyen en el impacto personal, afectan su autoestima y autovaloración, y social en relación al trato que le puede ofrecer la sociedad. Se debe tener presente que ante el diagnóstico inicial, el paciente puede manifestar una serie de preocupaciones, temores ante los cambios en el estilo de vida, a la presencia de alteraciones físicas y psicológicas como la ansiedad y estrés.^{25,27.}

Desde el momento en que el paciente es diagnosticado de cáncer, debe de cumplir con un tratamiento difícil, lo que puede empeorar o mitigar sus sentimientos²⁵, según sea su edad y etapa de la vida en que se encuentra pueden afectar

las percepciones, la comprensión y la aceptación de la enfermedad y al tratamiento, sumándose a otras situaciones como cambios en el matrimonio, el nacimiento de un hijo, la jubilación y el desempleo temporal o definitivo, que pueden aumentar su estrés. Ante todo esto, la enfermera deberá de tratar de comprenderlo por la situación que atraviesa, siendo capaz de enseñar y apoyar al paciente y a su familia durante este periodo tan difícil que atraviesan.^{25, 28.}

Un aspecto que la enfermera no debe descuidar es el sufrimiento espiritual que experimentan tanto el paciente como su familia, ante la lucha que trae consigo los efectos de la enfermedad, unos tendrán una íntima relación con Dios, otros se quejarán de la injusticia en el mundo. Generalmente estas situaciones confrontan el concepto de que tan justo es Dios, pues tratan de explicar o transformar el mal en bien y el dolor en privilegio.²⁹ Ante ello, se formularán muchas preguntas, en las que pocas veces encontrarán respuesta.

Algunos sentirán que su fe, se incrementa, y otros sentirán lo contrario, se desilusionan; en tales situaciones la intervención de la enfermera debe ser de gran ayuda, deberá escucharlos sin emitir juicios, les darán oportunidades para que el cuenten su historia y los valores desarrollados en su vida, esto les servirá de mucha ayuda para guiarlos en la búsqueda de una asesoría espiritual.³⁰

Durante la enfermedad y el tratamiento el paciente pasa por un proceso de adaptación, en la fase inicial de la enfermedad el paciente experimentará un grado de amenaza, dificultando su capacidad para poder adaptarse o afrontar la situación con el tiempo. El proceso de adaptación se caracteriza por una serie de etapas, iniciará adquiriendo información sobre la enfermedad, las respuestas emocionales del individuo y sus familiares, y la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida para poder afrontar las exigencias del tratamiento, aflorando muchas inquietudes dependiendo de su requerimiento de la atención del cáncer.^{30,31.}

Los factores extrínsecos pueden influir en la evolución de la respuesta psicoemocional, a medida que la enfermedad avanza, se observa una respuesta psicoemocional que afecta e influye en el tratamiento y recuperación del paciente ente los cuales está, la Crisis existencial ocurre a los tres meses, de haber sido diagnosticado y tener conocimiento de su tratamiento basada en la quimioterapia, se genera un estado de angustia, en el cual se inicia con una situación de shock inicial que posteriormente pasa a un afrontamiento del plan de tratamiento y los efectos secundarios, y debido al gran temor a la muerte este intervalo es recurrente, ya que en términos generales, la angustia emocional está relacionada al grado de cambio físico.³²

En el que el paciente se adaptará a los efectos secundario a largo plazo y el temor de la recurrencia de la enfermedad, en el cual una adaptación exitosa consiste en llevar una vida sin tomar demasiada atención a los cambios relacionados con la quimioterapia y lograr el nivel de cumplimiento y autonomía frente a los cambios, ampliando el interés de planes futuros.

Las recaídas generadas por los efectos secundarios de la quimioterapia, son frecuentes los que pueden estar estrechamente relacionados tales síntomas con la propia experiencia que se encuentra atravesando el paciente. Este periodo puede ser prolongado o evolucionar rápidamente a la fase terminal de la enfermedad causando un deterioro físico y mental. En algunas ocasiones en que la enfermedad ha avanzado determinante puede presentarse el proceso de muerte que fue estudiado por Kubler – Ross, quien identificó cinco fases: Negación, Ira, Negociación, depresión y aceptación. Para ello también se establecieron dos tareas importantes que deben realizarse durante el proceso de muerte. La primera consiste en que el moribundo reciba el permiso para morir de cada una de las personas importantes que va a dejar. La segunda tarea es que el moribundo se desligue de las personas importantes y las posesiones más queridas. En este proceso la enfermera debe apoyar a los familiares que a pesar de sentirse angustiados, permitan que su familiar descanse en paz y que afronte la realidad de que su presencia ya no se encontrará entre nosotros, todo ello repercute en la calidad de vida del paciente.³³

Calidad De Vida

Según la OMS, la calidad de vida es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, 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 muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.³⁴

Levi y Anderson (1980, p.6) menciona que el término calidad es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo, de felicidad, satisfacción y recompensa, las medidas pueden referirse a la satisfacción global en las que se incluya aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación, sentido de pertenencia en grupos y de confianza.³⁵

Blanco, 1988, Cuando nos referimos al concepto calidad de vida estamos haciendo referencia a una diversidad de circunstancias que incluirían, además de la satisfacción de las viejas necesidades, el ámbito de relaciones sociales del individuo, sus posibilidades de acceso a los bienes culturales, su entorno ecológico-ambiental, los riesgos a que se encuentra sometida su salud física y psíquica, etc. Es decir, se hace referencia a un término que es sinónimo de la calidad de las condiciones en que se van desarrollando las diversas actividades del individuo, condiciones objetivas y subjetivas, cuantitativas y cualitativas. La pieza central de la calidad de vida es la comparación de los atributos o características de una cosa con los que poseen otras de nuestro entorno³⁶

Para Celia y Tulsy, 1990, Calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento, es decir con su nivel de bienestar físico, mental y social, comparado con el que percibe como posible o ideal.³⁷ Así esta definición sugiere que la enfermedad compromete al individuo de una forma holística.

En base a estos conceptos presentados por los autores se considera conceptualizar la Calidad de vida como es un estado de satisfacción general, en relación a las potencialidades que tenga la persona, que serán de forma subjetiva u objetiva. Refiriéndose al aspecto subjetivo como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad que perciba, sus logros como persona y su salud objetiva. Y en el aspecto objetivo como el bienestar material, las relaciones en armonía con el ambiente físico y social, y la salud percibida de manera objetiva.

Dimensiones de La Calidad De Vida: Las dimensiones de la calidad de vida son dominios esenciales o primarios: en las que se ha considerado emplear para evaluar la calidad de vida en el paciente oncológico están: Dimensiones Físicas, Ocupacional, Psicológicos y social.³⁸

- **Dimensión Física:** Es la percepción de la persona sobre su estado físico o salud, en base a la presencia o ausencia de enfermedad, los síntomas físicos que se puedan producir ya sea por la enfermedad y las reacciones adversas ocasionadas por el tratamiento; convirtiéndose en aspectos que pueden gran influencia en su calidad de vida.³⁹
- **Dimensión Laboral o desempeño del rol:** Esta dimensión se puede describir como la necesidad que tiene el ser humano de sentirse útil para la sociedad y para sí mismo , desempeñando un rol dentro de la sociedad en que se desarrolla. Incorporando la capacidad y deseo de llevar a cabo su rol o las labores del hogar, y funciones laborales. Puede ser parte esencial de la identidad y la autovaloración del ser humano.⁴⁰
- **Dimensión Psicológica:** Es la percepción de su estado cognitivo y afectivo que intervendrán en la habilidad de enfrentar a los presentes o futuros problemas físicos y psicológicos y de manejar o controlar los momentos de ansiedad, temor, falta de comunicación, baja autoestima, depresión, la incertidumbre del futuro;también incluyen las creencias personales, espirituales y religiosas.^{39,41.}

Los pacientes que sufren de depresión y ansiedad son incapaces de divertirse adecuadamente en las áreas que se consideran contribuir a la calidad de vida.³⁹

El estado de salud psicológico será equilibrada solo en personas con capacidades para adaptarse y ajustarse a las pruebas de la vida, o que cuentan con apoyo incondicional o un soporte de los profesionales de la salud, familia y amigos.

- **Dimensión Social:** Es la percepción del individuo hacia las relaciones interpersonales y los roles que desarrolla en la sociedad, presentando necesidad de apoyo emocional y económico, afecto y comprensión todo por parte de la familia y amistades, no dejando de lado, la relación enfermera –paciente.

En estas circunstancias los familiares, amigos cercanos y profesional de salud, se ven involucrados en el manejo del proceso que conlleva esta enfermedad, con la tentativa de romper lazos de relación, debido a la depresión que es generada por el miedo al abandono o alejamiento de los seres queridos, fomentando una conducta de evitación, que puede tener un impacto devastador en la calidad de vida de los individuos en sus relaciones sexuales y sentimentales para muchos individuos, enfermos o sanos.³⁹

Calidad de Vida en Cáncer:

En vista a que se ven afectados las dimensiones de la calidad de vida en la persona enferma, una más que otras, pero que en su totalidad se verán englobadas, generarán una gran influencia en la sensación de bienestar y en la calidad de vida, no sólo de los pacientes, sino también de sus amigos y parientes.

Este desequilibrio emocional y psicológico, se originan en base al desconocimiento del paciente y allegados sobre el tratamiento de la enfermedad y en la cantidad de tratamientos necesarios y sus efectos secundarios. Este desconocimiento de

los pacientes, puede ser perjudicial para su calidad de vida, debido a que no podrá responder a sus preconcepciones, teniendo que señalarlo como una enfermedad fatal y siguen un tratamiento ineficaz, otros lo asocian a una puede ser incurable, contagiosa,acompañada de un dolor incontrolable, manifestándose las sensaciones de disgusto, repulsión y miedo, creando desconfianza mediante conozca o se informe sobre la enfermedad.

Sin embargo, el cáncer y sus tratamientos son altamente destructivos, pues se requiere de la extirpación de las células malignas mediante la cirugía, radioterapia o quimioterapia siendo tratamientos dolorosos y casi insoportables; que no garantizan la vida y el pronóstico del paciente, en este transcurso es importante la forma en que los pacientes afrontan el problema del cáncer.³⁸

Afrontamiento

Lazarus y Folkman,describen El afrontamiento como un tipo de respuesta multidimensional y dinámica que se genera ante una situación que se percibe como estresante. Las respuestas ante el estrés son fruto de una interacción, que es continua, entre cada persona y su medio. En dicha interacción cada situación será percibida como estresante o no por el individuo en función de diferentes factores psíquicos del mismo más que de las características objetivas del suceso.⁴²

Una vez que la situación se percibe como estresante la persona desarrolla una serie de estrategias para enfrentarse a la situación que se llaman estrategias de afrontamiento. De las cuales serán factores influyentes sobre la valoración que se hace de la situación presente y sobre la respuesta al estrés. Considerándose como determinantes de las respuestas de estrés.⁴³

Estos autores definen el afrontamiento.

“como procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.⁴²

Aunque esta es la definición más aceptada, existen grandes diferencias entre diferentes autores al definir los “procesos cognitivos y conductuales” que configurarían las estrategias de afrontamiento.⁴² Otras definiciones de otros autores se muestran a continuación:

- Lipowski, considera que el afrontamiento es “toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones dañadas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible”.⁴⁴

- Para Weisman y Worden definen el afrontamiento es lo que uno hace ante un problema que percibe para conseguir alivio, recompensa, calma o equilibrio. Diferencian afrontamiento de defensa, en el sentido de que el afrontamiento busca solución a un problema que se plantea, mientras que la defensa busca el alivio mediante la evitación o la desconexión.⁴⁵

- Pearlin y Schooler, definen el afrontamiento como toda respuesta ante eventos estresantes que sirve para prevenir, evitar o controlar el malestar emocional que generan dichos eventos estresantes.

En función de esta idea el afrontamiento tendría tres funciones de protección que se producirían mediante los siguientes procesos:

1) manejando el problema que causa el malestar eliminando modificando las condiciones que lo generan

2) alterando el significado de la experiencia para neutralizar su significado problemático.

3) regulando el malestar emocional generado por el problema. La función que predomina estaría en función de la evaluación individual de la situación.⁴⁶

Funciones del Afrontamiento:

1) Regular las emociones que desencadena la evaluación cognitiva de la situación.

Refiriéndose al afrontamiento dirigido a las emociones, empleando estrategias cognitivas como: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparación positiva, ver la parte positiva de las circunstancias. Y las que no son estrictamente cognitivas son: conducta emocional, buscar apoyo emocional; actuando como distractores.

2) Cambiar la relación persona-ambiente problemática, refiriéndose al afrontamiento dirigido al problema que consiste en estrategias de resolución de problemas que pueden adquirir determinadas destrezas, disminuir el nivel de aspiraciones.⁴⁷

En el caso del cáncer podría desencadenarse ambos tipos de respuestas de afrontamiento, en el que refiriéndose al afrontamiento dirigido al problema será predominante ocasionando en el paciente un valor constructivo y el afrontamiento dirigido a la emoción podría generar un estado de estrés significando un obstáculo permanente e incontrolable.⁴⁸

Clasificaciones del afrontamiento:

Los estilos de afrontamiento son aquellas que se hacen frente a situaciones y los que van a determinar el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, estabilidad emocional y situacional.

Lazarus y Folkman plantearon dos estilos de afrontamiento:

- Afrontamiento dirigido al problema.- Orientado a un cambio denominado como amenaza para el sujeto. La superación de estas situaciones aumentará las capacidades de la persona. Implicando reforzar el rol del individuo en su entorno, tanto social como personal, generando su autoeficacia ante futuros retos.

- Afrontamiento dirigido a la emoción.- Durante el transcurso de la enfermedad o situación estresante el individuo decidirá por separar el afrontar la situación problema por busca un alejamiento considerando un manejo irracional, creando pensamientos positivos a favor, o de negación, en otros casos de inculpar a otros de su responsabilidad en lo ocurrido. ⁴⁸

Estrategias de afrontamiento:

Son los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

Lazarus y Folkman, señalan varias estrategias de afrontamiento: ⁴²

- ❖ Confrontación: Son los esfuerzos agresivos para cambiar la situación, conllevan hostilidad y asunción de riesgos.
- ❖ Distanciamiento: esfuerzos por alejarse del problema y por ignorarlo.
- ❖ Auto-control
- ❖ Búsqueda de apoyo social
- ❖ Aceptación de la responsabilidad
- ❖ Escape-evitación: pensamiento desiderativo y esfuerzos conductuales dirigidos a escapar de la situación (comer, beber, dormir, etc.)
- ❖ Solución planificada de problemas: esfuerzos dirigidos al problema para alterar la situación junto con un acercamiento analítico para solucionar el problema.
- ❖ Reevaluación positiva. Esfuerzos por dar un significado positivo a la situación, enfocándola por ejemplo hacia el crecimiento personal. A veces puede tener un sentido religioso.

Es posible que las estrategias de afrontamiento que elija una persona tengan un lazo sensible con su personalidad, aunque no sean tan fuertes como para predecir o tener influencia en las estrategias, ya que las correlaciones son débiles.

Afrontamiento al Cáncer y Tratamiento

Es muy importante tener en cuenta, en el proceso de afrontamiento del tratamiento, las valoraciones que el paciente hace sobre su situación o el grado de amenaza que percibe, serán de influencia importante, aparte de sus rasgos de personalidad, los aspectos culturales, las connotaciones y el significado que se confiere el recibir quimioterapia.^{49,50.}

Para Bayés, las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por los pacientes que tienen cáncer y reciben tratamiento⁵¹ serían:

- 1) Buscar información: sobre la enfermedad y tratamientos. Parece ayudar a combatir la incertidumbre.
- 2) Buscar apoyo y confortación: ayuda a combatir sentimientos negativos y aumentar la sensación de control sobre la situación.
- 3) Atribución: consiste atribuir causas concretas a lo que sucede. Sirve para disminuir la incertidumbre y aumentar la sensación de control.
- 4) Acción impulsiva: se expresa por medio de ira, desconsuelo u otras expresiones emocionales de sufrimiento.
- 5) Evitar confrontaciones: consiste en una actitud pasiva y distante ante lo que sucede, evitando reflexionar sobre ello o a implicarse en los problemas que plantea. Sirve para evitar sentimientos negativos y proteger la autoestima.
- 6) Afrontamiento activo: supone una actitud activa de búsqueda de soluciones a los problemas desde una perspectiva racional. También contribuye a mantener la sensación de que la situación está bajo control.

El padecer un cáncer y enfrentarse a un tratamiento con sus respectivos efectos secundarios resulta ser una situación de total incertidumbre y estrés, que puede movilizar estrategias de afrontamiento más primitivo, egocéntrico y menos realistas, tal y como plantean Lazarus y Folkman⁴² para las situaciones percibidas como de mayor estrés.

La percepción individual de la situación y el significado subjetivo atribuido a la misma influye de una forma significativa en la elección de una estrategia de afrontamiento particular. A pesar de todos los aspectos negativos de la situación, es posible que se perciba lo que se está viviendo como un reto en el que la enfermedad, el tratamiento y sus efectos adversos se convierten en enemigos con los cuales deberá de luchar o incluso en ocasiones puede suponer una oportunidad de descubrir aspectos positivos de la vida.⁵¹

También influye el momento de la vida en el que se produce el diagnóstico, pues no es igual en una persona joven con más proyectos de futuro que en alguien que está en una edad avanzada; aparte de que los recursos de personas más jóvenes pueden ser más limitados por su inexperiencia para enfrentarse a diversas situaciones estresantes de la vida.

Otro factor importante tiene que ver con las experiencias previas del pacientes o de personas cercanas con el cáncer que reciben tratamiento y comentan sobre los efectos adversos que ésta ha ocasionado en sus vida, y de cómo se hayan valorado dichas experiencias, de su impacto emocional y del resultado final de dicha situación.⁵⁰ Algunos pacientes han referido que las creencias religiosas les reportan mayores niveles de bienestar , que han sido relacionadas con el apoyo social que les ofrece una asociación cristiana e incluso menores niveles de dolor en pacientes que no han podido superar los efectos adversos que ha generado el tratamiento.⁵²

El apoyo social resultara fundamental en el afrontamiento repercutiendo en la reacción ante el mismo y su significado; la búsqueda del mismo puede ser una estrategia de afrontamiento, que puede influir directamente en el estado psíquico y puede modificar la autoestima del paciente en función de la respuesta de los otros ante su situación.

Intervención de la Enfermera:

La enfermera cumple un rol importante mediante la educación, en la promoción del autocuidado, mejoras en la calidad de vida del paciente y el afrontamiento eficaz del paciente y su familia.

Durante el tratamiento existen efectos psicológicos y sociales en la dinámica familiar, que es diferente para cada miembro; dependiendo de cómo se perciba ésta: Como una amenaza o una oportunidad. La diferencia en las percepciones y las expectativas obstaculiza la comunicación, lo que impide el afrontamiento eficaz y el desarrollo potencial. En la familia también es importante la comunicación con el enfermo. No solo porque él está en casa sino porque la familia es el principal agente proveedor de cuidados y vive un proceso similar y paralelo al del paciente, también tiene muchos temores y ansiedades cerca de lo que puede pensar de cómo, cuándo y qué ayuda va a tener disponible para afrontar las diferentes situaciones.^{54,55.}

Como se ha mencionado la enfermera a través de la educación puede prevenir o eliminar éstos obstáculos. La intervención terapéutica de las enfermeras y de los cuidadores (Familia), son fundamentales en estos momentos de gran susceptibilidad y serán más eficaces si van precedidos por una valoración cuidadosa y el establecimiento mutuo de objetivos. Es necesario considerar los objetivos y prioridades de cada persona. El establecer los objetivos y las prioridades promueve las responsabilidades compartidas. El nivel de comunicación ayuda a reducir las demandas, hacer más llevadero los problemas y a combatir el agotamiento.⁵⁶

Teoría del ajuste psicológico al cáncer de Moorey y Greer

Es un modelo sobre el significado personal del cáncer y el proceso de adaptación al mismo.⁵⁷ Desde la perspectiva de este modelo, el diagnóstico del cáncer produciría una ruptura del sentido de invulnerabilidad personal. Ante esta situación los pacientes desarrollan un proceso de evaluación cognitiva respondiendo a tres cuestiones.⁵³

1) Grado de amenaza: La enfermedad se podría considerar como reto, gran amenaza, daño o pérdida. A diferencia de Lazarus y Folkman, para estos autores la negación es irrelevante o inmersa dentro de las estrategias mencionadas.⁴²

2) Capacidad de ejercer algún control

3) Pronóstico: El significado personal sobre la enfermedad tiene una gran importancia en este modelo y a su vez influye en el grado de control percibido.

Los pensamientos, sentimientos y conductas asociadas a las evaluaciones del sujeto representan el estilo que tendría como aspecto central un esquema cognitivo que selecciona, filtra e interpreta la información relativa al cáncer que se configura en un esquema de supervivencia.

Dicho esquema incorpora una triada cognitiva sobre el cáncer que tiene los siguientes elementos: visión del diagnóstico, control percibido y visión del pronóstico. Este esquema de supervivencia selecciona la información ambiental y selecciona la información inconsistente con el estilo de ajuste del sujeto.⁵⁷

Utilizan el término estilo de ajuste para no especificar si la respuesta al diagnóstico debe entenderse en términos de rasgo o estado, aunque consideran más práctico entenderlas como estado mientras no se demuestre otra cosa.⁵⁷

Moorey y Greer proponen los siguientes cinco estilos⁵⁷ de ajuste ante la situación del diagnóstico de un cáncer:

- ✓ Espíritu de lucha: consiste en vivir el diagnóstico como un reto, percibiendo control en el presente y teniendo una sensación de pronóstico optimista. Las estrategias de afrontamiento se manifiestan mediante búsqueda de información, teniendo un papel activo en la recuperación y con intentos por seguir con la vida habitual. Hay un tono emocional positivo y ligera ansiedad.
- ✓ Evitación o negación: no ven el diagnóstico como amenaza, no se plantean la necesidad de control y tienen una sensación de pronóstico optimista. La estrategia de afrontamiento sería la minimización. El tono emocional es sereno.

- ✓ Fatalismo o aceptación estoica: ven el diagnóstico como una ligera amenaza, la percepción de control está ausente o depende de otros y con relación al pronóstico se acepta con dignidad el que tenga que pasar, pues se desconoce. Las estrategias de afrontamiento son mediante la aceptación pasiva y las estrategias dirigidas al problema estarán ausentes. El tono emocional es sereno.
- ✓ Desamparo y desesperanza: ven el diagnóstico como una gran amenaza o pérdida real, no hay percepción de control y la expectativa sobre el pronóstico es pesimista. Las estrategias de afrontamiento son la rendición, la ausencia de estrategias dirigidas al problema y la expresión emocional. El tono emocional es depresivo.
- ✓ Preocupación ansiosa: ven el diagnóstico como una gran amenaza, hay incertidumbre sobre si se puede ejercer algún control sobre la situación e incertidumbre sobre el pronóstico. Las estrategias de afrontamiento son búsqueda excesiva de seguridad, y una excesiva atención dirigida a detectar la recaída, estando muy pendientes de los síntomas físicos. El tono emocional es de tipo ansioso.

2.3. Definición de términos usados

- Calidad de vida: Es la apreciación que la persona hace sobre su vida y su satisfacción con su nivel de bienestar físico, mental y social en relación a las circunstancias en que se encuentre.
- Paciente oncológico: Persona que adolece de cáncer el cual es una crónica degenerativa, que genera destrucción de células y propagación de tumoraciones peligrosas para el buen funcionamiento del organismo.
- Afrontamiento: Es la respuesta, tanto cognitivo como conductual, que hace el individuo para hacer frente al estrés, para manejar las demandas tanto externas como internas y los conflictos entre ambas.

2.4 Hipótesis

2.4.1. General

La calidad de vida está directamente relacionada con el afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento de los pacientes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

2.4.2. Específica

Los dominios de calidad de vida más afectados y percibidos por los pacientes con cáncer se encuentran en la Escala Funcional. (aspectos físicos, rol, estado emocional, aspecto cognitivo y social).

La respuesta de afrontamiento que más utilizan los pacientes es Espíritu de Lucha.

2.5. Variables

Relación entre variables (operacionalización de variables)

Variable Independiente : Calidad de vida.

Variable Dependiente : Afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento.

2.5.1 Operacionalización de variables (Anexo A)

CAPITULO III: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1. Tipo y método de estudio

El presente estudio corresponde a una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, debido a que se busca especificar características importantes de lo que se analice y determinar el grado de relación que existe entre las variables, de nivel aplicativo porque los resultados sirvieron para explicar la calidad de vida de los pacientes con cáncer relacionados al afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento, de corte transversal debido a que la información se obtuvo en un solo momento y tiempo único.

3.2. Área de estudio

El estudio fue realizado en el servicio de Oncología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, ubicada en el distrito de La Victoria en la AV. Grau N° 700, es una institución de cuarto nivel que pertenece a la Seguridad Social (ESSALUD) brinda una atención a asegurados. El servicio de Oncología, está ubicado en el cuarto piso.

3.3 Población y muestra de estudio

La población fue seleccionada de forma no probabilística de tipo intencional, comprendiendo los registros de los pacientes que asisten al tratamiento de quimioterapia en el 2011. Para la muestra de estudio, se aplicó la fórmula de Población finita se logró con 150 pacientes que cumplían los criterios:

La fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra fue la siguiente:

FORMULA = POBLACION FINITA

$$L = \frac{N * Z^2 * P * Q}{E^2 * N - 1 + Z^2 * P * Q}$$

$$L = \frac{245 * 3.84 * 0.50 * 0.50}{0.0025 * 244 + 3.84 * 0.60 * 0.50}$$

$$L = \frac{235.2}{0.61 + 0.96}$$

$$L = \frac{235.2}{1.57}$$

$$L = 149.8$$

$L = 150$ pacientes

<p>N = Población finita Z = Nivel de confianza P = Probabilidad de acierto Q = Probabilidad de no acierto E = Error</p>

Población total N= 245

Nivel de confianza (Z_{α}) = 1.96

Margen de error (i^2) = 0,05 (5%)

Probabilidad de que sucede el evento (p)= 0,5

Probabilidad de que no suceda el evento (q)= 0,5

Entre los criterios que se tuvieron en cuenta para el estudio, y así evitar muestras atípicas tenemos:

Criterios de inclusión:

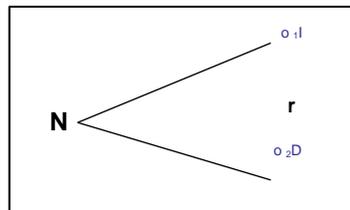
- * Pacientes oncológicos de ambos sexos
- * Pacientes que estén lucidos en tiempo, espacio y persona.
- * Pacientes con grado de dependencia I o II
- * Pacientes que acepten participar voluntariamente.

Criterios de exclusión:

- * Pacientes con alteración en el sensorio
- * Pacientes con grado de dependencia III

3.4. Diseño muestral

El presente estudio de investigación presenta un diseño descriptivo correlacional.



Dónde:

N = Número de pacientes encuestados

o₁ (I) = Calidad de vida

o₂ (D) = Afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento

La muestra tiene las siguientes características:

De los 150 participantes en el estudio, el 78.3% (118) eran de sexo femenino, la edad de la mayoría de pacientes fluctúa entre los 40 - 49 años. Asimismo, del total el 47.3% tenía un grado de instrucción de educación superior, el 57.3% eran pacientes

casados, con número de hijos entre 1-2 en su mayoría. Encontrándose el 65.3% en condición de trabajo activo, y el 90.7% de religión católica.

3.5. Técnicas de instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento dos cuestionario estructurados y sus escalas. Todos los instrumentos fueron validados en población anglosajona y Latinoamérica de pacientes oncológicos con diferentes tipos de cáncer en distintos estudios, los cuales se describen al detalle a seguir.

El cuestionario de la calidad de vida fue empleado por el organismo internacional, 1962, EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) QLQ (Quality of Life Questionnaire). Es uno de los cuestionarios más empleados en los estudios clínicos. La EORTC cuenta con el Grupo de Estudio de Calidad de Vida que fue creado en 1980 para asesorar al Centro de Datos y a los diferentes Grupos Cooperativos. Este grupo cuenta con profesionales capacitados, en la que incluye oncólogos médicos y radioterápicos, cirujanos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y expertos en metodología de la investigación en calidad de vida provenientes de Europa.⁵⁸

En los últimos años este Grupo ha realizado muchos trabajos de investigación para desarrollar instrumentos de medida de calidad de vida en los pacientes. En 1986, el Grupo realizó un programa cuyo objetivo era crear estrategias de medición de Calidad de Vida para pacientes que participaran en estudios clínicos internacionales.

Un aspecto importante era determinar el nivel de especificidad de los instrumentos, pasando por instrumentos para cáncer, para un tipo específico de cáncer, hasta instrumentos desarrollados en estudios concretos. El Grupo decidió crear un cuestionario específico para el cáncer, que se pudiera emplearse en diferentes estudios

nacionales e internacionales, y complementar con módulos específicos para cada tratamiento o tumor.

El cuestionario: QLQ-C30 específico en el cáncer a nivel general. Tiene una estructura básica que incluye 30 ítems que se reparten en 5 escalas funcionales (física, profesional, emocional, social y cognitiva), 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas/vómitos), una escala global de salud/ calidad de vida, y un número de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea) y el impacto económico. Para la mayoría de las preguntas, se emplea un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, excepto en la escala global que tiene 7.⁵⁹

El cuestionario se evaluó en un estudio internacional con una muestra de pacientes oncológicos, proveniente de 12 países, entre los que no se encontraba España. Los resultados apoyan que el cuestionario de la EORTC es un instrumento válido y fiable.

Es un documento con Copyright que ha sido traducido y validado a 81 idiomas y es utilizado en más de 3.000 estudios a nivel mundial. Se considera uno de los mejores cuestionarios de valoración de calidad de vida en cáncer. Actualmente, la versión 3.0 es la más reciente.

Para evaluar la segunda variable de Afrontamiento al cáncer y tratamiento se consideró utilizar la nueva versión del Cuestionario sobre ajuste mental al cáncer (MAC- R).La escala MAC fue creada por Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess y Robertson (1998).

Esta escala evalúa 5 de dimensiones de respuesta al cáncer como: Espíritu de lucha (16 ítems), Sin ayuda/desesperanza (6 ítems), Preocupación ansiosa (9 ítems), Fatalismo (8 ítems) y Evitación/negación (1 ítems). Watson y Cols (1988), se fundamentan en “el supuesto de que cada una de estas dimensiones de respuesta subyace un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control sobre la enfermedad y a la visión del pronóstico”.

Las dimensiones de la escala MAC se obtuvieron mediante la factorización de 40 ítems iniciales, siendo en esta nueva versión de 30 ítems reducidos y la respuesta de evitación siendo incluida en las cuatro categorías de respuesta. Se obtuvo un coeficiente alfa de Crobach, excluido evitación/negación, osciló entre 0.65 y 0.84.

Por lo tanto la escala de Mac, según Forero, ha sido admitida como “herramienta para evaluar respuestas de afrontamiento en pacientes adultos con cualquier tipo y cualquier etapa de cáncer” (2005), de esta manera ha logrado ser utilizada en diversos ámbitos de la investigación en diferentes países.

Bárez (2002) quien utilizó dicha prueba en su estudio, menciona que el MAC es un cuestionario que se aplica en estudios clínicos y determina de manera rápida posibles respuestas desadaptadas ante el diagnóstico de cáncer y permite establecer el apoyo psicológico adecuado; de igual manera Forero, Bernal y Restrepo (2005) a partir de un estudio psicométrico del MAC consideran que la utilización de escalas y pruebas psicométricas extranjeras sobre una población diferente de donde se validó resta confiabilidad de los resultados de ello, por lo tanto, encontraron pertinente modificarla de acuerdo a la población Colombiana.

Luego de una revisión bibliográfica que este instrumento es uno de los más utilizados para medir el afrontamiento en el cáncer y lo relacionado a ello, con un nivel de confiabilidad satisfactorio; se condiera emplearla en el estudio.

3.6 Confiabilidad del Instrumento

Para reforzar la confiabilidad de algunos instrumentos fueron sometidos a prueba piloto Escala para identificar la calidad de vida y el afrontamiento del paciente oncológico frente a la enfermedad y tratamiento, contando con la participación de 15 pacientes oncológicos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del sector de hospitalización, quienes presentaron las mismas características de la muestra original, cuyos resultados fueron procesados aplicando la fórmula estadística de alfa de Crombach para la variable de calidad de vida resultó 0,792; siendo alta su fiabilidad, para la variable de afrontamiento obteniéndose el valor de 0,799, también fue alta la confiabilidad; se aplicó la fórmula estadística R de Pearson mediante el programa SPSS versión 18.

3.7 Procedimientos para la recolección de datos

Inicialmente, fue solicitada la autorización al director del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen mediante la carta dirigida por la Directora de la Escuela Enfermería Padre Luis Tezza. La recolección de datos se realizó después de muchas dificultades y gestiones administrativas de dicho hospital durante el periodo de setiembre - Noviembre del 2011, con las respectivas coordinaciones con el departamento de capacitación del HNGAI y la enfermera jefa de servicio de oncología, y el comité de ética obteniéndose la respectiva autorización. Se procede a obtener la información contándose con el apoyo de una compañera quien fue instruida sobre los objetivos del estudio. Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de la encuesta, asegurándoles el anonimato para garantizar la confidencialidad de la información, previo consentimiento informado.

Cada entrevista tuvo un tiempo de duración aproximado de 20-30 minutos y fue aplicada a 150 pacientes que son atendidos en el Servicio de quimioterapia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

El periodo de recojo de información fue determinado por la jefa de servicio, en donde se aplicaron en los días útiles de 4 horas cada día. Siendo ejecutada en setiembre - Noviembre 2011 en sus propias instalaciones bajo la supervisión del personal responsable de la unidad, con esto se pretendía no perjudicar a los pacientes, manteniendo su protección de persona vulnerable.

3.8 Técnicas de procesamiento y Análisis de datos

La información obtenida de cada cuestionario se ingresó a una matriz , y así favorecer su fácil lectura; para luego analizar y describir mediante tablas y gráficos de frecuencias las variables estudiadas, utilizando la estadística descriptiva. Asimismo se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS, Versión 18.0), y para contrastar la relación entre la calidad de vida y afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento fue mediante la prueba de R de Pearson.

3.9 Aspectos éticos

El estudio cumplió con los principios básicos de la ética en investigación. Se tomó en cuenta la dignidad humana con el derecho de autodeterminación y el derecho al conocimiento estricto de la información ya que las personas con autonomía disminuida tienen el derecho a ser protegidas.

Se empleó el consentimiento informado, firmado, considerando la privacidad, el anonimato y el trato justo de los individuos en el estudio.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Resultados

Obtenida la información se procedió a limpiar los datos, se califican las respuestas de cada ítems, se suman los resultados una vez sumados los puntos se procede a la distribución de la categoría de la variable Calidad de vida y Afrontamiento, luego se codifica y se prepara la matriz mediante el programa EXCEL y se aplicó la escala de Estanino para obtener los niveles de cada variable. La información fue vaciada a la ventana de variable del programa SPSS, una vez concluida, se procede a pasar los códigos a la venta de datos y se obtienen matrices específicas de frecuencia de datos, tablas de contingencia con sus respectivas frecuencias, porcentajes que a continuación se presenta.

Cuadro 1: Características Demográficas de los pacientes.

Características Demográficas		N	%
Edad (Años)	33 – 39	10	6.7
	40 - 49	79	52.7
	50 - 59	56	37.3
	60 – 70	5	3.3
Sexo	Masculino	32	21.3
	Femenino	118	78.7
Grado de Instrucción	Primaria Completa	17	11.3
	Secundaria Completa	62	41.3
	Educación Superior	71	47.3
Estado Civil	Soltero	16	10.7
	Casado	86	57.3
	Viudo	16	10.7
	Divorciado	7	4.7
	Separado	2	1.3
	Conviviente	23	15.3
Ocupación	Desempleado	39	26
	Empleado	98	65.3
	Hogar	8	5.3
	Jubilado	5	3.3
N° de hijos	1 -2	64	42.7
	3 - 4	52	34.7
	5 a más	24	16
	Ninguno	10	6.7
Religión	Católico	136	90.7
	Evangélico	7	4.7
	Cristiano	4	2.7
	Otros	3	2

En el cuadro anterior, muestra que el 52.7% es una población comprendida entre los 40 y 49 años, 78.7% son mujeres, 88.6% con estudios de secundaria y superior, 57.3% casados, 65.3% empleados, el 90.7%, Son Católicos.

Tabla 1: Calidad de vida de los pacientes oncológicos según Escalas Funcionales percibidas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Setiembre 2011

Escalas funcionales	Ninguno %	Poco %	Frecuente %	Siempre %
Físico	0	7.3	48.7	44
Rol	1.3	15.3	72	11.3
Emocional	0	1.3	46	52.7
Cognitivo	1.3	12	33.3	53.3
Social	0	18.7	50.7	30.7

La tabla presenta en las escalas funcionales con cuatro alternativas de respuesta, se observa que el mayor porcentaje 98.7% de los pacientes refirieron tener frecuente o siempre afectado la sub dimensión emocional, el 92.7% de la sub dimensión física, el 86.6% la sub dimensión cognitiva y el 72% solo frecuente en la sub dimensión del desempeño del rol.

Tabla 2: Calidad de vida de los pacientes oncológicos según Escala de Síntomas percibidos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - Setiembre 2011

Escala de Síntomas	Ninguno	Poco	Frecuente	Siempre
	%	%	%	%
Fatiga	2	14	41.3	42.7
Dolor	0	25.3	58	16.7
Nauseas – Vómitos	30	15.3	47.3	7.3
Disnea	4.7	8	46.3	40.7
Insomnio	12.7	9.3	27.3	50
Apetito	4	16.3	27.3	52
Estreñimiento	30	15.3	47.3	7.3
Diarrea	30	15.3	47.3	7.3
*Problemas Económicos	9.3	19.3	28	43.3

En la tabla se presentan las Escalas de Síntomas con cuatro alternativas de respuesta, observándose que el mayor porcentaje 58% de los pacientes manifestaron tener frecuente dolor, el 52% refirieron tener siempre inapetencia y el 50% tenían siempre insomnio.

Tabla 3: Calidad de vida del paciente oncológico en Escala Global

percibida del Hospital Nacional Guillermo Almenara

Irigoyen - Setiembre 2011

Escala Global	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
	%	%	%	%	%	%
Condición Física General	18.7	30	27.3	13.3	8.7	2
Calidad de vida General	16	28	26	16.7	8	5.3

La tabla 3 presenta la Escala Global con cuatro alternativas de respuesta. Se observa que el mayor porcentaje 76% percibieron su condición Física General de Muy Mala a Regular y su calidad de vida 70% fue percibida también de Muy mala a Regular.

**Tabla 4: Afrontamiento percibido por los pacientes oncológicos del
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - Setiembre 2011**

Respuestas de afrontamiento	Ninguno	A veces	Frecuente	Siempre
	%	%	%	%
Espíritu de lucha	0	59.3	35.3	5.3
Desamparo/ Desesperanza	0	2.7	64.7	32.7
Preocupación ansiosa	0	6	58	36
Fatalismo/ Aceptación estoica.	0	7.3	46	46.7

La tabla presenta el Afrontamiento con cuatro alternativas, se observa que el mayor porcentaje 97.4% de los pacientes manifestaron sentir frecuente y siempre desamparo/desesperanza. 59.3% ponían en práctica a veces su espíritu de lucha, el 94% frecuente y siempre preocupación ansiosa.

HIPÓTESIS

La calidad de vida está directamente relacionada con el afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento de los pacientes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Tabla 5: Calidad de vida y nivel de afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Setiembre 2011

Nivel de calidad de vida	Nivel de afrontamiento				Total	
	Inadecuado		Adecuado		f	%
	f	%	f	%		
No saludable	57	38	48	32	105	70
Saludable	9	6	36	24	45	30
Total	66	44	84	56	150	100

Sig.=0.000 $P \leq 0.05$ Chi-cuadrado de Pearson: 15.028 significancia alta

Leyenda:

Calidad de vida : No saludable ($\leq \bar{X}$), Saludable ($\geq \bar{X}$)

Afrontamiento : Inadecuado ($\leq \bar{X}$), Adecuado ($\geq \bar{X}$)

La tabla muestra que el coeficiente de correlación para las variables es significativa ($p=0,000$). Con relación a la calidad de vida y el afrontamiento.

Se observó que el mayor porcentaje percibieron su calidad de vida no saludable 70% del cual tuvieron un nivel de afrontamiento inadecuado 38% y el menor porcentaje calidad de vida saludable 30% manifestaron tener una afrontamiento adecuado 24%

4.2 Discusión

Durante los últimos años las enfermedades crónicas degenerativas como el cáncer, constituyen un problema de salud pública mundial por considerarse altas las tasas de incidencia de morbimortalidad.

En la persona la calidad de vida se ve afectada según el avance o estadio del cáncer en que se encuentre el paciente y el tratamiento que recibe puede provocarle una serie de respuestas psicosociales que limita su afrontamiento adecuado ante la situación.

Con respecto a la escala Funcional, que comprende: el estado físico, rol, estado emocional, aspecto social y cognitivo en el presente estudio. Se observa que el mayor porcentaje 98.7% de los pacientes refirieron tener frecuente o siempre afectado la sub dimensión emocional, esto coincide con Monge⁶⁰ encontró que el mayor porcentaje de los pacientes (70.8%) se sienten poco o bastante nerviosos. Esto puede deberse al estadio del cáncer en que se encuentren los pacientes o al tamaño de la muestra que utilizó fue la tercera parte de la presente investigación. Pedro Sánchez⁶¹ hace referencia que después del diagnóstico del cáncer los pacientes tienen que superar un impacto emocional, como mental y debido a que cada persona es diferente, se podrían observar ciertas características habituales apartadas de la enfermedad como : negación, ansiedad, tristeza, irritabilidad y miedo.

Bayés,⁶² menciona que la sensación de amenaza y el sentimiento de impotencia son subjetivos. Ante el diagnóstico de cáncer, se presenta una similar intensidad de dolor físico, o de sensación de pérdida de una función corporal o de un ser querido, especificando que no se produce la misma valoración de amenaza en todas las personas ni todas ellas poseen los mismos recursos para hacerle frente. Por tanto, lo importante desde el punto de vista del apoyo emocional que pueden proporcionar los profesionales de salud, a los pacientes, no es tanto en la intervención técnica en base a los síntomas que pueda presentar sino, minimizar el grado de amenaza que alguno de estos síntomas o la misma situación en conjunto le generen a él personalmente.

El 92.7% de los pacientes frecuentemente y siempre refirieron tener que dificultades en actividades que requieran esfuerzo importante (Dimensión Física), por ejemplo realizar paseos cortos o largos, por lo que permanecían en cama o en silla la mayor parte del tiempo y necesitaban ayuda para realizar actividades simples, lo que coincide con Arteaga ⁶³, 2010 que encontró en su estudio sobre calidad de vida del paciente oncológico, en la dimensión física, el 52% (26) se encontraban poco saludable y 26% (13) no saludable. En el estudio donde Caballero ⁶⁴ menciona que este paciente se convertirá en enfermo plurisintomático y multicambiante que requiere de un enfoque ético y dinámico el cual se le brindará una atención integral por parte del personal de enfermería para mejorar su calidad de vida dentro de lo posible, ejecutando con habilidad y paciencia las acciones planificadas, dado que en el paciente oncológico algunas sensaciones adquieren mayor relevancia al disminuir la independencia y la fuerza física, como consecuencia de la enfermedad.

En el aspecto cognitivo el 86.6% de los pacientes percibieron frecuentemente y siempre dificultad para concentrarse y de recordar hechos recientes. Esto coincide con Sat- Muñoz ⁶⁵, en su estudio de la Calidad de vida en mujeres mexicanas con cáncer de mama en diferentes etapas, encontró que el aspecto cognitivo fue uno de los más afectados con 74.47 (\pm 26.02). Según Hamilton, 2005, ⁶⁶ menciona que, un efecto secundario del tratamiento (quimioterapia) como la neurotoxicidad, afecta las funciones del sistema nervioso central, generando en el cerebro alteraciones como, confusión, problemas cognitivos, problemas y pérdida de memoria, convulsiones, problemas del equilibrio problemas motores.

En la institución donde se ha llevado a cabo este estudio no se han realizado investigaciones similares, sobre la calidad de vida y afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento, por lo que se considera importante la información obtenida en donde se establecerá estrategias educativas dirigidas al personal de salud a fin de que ellos a su vez aprendan a ayudar a la familia a que brinde el apoyo necesario al paciente oncológico con actividades recreativas, manualidades, intercambio de ideas, apoyo continuo que sean reconfortables para que haya una mayor cercanía entre el paciente y la familia y hacer más llevadera mejorando la calidad de vida de estos paciente.

En lo que respecta la Escala de Síntomas, el mayor porcentaje de los pacientes manifestaron tener frecuente Dolor (58%), encontrándose que más de la mitad de los pacientes se vieron bastante afectados, lo que interfería en sus actividades diarias, a diferencia de Torres, Irrázaval, Fasce, Urrejola, et.al.⁶⁷ en su estudio sobre la calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino, encontraron que la mayoría de los pacientes, el dolor fue poco percibido. Según P. Khosravi, Del Castillo Rueda y G. Pérez Manga⁶⁸ en un estudio sobre el Manejo del dolor Oncológico, 2007, menciona que el dolor es un problema muy frecuente en los pacientes con cáncer, en un 90% en los estadios avanzados. Siendo el manejo del dolor oncológico de una forma compleja, teniendo que se precisó darle un enfoque multidimensional para un manejo óptimo.

En cuanto al apetito el 52% de los pacientes refirieron tener siempre falta de apetito, lo que afectaba su estado nutricional, esto difiere con Suárez, Ávila, Colmenares y Hernández,⁶⁹ et.al. en su estudio de Percepción de la calidad de vida en pacientes oncológicos adultos, 2004 encontraron que el 62% de las personas no tuvieron cambios en sus rutinas alimenticias. Torres, López, Martínez, Domínguez et.al.⁷⁰ hacen referencia que la enfermera en la atención procura mejorar el nivel de conocimientos en el paciente y la familia, referente a la elección adecuada de alimentos, las características de una dieta equilibrada y los riesgos que se generarían frente al consumo habitual de alimentos considerados como poco saludables. La enfermedad puede generar un caso de disfagia u otra limitación que requiera un cumplimiento de la dieta prescrita a los pacientes. En muchos casos estos pacientes tienen prescrito soporte nutricional artificial lo que hace imprescindible un asesoramiento y evaluación continua. En este campo el adiestramiento de los cuidadores de los pacientes frágiles o dependientes cobra especial interés, aplicando técnicas de escucha – transmisión, fomentando la cultura alimentaria en la educación para la Salud con habilidades de comunicación que generan confianza y relaciones humanas personales y/o grupales con determinación emocional y de valores.

Otros de los frecuentes síntomas en el presente estudio es el insomnio, el 50% de los pacientes oncológicos refirieron tener mucha dificultad para dormir, así mismo manifestaron sentirse cansados. Lo que se asemeja a lo presentado por Aliaga⁷¹ en su

estudio sobre la calidad de sueño en el paciente onco – hematológico, 2009 encontró que el 44% mostraron dificultad para dormir. Según Bardwell y Palesh,⁷² refieren que los pacientes de cáncer tienen un gran riesgo de presentar insomnio y trastornos del ciclo sueño-vigilia. El insomnio es el trastorno del sueño más común en esta población y, con mayor frecuencia, suele ser secundario a los factores físicos o psicológicos relacionados con el cáncer y su tratamiento. La ansiedad y la depresión, respuestas psicológicas comunes al diagnóstico del cáncer, su tratamiento y la hospitalización, están muy correlacionadas con el insomnio. Ante ello, en el actuar de enfermería es recomendable favorecer el mantenimiento de un nivel de actividad física y de alerta durante el día, el alivio del dolor, el apoyo psicológico y el mantenimiento de un entorno adecuado; estas serán las posibles medidas a adoptar para ayudar a los enfermos a conseguir un descanso necesario y agradable.

En cuanto a la escala global de la calidad de vida, los resultados en el estudio, tanto para la Condición Física General (76%) como para la Calidad de vida General (70%) la mayoría de pacientes refrieron encontrarse de un estado Muy malo hacia Regular, semejante al estudio realizado por Mongue,⁷³ donde encontró que en la escala de salud global, la gran mayoría de los pacientes tanto en la Condición Física General como para la Calidad de vida General fue de 95.9 % calificando su estado de Muy malo a Regular. Padilla, 2005,⁷⁴ refiere en su informe ,sobre la panorámica de investigaciones clínicas pertenecientes a los estudios de la calidad de vida relacionadas con la salud, de que el concepto de calidad de vida, aunque depende de muchos factores, se debe de considerar una apreciación del individuo, lo que obliga a incluir el elemento subjetivo realizando una valoración que lo denomine.

Respecto al afrontamiento, Moreno⁷⁵ refiere que, la manera de afrontar los acontecimientos relacionados con la enfermedad no sólo se verá involucrado con la apreciación de la persona sobre la enfermedad, o por el concepto de calidad de vida que posea, sino inclusive por el apoyo social que perciba, convirtiéndose en una herramienta que podrían favorecer su adaptación ante esta situación.

En el estudio la forma de afrontamiento en los pacientes ante la enfermedad y tratamiento del cáncer, se observó que el mayor porcentaje 97.4% de los pacientes manifestaron sentir frecuente y siempre desamparo/desesperanza. 59.3% ponían en práctica a veces su espíritu de lucha, el 94% frecuente y siempre preocupación ansiosa. Esto discrepa con el estudio realizado por Palacio y Hernández, 2009 ⁷⁶ en su estudio Estilos de afrontamiento utilizados por las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix en relación al tratamiento, se constató que el afrontamiento en las pacientes con cáncer de cérvix, fue predominante el espíritu de lucha (75%). Por lo que Watson y Greer, 1988, ⁷⁷ explican que en el cáncer, el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, que comprende la valoración de lo que significa el cáncer para la persona y las reacciones subsiguientes en el cual el individuo pensará y realizará acciones para poder reducir la imagen de amenaza ante el cáncer.

Respecto a la calidad de vida del paciente oncológico tenemos que el mayor porcentaje 70% percibieron una calidad de vida no saludable, cual tuvieron un nivel de afrontamiento inadecuado 38% y el menor porcentaje 30% tuvieron una calidad de vida saludable y manifestaron tener un afrontamiento adecuado 36%. En razón a las variables existe correlación significativa entre la calidad de vida y el Afrontamiento en el presente estudio.

Nuevamente reafirmo la importancia de los datos obtenidos en el estudio para adoptar medidas de tendencia a ayudar al paciente y a su familia.

El personal de enfermería, dentro del equipo multidisciplinario, considera el reto prioritario de ser cuidadora y facilitadora de aquellos recursos necesarios para lograr obtener y mantener una mayor calidad de vida del paciente oncológico. Es así, que la enfermera relaciona los fundamentos de las teorías de afrontamiento, crisis, creencias y autocuidado para una mejor búsqueda de soluciones, cambio de conductas inadecuadas y reducción de emociones negativas que el paciente oncológico por la situación puede presentar. Basándose en la teoría de Dorotea Oren “El auto cuidado” que podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir con bienestar. Esta autora considera el concepto

“auto” como la totalidad de un individuo, donde no sólo incluye sus necesidades físicas, sino también las necesidades psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. Concluye que el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la salud, la vida y el bienestar. Las capacidades de autocuidado están directamente influenciadas por la cultura, el grupo social en el que está inserta la persona, el conocimiento de habilidades de autocuidado y el repertorio para mantenerlas, así como por la capacidad para hacer frente a las dificultades con las que se encuentra a lo largo de su historia

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

La calidad de vida de los pacientes con cáncer, que acuden al Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, está correlacionado con el afrontamiento ante la enfermedad y tratamiento, con Sig.=0.000 $P \leq 0.05$ Chi-cuadrado de Pearson: 15.028 significancia alta.

El mayor porcentaje de los pacientes refirieron tener frecuente o siempre afectado la dimensión emocional, en el que referían sentirse nerviosas, preocupadas, irritables y deprimidas.

En lo que respecta a la escala de síntomas, el dolor predominó con un 58% durante el tratamiento.

En cuanto a la escala global se observó que el mayor porcentaje 76% percibieron su condición Física General de 76% percibieron su condición Física General de Muy Mala a Regular y su calidad de vida 70% fue percibida también de Muy mala a Regular.

La respuesta de afrontamiento que más se observó en los pacientes oncológicos fue sentir desamparo/desesperanza, y ponían en práctica a veces su Espíritu de Lucha, que a pesar de las circunstancias en que se encuentre, los pacientes las utilizan de forma alternativa.

En cuanto a la correlación de variables el mayor porcentaje percibió su calidad de vida no saludable del cual tuvieron un afrontamiento inadecuado.

El cuidado de la enfermera debe orientarse especialmente a realizar prevención para evitar las complicaciones y favorecer el autocuidado en el paciente.

5.2.- Recomendaciones

Para la investigación:

Se recomienda estudios con enfoque cualitativo-fenomenológico, que refleje la vivencia y el sentir del enfermo oncológico.

Para el HNGAI y la Unidad de Quimioterapia ambulatoria:

Realizar campañas de detección precoz a través de los servicios – asistenciales. Integrar equipos multidisciplinario donde se integre al psicólogo o consejero espiritual y hacer programas que ayuden a la familia para ser cuidadores artesanales eficientes, contando con un soporte psicoemocional y psicoespiritual para con llevar la enfermedad y sus expectativas de vida.

Realizar una evaluación y seguimiento al personal de enfermería en todo el hospital, para lograr que exista un buen trato, procedimiento correcto, un ambiente adecuado; por lo cual se brindara a los pacientes, prevención y el cuidado optimizado sin riesgo.

Organizar programas dentro de la institución de salud, dirigidas a los familiares de los pacientes en la que se refuerce el tema de valoración e integración familiar y de ese modo sensibilizarlos sobre el tema y contribuir con la detección y lucha contra los aspectos relacionados al cáncer.

Para el Personal de Enfermería:

Realizar monitoreo y supervisión continua al trabajo de la enfermera: En el trato del paciente, en el desempeño de habilidad y conocimientos, así como actitudes positivas con la finalidad de establecer mejoras continuas en el servicio evitando exponer a riesgos al paciente oncológico.

Organizar programas de tutorías de los servicios ambulatorios y de hospitalización para orientar a los pacientes y sus familiares en el mejor manejo y afrontamiento de la enfermedad oncológica.

La enfermera deberá anticiparse a realizar una intervención apropiada para minimizar los signos o síntomas del paciente, para poder hacer más llevadera la enfermedad y tratamiento.

El personal de enfermería deberá capacitarse y actualizar sus conocimientos respecto a las características y cambios que experimenta el paciente oncológico lograr el máximo beneficio en su calidad de vida haciendo un adecuado afrontamiento en el transcurso de la enfermedad.

Mejorar el cuidado de enfermería, reforzando los vínculos de comunicación y confianza entre enfermera, paciente y familia, fomentando la empatía y apoyo emocional.

Fomentar la educación continua es necesaria para actualizar conocimiento y buscar nuevas perspectivas del tratamiento acorde con los cambios que experimente el paciente oncológico de tal manera que se logre mejorar su calidad de vida y su afrontamiento adecuado dentro de las limitaciones impuestas por afección.

La enfermera deberá participar en talleres que le permitan desarrollar sus habilidades y a su vez sensibilizarse en los aspectos éticos que implique el

cuidado humanizado; con el fin de establecer una relación empática con el paciente para mejorar sus condiciones de calidad de vida.

Fomentar una atención integral por parte del profesional de salud, trabajando en equipo incentivando a la práctica preventiva promocional de salud mediante la realización de charlas educativas dirigidas a los pacientes con neoplasias.

La enfermera deberá motivar a la familia para que reflexione sobre el comportamiento actual del paciente relacionado a como era antes de la enfermedad para que los comprendan y los apoyen.