

**UNIVERSIDAD METROPOLITANA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**

**ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER SOMETIDOS A
TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA**

JONNELL ORTIZ ZAYAS

DICIEMBRE, 2014

ABSTRACTO

Estudio descriptivo que tenía el propósito de determinar si los pacientes adultos que reciben quimioterapia sufren de estrés. Los participantes de este estudio fueron 20 pacientes con cáncer que estaban recibiendo tratamiento del mismo en una clínica de la zona central de Puerto Rico. Las variables del estudio fueron medidas a través de un cuestionario desarrollado por el investigador. De acuerdo a los datos el 60% de los participantes eran féminas, con una edad promedio de 45 años, casados (40%), el 80% vive en zona rural y poseen un grado universitario (55%), los participantes han estado recibiendo tratamiento con quimioterapia. El 40% de los participantes indicó que reciben tratamiento psicológico debido al estrés y depresión que sufren. Por su parte la mayoría de los participantes sometidos a quimioterapia sufren de estrés relacionado con ese tratamiento para un 61% de los casos en la categoría de MUCHO, de hecho, un 75% de los participantes antes de someterse al tratamiento de quimioterapia suele sentir estrés. El 53% de los pacientes con cáncer en general han recibido educación sobre quimioterapia y manejo del estrés, específicamente, el 80% recibió educación sobre la quimioterapia en comparación con un 25% que solo ha recibido sobre el manejo de estrés. Mientras, el 58% de los pacientes ha sufrido de un efecto significativo relacionado con el estrés y la quimioterapia. El efecto mayor que han sufrido es dejar de asistir a alguna cita de tratamiento de quimioterapia por sentir estrés y angustia con 75% de los casos evaluados. En términos generales el 93% de los pacientes encuestados sufre de estrés, lo que equivale que la mayoría de estos sufre de este estado emocional. Se concluye que los pacientes adultos que reciben quimioterapia sufren de estrés al someterse a dicho tratamiento.

DEDICATORIA

**“La Esperanza es desear que algo suceda, la fe es creer que
va suceder y la Valentía es hacer que suceda”**

Primero quiero dedicarle este logro a Papá Dios que me dio una nueva oportunidad de vida venciendo el Cáncer y salud para así lograr alcanzar este gran sueño y con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera llegar a mi meta, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón, amor y mi agradecimiento. A mi familia, Mami, Kiariliz, Jordanny, Angel Kenyell, mis abuelos y por último y no menos importante a ti Jorge Luis, por tu paciencia y comprensión, porque preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio, me inspiraste a ser mejor, ahora puedo decir que este trabajo lleva mucho de ti, gracias por estar siempre a mi lado. Te AMO. A ustedes dedico mi proyecto investigativo.

Los amo.

Jonnell

AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte, compañía y que de manera desinteresada formaron parte de este gran sueño. A mis profesores, en especial a la Profesora Evelyn Pedreira, a mi mentora la Dra. Lourdes Maldonado y por último al Dr. Josué Pacheco, que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formar una persona de bien y preparada para los retos que enfrentare. A todos y cada uno de ellos mi más profundo agradecimiento.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrés en el paciente adulto con Cáncer sometido a tratamiento de quimioterapia (n=20).....	72
Tabla 2. Estrés general en el paciente adulto con cáncer sometido a tratamiento de quimioterapia (n=20).....	80
Tabla 3. Educación que ha recibido el paciente sobre quimioterapia y manejo de estrés (n=20).....	80
Tabla 4. Efectos del estrés en pacientes adultos con cáncer sometidos a tratamiento de quimioterapia (n=20).....	81

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución de los participantes por género.....	67
Gráfica 2. Distribución de los participantes por edad.....	68
Gráfica 3. Distribución de los participantes por estado civil.....	69
Gráfica 4. Distribución de los participantes por zona residencial.....	69
Gráfica 5. Distribución de los participantes por nivel educativo.....	70
Gráfica 6. Distribución de los participantes por tiempo recibiendo quimioterapia.....	71
Gráfica 7. Distribución de los participantes por charlas educativas recibidas sobre el tratamiento de quimioterapia.....	73
Gráfica 8. Distribución de los participantes que han recibido educación de enfermería sobre cómo puede manejar el estrés.....	74
Gráfica 9. Distribución de los participantes si han dejado de asistir a alguna cita de tratamiento de quimioterapia por sentir estrés y angustias.....	75
Gráfica 10. Distribución de los participantes que se sienten deprimidos por tener que acudir al tratamiento de quimioterapia.....	76
Gráfica 11. Distribución de los participantes si estos han disminuido sus actividades sociales desde que comenzó el tratamiento con la quimioterapia.....	77
Gráfica 12. Distribución de los participantes que reciben terapia psicológica debido al estrés y depresión que sufre.....	79

TABLA DE CONTENIDO

Abstracto.....	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimientos.....	5
Índice de tablas.....	6
Índice de gráficas.....	7
CAPITULO I – Introducción.....	11
 Antecedentes del Problema.....	11
 Planteamiento del Problema.....	14
 Justificación del Problema de Investigación.....	19
 Marco Teórico.....	25
 Propósito del Estudio.....	31
 Pregunta de Investigación.....	31
 Objetivos del Estudio.....	31
 Definición de la Variable.....	31
 Definición de Términos.....	32
 Resumen.....	33
CAPITULO II – Revisión de Literatura.....	34
 Introducción.....	34
 Cáncer.....	34
 La Quimioterapia.....	39
 Efectos Emocionales de la Quimioterapia.....	42
 Investigaciones Relacionados al Tema Bajo Estudio.....	43

Marco Legal.....	52
Resumen.....	54
CAPITULO III – Método.....	55
Introducción.....	55
Diseño.....	55
Población.....	56
Muestra.....	56
Los criterios de inclusión.....	56
Los criterios de exclusión.....	57
Instrumento.....	57
Validación del Instrumento.....	58
Resultados de la Validación del Cuestionario.....	59
Procedimientos.....	60
Aspectos Éticos Considerados en el Estudio.....	62
Análisis de los Datos.....	64
Resumen.....	65
CAPÍTULO IV - Hallazgos	
Introducción.....	66
Presentación de datos socio-demográficos.....	66
Presentación de datos sobre el estrés en el paciente adulto con cáncer.....	71

Presentación de datos relacionados con la educación recibida sobre el manejo de estrés y quimioterapia.....	74
Presentación de datos sobre los efectos o reacciones al estrés y a la quimioterapia.....	75
Presentación de datos a base de la pregunta y objetivos del estudio.....	79
Resumen.....	84
 CAPÍTULO V -Análisis y Discusión de los Resultados	
Introducción.....	85
Análisis de los Hallazgos.....	85
Análisis a base del Marco Conceptual.....	90
Conclusiones.....	91
Implicaciones para enfermería.....	92
Limitaciones del estudio.....	93
Recomendaciones.....	94
 Referencias.....	 98
Anejos.....	103
 Cuestionario.....	104
 Consentimiento.....	109

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Antecedentes del problema

Los tumores en momias egipcias que datan desde 5,000 años, representaron las primeras neoformaciones malignas humanas, aunque existen signos de tumores óseos en dinosaurios y otros animales prehistóricos. A través de los siglos se descubrió que el cáncer puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo, pero el humor de la teoría de tratamiento basado siguió siendo popular hasta el siglo 19 con el descubrimiento de las células. La descripción más antigua conocida y el tratamiento quirúrgico del cáncer, fue descubierto en Egipto y data de aproximadamente 1600 a.C., según este descubrimiento, existe un papiro que describe ocho casos de úlceras de la mama que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada "el simulacro de incendio." El escrito dice sobre la enfermedad, "No existe un tratamiento." (News Medical, 2012).

La enfermedad primero fue llamada cáncer por el médico Griego Hipócrates (460-370 A.C.). Lo consideran el "Padre del Remedio." Hipócrates utilizó los carcinos y el carcinoma de los términos para describir tumores de formación y de úlcera-formación de la no-úlcera. En griego esto significa un ángulo de deriva. La descripción era nombres después del ángulo de deriva porque dedo-como proyecciones que se extendían de un cáncer llamó para importar de la dimensión de una variable de un ángulo de deriva. El médico Romano Posterior, Celsus (28-50 A.C.) tradujo el término Griego a cáncer, la palabra latina para el ángulo de deriva. Era Galen (130-200 ANUNCIO), otro médico Romano, que utilizó el término oncos del (Griegos para hincharse) para describir

tumores. Oncos es la palabra de raíz para la oncología o el estudio de cánceres. Durante el principio de los científicos del siglo XV desarrolló la mayor comprensión de los funcionamientos del cuerpo humano y de sus procesos de la enfermedad.

Las autopsias, hechas por Harvey (1628), llevaron a una comprensión de la circulación de la sangre a través del corazón y del cuerpo. Juan Morgagni de Padua regularizó en 1761 autopsias para encontrar la causa de enfermedades. Esto descansó el asiento para el estudio del cáncer también. Era el cazador Escocés de Juan del cirujano (1728–1793) que sugirió que algunos cánceres se pudieran curar por la cirugía. Luego casi un siglo más adelante que el revelado de la anestesia incitó la cirugía regular para los cánceres “movibles” que no se habían extendido a otros órganos (Mandal, 2011).

El primer producto que se usó para la quimioterapia del cáncer no se usaba como medicamento. El gas mostaza se usó como arma química durante la Primera Guerra Mundial, y se estudió más a fondo durante la Segunda Guerra Mundial. En una operación militar de la Segunda Guerra Mundial, varias personas quedaron expuestas accidentalmente al gas mostaza, y posteriormente se descubrió que tenían números muy bajos de glóbulos blancos. Los médicos razonaron que algo que dañaba los glóbulos blancos, células de crecimiento rápido, podría tener un efecto similar en el cáncer. Por lo tanto, en la década de los cuarenta, varios pacientes con linfomas avanzados (cánceres de ciertos tipos de glóbulos blancos) recibieron el medicamento por vía intravenosa, en lugar de respirar este gas irritante. Su mejora fue notable, aunque temporal (American Cancer Society, 2013).

La palabra quimioterapia significa el uso de cualquier medicamento (como aspirina o penicilina) para tratar cualquier enfermedad, para la mayoría de las personas se refiere al uso de medicamentos para el tratamiento del cáncer. A veces se abrevia "quimio". Otros dos términos que se usan para describir la quimioterapia como tratamiento del cáncer son terapia antineoplásica (contra el cáncer) y terapia citotóxica que destruye las células (American Cancer Society, 2013).

La quimioterapia se usa para tratar muchos tipos de cáncer. En la actualidad se usan más de 100 medicamentos de quimioterapia, ya sea solos o en combinación con otros medicamentos o tratamientos. Conforme continúan las investigaciones, se espera que haya más medicamentos disponibles. Estos medicamentos varían ampliamente en su composición química, la manera en que se administran, su utilidad en el tratamiento de formas específicas de cáncer y sus efectos secundarios. Los medicamentos nuevos primero se desarrollan a través de investigaciones en tubos de ensayo y animales. Luego, los medicamentos se prueban en estudios clínicos en seres humanos para determinar su seguridad y eficacia. Para entender cómo funciona la quimioterapia, resulta útil entender el ciclo de vida normal de una célula del cuerpo o el ciclo celular. Todo tejido vivo está compuesto de células. Las células crecen y se reproducen para reemplazar aquellas que se pierden debido a lesiones o al envejecimiento normal. El ciclo celular consiste en una serie de fases por las cuales pasan, tanto las células normales como las cancerosas, para formar células nuevas. Los medicamentos quimioterapéuticos no pueden detectar la diferencia entre las células en reproducción de los tejidos normales (que están reemplazando las células normales viejas) y las células del cáncer. Esto significa que las células normales son dañadas y esto causa efectos secundarios. Cada vez que se

administra la quimioterapia, se trata de encontrar un equilibrio entre la destrucción de las células cancerosas (para curar o controlar la enfermedad) y la preservación de las células normales para aminorar los efectos secundarios indeseables (American Cancer Society, 2013).

Los temores del paciente ante la quimioterapia van desde la desesperanza, el miedo y la angustia de tener una enfermedad que en casos no tiene cura. El paciente tiene estrés por saber que tiene cáncer, y a su vez se añade el estrés que le produce el tratamiento. Se han tratado de buscar alternativas que disminuyan el estrés del paciente que recibe tratamiento quimioterapéutico pero aún no se ha logrado desaparecer el mismo. Esto se ha convertido en un problema que debe ser investigado, precisamente cuando se sabe que los cánceres son la segunda causa de muerte en Puerto Rico.

Planteamiento del problema

El problema a investigar es el estrés en pacientes adultos con cáncer sometidos a tratamiento de quimioterapia. Las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en todo el mundo en un gran problema de salud al ocupar las primeras causas de muerte, sin embargo, de ellas la más difícil de controlar es el cáncer. En primer lugar por constituir un grupo de más de doscientas enfermedades y por haber incorporado prejuicios con su evolución y pronóstico. En la actualidad ocupa una de las primeras principales causas de muerte a nivel mundial. Estas enfermedades requieren de atención especializada, en la que la enfermería juega una vez más, un rol protagónico (Huertas, 2007).

En torno al estrés se conoce que cuando la demanda del ambiente es excesiva en relación con los recursos de afrontamiento que posee el individuo, desarrollará una serie de reacciones adaptativas de movilización de recursos, que implican activación fisiológica. A su vez, esta reacción se acompaña de una serie de emociones negativas (desagradables), entre las que destacan la ansiedad, la ira y la depresión. El estrés suele tener como manifestación la ansiedad en cuyo caso se trata de una respuesta emocional provocada por un agente desencadenante denominado agente estresante interno o externo (Mc-Graw-Hill, 2012). El paciente con cáncer que recibe tratamiento de quimioterapia puede enfrentar una demanda excesiva tanto interna como externa por los efectos secundarios del propio tratamiento. A su vez el temor que representa el método de la quimioterapia puede provocar temor y ansiedad en el paciente, lo que termina ocasionado el estrés.

Según Sánchez (2010), el concepto cáncer sigue siendo una palabra demasiado cercana a la muerte. Este autor afirma que la importante carga emocional negativa que mantiene socialmente la palabra cáncer hace que muchas personas intenten ocultar en su entorno el diagnóstico, a través de una respuesta psicológica conocida como negación. La negación es una respuesta emocional básica que tiene como referente el bloqueo mental, el sentimiento de irrealidad, y la dificultad para aceptar determinadas realidades. No nos sentimos preparados para aceptar que padecemos un cáncer y pensamos que no es posible que nos esté sucediendo esto a nosotros. A veces la negación las negaciones se basan en la esperanza de que exista un error diagnóstico, o de que la enfermedad no sea tan importante y todo quede en un mal sueño. Otro factor que puede generar estrés lo es el cansancio asociado al cáncer o asthenia, el cual se define como la sensación de

agotamiento físico, emocional y mental persistente, pudiendo estar producido por la propia enfermedad o por sus tratamientos. Los pacientes lo describen como una falta de energía que les impide realizar lo que desean, una falta de fuerzas generalizada que no encuentra alivio con el descanso. Es considerado por los pacientes como uno de los efectos secundarios más molestos, no solo por su dimensión física, sino también psicológica: falta de motivación, desgana, irritabilidad frecuente, abandono de las relaciones sociales. Es una de las complicaciones más frecuentes, apareciendo hasta en el 90% de los pacientes con cáncer que reciben tratamiento. Puede persistir durante meses o años tras finalizar el tratamiento en más del 50% de los pacientes. El cansancio es un efecto secundario bien conocido de los quimioterapéuticos clásicos, pero también aparece en los nuevos tratamientos con agentes antidiaria. Se considera uno de los efectos secundarios más frecuentes en los pacientes tratados con Inhibidores de la Tirosin-Kinasa, con una frecuencia de aparición de hasta un 75% en el caso de astenia leve, siendo los casos de astenia severa menores de un 10%. En ocasiones la astenia está relacionada con la aparición de un hipotiroidismo, siendo una causa tratable de astenia (Blasco, 2013).

Otro aspecto importante a considerar en este estudio lo es la incidencia de cáncer. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, O.M.S., (2002) en el mundo se producen anualmente entre 6 a 7 millones de casos nuevos de cáncer, destacando la elevada frecuencia de tumores de estómago, pulmón y colon en hombres. Si se consideran las tasas crudas de mortalidad anual de fines de los años ochenta, de 29 países desarrollados, mayormente europeos, se advierte que el promedio en los varones es de 221 por 100.000, oscilando entre 336 en Hungría y 127 en Israel. En este mismo grupo de

países la mortalidad media de las mujeres fue de 181 por 100.000 (18 % inferior a la masculina). El mayor riesgo de los varones, equivalente a tasas superiores en 4.0 puntos por 100.000, deriva de la frecuencia que tiene el cáncer pulmonar en el sexo masculino. En el mundo desarrollado las localizaciones que determinan mayor número de muertes corresponden al pulmón y la mama (24 países); las excepciones corresponden a los Estados Unidos, y Canadá, con pulmón y colon. Adicionalmente, Japón y Rusia, con cáncer de pulmón y estómago, y Portugal, cuyas cifras máximas corresponden al estómago.

En Puerto Rico contamos con “El Registro Central de Cáncer de Puerto Rico” (RCCPR), este es un programa del Departamento de Salud establecido en virtud de la Ley Núm. 28 del 20 de marzo de 1951, siendo uno de los primeros registros establecidos en América (Departamento de Salud, 2008). El (RCCPR) es un registro poblacional que recoge información sobre los casos de cáncer diagnosticados entre los residentes de Puerto Rico. En cada estado, las facilidades médicas informan o reportan estos datos al registro central de cáncer. Durante el periodo de 1999 a 2003, en Puerto Rico se diagnosticaron un promedio de 10,361 casos de cáncer invasivos anualmente (Departamento de Salud, 2008). El 54.5% de los casos diagnosticados de cáncer fueron en hombres y el 44.5% fueron mujeres. Por un lado, el cáncer de próstata, mama, colon y recto fueron los tres principales tipos de cáncer primarios más diagnosticados. En los hombres, el 57.0% del total de casos diagnosticados lo constituyeron el cáncer de próstata, colon, recto, pulmón y bronquios. En mujeres, el cáncer de mama, colon, recto, pulmón y bronquios representaron el 53.3% del total de casos. El cáncer de próstata fue el cáncer más diagnosticado en hombres, afectando a más de 2,073 casos

anualmente. Por otro lado, el cáncer invasivo de mama fue el más frecuente entre las mujeres afectando más de 1,536 casos anualmente. Otros tipos de cáncer comunes entre los hombres fueron el cáncer de cavidad oral y faringe, estómago, vejiga urinaria, linfoma no-Hodgkin, hígado y tracto intra-hepático. En las mujeres fueron el cáncer de tiroides, pulmón y bronquios, cuello uterino, linfoma no-Hodgkin y estómago. Durante el periodo de 2000 al 2004 se reportaron un promedio de 4,767 muertes anuales por cáncer en la Isla. El 57.2% de las muertes por cáncer fueron en hombres y el 42.8% en mujeres. En este periodo las causas principales de muerte por cáncer fueron el cáncer de pulmón, bronquios, colon, recto, próstata y mama. En los hombres, el 45.1% de las muertes por cáncer fueron por cáncer de próstata, pulmón, bronquios, y colon y recto. En las mujeres, el cáncer de mama, colon, y recto, y pulmón y bronquios representaron un 41.2% de las muertes por cáncer. El cáncer de próstata fue la principal causa de muerte por cáncer en los hombres, provocando más de 516 muertes anualmente (Departamento de Salud, 2008).

Enterarse de un diagnóstico de una enfermedad grave como el cáncer implica una sorpresa catastrófica, dado a que las expectativas y los proyectos del futuro pierden sentido a la luz del conocimiento del diagnóstico (Gómez, 2006), lo cual provoca una crisis. Por tanto, una de las intervenciones más frecuentes en esta fase de la evolución de la enfermedad es la intervención en crisis dado a la recepción del diagnóstico, centrándose en los sentimientos experimentados en ese momento, así como en cambiar la respuesta ansiosa inicial por una respuesta funcional (Bravo, 2010).

Inmediatamente después del diagnóstico de una enfermedad crónica, las personas pasan por un periodo de crisis caracterizado por desequilibrios físico, social y

psicológico, en el que se experimentan sensaciones de incredulidad, ansiedad, miedo, desorganización, baja autoestima, y culpa, entre otras (Anagnostopoulos, Vaslamatzis & Markidis, 2004; Font, 2003), además, pueden ocurrir problemas interpersonales, sociales o ambientales.

Los pacientes que sufren estrés físico o psicológico, incluyendo el ejercicio intenso, uno o dos días antes del tratamiento para el cáncer podrían estar perjudicando los resultados de la terapia, según un estudio de la Universidad de Ohio en Estados Unidos que se publica en la revista "Molecular Cancer Research". Según este estudio, el estrés activa una proteína que desencadena una serie de procesos que permiten a las células cancerígenas sobrevivir a los tratamientos como la quimioterapia y la radiación. Los científicos emplearon cultivos de células de cáncer de mama y los descubrimientos indican que estas células han encontrado una vía para adaptarse y resistir al tratamiento con la ayuda de esta proteína inducida por el estrés. Los experimentos mostraron que una proteína activada por la presencia del factor 1 de choque calórico podría bloquear el proceso que elimina las células cancerígenas incluso después de que el ADN de las células fuera dañado por la radiación. Lo mismo se producía cuando las células eran sometidas a un fármaco de quimioterapia común (Press Europa, 2010).

Justificación del problema de investigación

La justificación del estudio fue desarrollada tomando como base los criterios para evaluar el valor potencial de una investigación. Según citado por (Hernández, Fernández & Baptista Lucio, 2010). En este estudio se dará énfasis en la conveniencia de la investigación, su alcance, el valor teórico y la utilidad metodológica analizando

cada repuesta dada por los encuestados, lo que permitirá brindar recomendaciones en torno al tema explorado.

Tras el diagnóstico de cáncer, la persona y la familia tienen que superar algunos síntomas emocionales y psicológicos que no surgen de la enfermedad tales como: aturdimiento, negación, angustia, ansiedad, tristeza, desesperanza, hostilidad, irritabilidad, miedo y sentimientos de culpa, al enterarse del diagnóstico de cáncer (Sánchez, 2010). El diagnóstico de cáncer implica un cambio brusco y decisivo en la vida de la persona. Al recibir un diagnóstico de una enfermedad grave como el cáncer, sobreviene una sorpresa generalmente de carácter catastrófico, dado a que las expectativas del futuro de la persona y sus proyectos futuros pierden sentido al conocer el diagnóstico (Gómez, 2006).

Relacionado al efecto de la quimioterapia, es importante conceptualizar que cualquier sensación física nueva tiene el potencial de generar elevados niveles de angustia y de temor relacionados con la posibilidad de que pudieran estar asociados a una nueva enfermedad oncológica. Esta nueva hipersensibilidad puede conducir a un estado de hipervigilancia (uno se puede someter a auto-exámenes continuos casi de manera obsesiva) o, por el contrario, a la evitación de conductas y pensamientos relacionados con el cáncer y su tratamiento (Trill, 2007).

Un paciente bien informado es un paciente más tranquilo y más aún si podemos hacerlo sentir como en casa, por lo tanto, es fundamental que previo a su primer ciclo de quimioterapia, reciba una charla educativa y este manual que le ayudará a usted, su familia y amigos a entender su enfermedad y su tratamiento, generando así más

confianza, tranquilidad y cercanía con su nueva condición. Hoy en día el tratamiento del cáncer no sólo se limita a la cirugía, quimioterapia o radioterapia, sino que abarca también los aspectos psicológicos y sociales que son de igual importancia, ya que ayudan a mejorar su calidad de vida, lo que influye durante el proceso de la enfermedad (Clínica Universitaria Concepción, 2011).

Respecto a los beneficios del presente estudio, se espera que aporte significativamente al sector educativo, clínico y de la enfermería en Puerto Rico. La educación en salud es fundamental para la adquisición de hábitos saludables que prevengan la aparición del cáncer. Según (Bravo, 2010) la labor psicológica en el trabajo con pacientes oncológicos es orientarlos de manera realista acerca de sus limitaciones futuras, prepararles para los posibles acontecimientos que pueden surgir en el curso de su enfermedad y proporcionarles metas razonables hacia las cuales dirigirse, todo ello ocurre en las diferentes etapas de atención médica. Sin embargo, una de las críticas es la comunicación del diagnóstico, que pese a ser muy breve, es también una gran fuente de estrés para el paciente, su pareja y la familia. Al respecto, la familia está compuesta por sentimientos de incertidumbre, sometimiento a diversos estudios confirmatorios y espera de resultados (Bravo, 2004).

Velasco y Sinibaldi (2001) afirman que en esta etapa la mayoría de los pacientes presentan tensión y conflicto tras el diagnóstico, que se vincula con una sensación de vacío; además, a medida que la enfermedad de cáncer se encuentra en etapas más avanzadas aumentan la desesperación y la frustración. La ansiedad y el sufrimiento pueden afectar la capacidad del paciente de hacer frente a un diagnóstico de cáncer o su tratamiento. La ansiedad y el estrés pueden ocasionar que los pacientes pierdan sus citas

de control o demoren el tratamiento. La ansiedad puede aumentar el dolor, afectar el sueño, y causar náuseas y vómitos. La ansiedad, aunque sea moderada, puede afectar la Calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias, y puede ser necesario tratarla.

En cuanto al alcance del estudio se espera que el mismo sea uno de gran valor social. Existe gran cantidad de evidencia que muestra los elevados niveles de angustia y síntomas psiquiátricos entre los pacientes que reciben un diagnóstico de cáncer. Las estadísticas han demostrado que los pacientes con cáncer tienen mayor riesgo de suicidio y eventos cardiovasculares. Sin embargo, la mayoría de los resultados han sido interpretados como la consecuencia del tratamiento o la carga de vivir con un cáncer progresivo. El estrés psicológico inducido por el diagnóstico en sí también puede dar lugar a consecuencias graves. Sin embargo, solo unos pocos estudios han explorado el período inmediatamente posterior al diagnóstico de cáncer. Por ejemplo, recientemente se ha observado que los pacientes con cáncer de próstata, tanto en Suecia como en los Estados Unidos, tienen mayor riesgo de suicidio y eventos cardiovasculares en las semanas que siguen a su diagnóstico de cáncer. Si se comprueba que las observaciones son independientes de las causas comunes al cáncer y los resultados inmediatos para la salud (Fang et al., 2012).

Según el National Comprehensive Cancer Network (2007) la quimioterapia es un tratamiento intenso y cíclico ya diferencia de la cirugía tiene muchos efectos secundarios como la pérdida de cabello, náuseas, vómitos y diarrea. Los largos períodos de tratamiento, hospitalizaciones repetidas y efectos secundarios de la quimioterapia al lado del conocimiento de tener cáncer de todo puede afectar la psique de estos pacientes. En el contexto del cáncer, la angustia se define como extendiéndose a lo largo de un continuo

que va desde común sentimiento normal de la vulnerabilidad, la tristeza y el miedo a los problemas que pueden llegar a ser incapacitante como la depresión, la ansiedad y el pánico, el aislamiento social y la crisis espiritual

Según un ensayo publicado por Jacobsen (2002), del H Lee Moffitt Center And Research Institute y publicado en el Journal of Clinical Oncology, los pacientes sometidos a quimioterapia que adoptan técnicas de autocontrol del estrés tienen más vitalidad, menos problemas emocionales, mejor salud mental y menos problemas físicos. Los resultados demostraron que estos pacientes presentaron reacciones más positivas que aquellos que habían recibido la tradicional ayuda psico-social por parte de trabajadores sociales, e incluso, y más sorprendentemente, que quienes habían seguido técnicas anti-estrés guiados por profesionales.

Así mismo los pacientes con diagnóstico reciente de cáncer tendrían mayor riesgo de suicidio y de muerte por causas cardiovasculares, comparadas con las personas que no tienen el diagnóstico. Lo anterior puede provocar una crisis psicológica en cualquier tipo de personalidad, sea ésta sana o no, pese a que las personas puedan disponer de una gran cantidad de recursos internos con los que pueden afrontar una crisis súbita en su vida (O'Hanlon, 2005). En ese sentido, es necesario destacar que una respuesta positiva no necesariamente implica que no exista una crisis, dado a que, como señalan Erlich, Bovbjerg & Valdimarsdottir (2000), muchas personas pueden presentar un sesgo optimista u "optimismo defensivo", que minimiza las respuestas poco funcionales.

Varios autores afirman que la respuesta de crisis general es desencadenada por una situación inesperada, (Rubin y Bloch, 2001); citados en Bravo, (2010). Asimismo,

estos autores señalan que las personas poseen características en tres niveles de respuesta: cognitivo, en el cual se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y de afrontamiento; emocional, en el que al estado temporal de shock puede seguir negación confusión, temor, terror, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, excitabilidad e inquietud; lo cual puede alterar el equilibrio emocional y psicológico del individuo. Del mismo modo, (Rubin y Bloch (2001) citados en Bravo (2010) indican que el componente fisiológico podría alterarse, presentando la persona reacciones de estrés general, tales como cambios en el ritmo cardíaco, respiración y sudoración excesiva.

Existen factores que afectan el modo en que un paciente hace frente a la tensión que causa el cáncer, como lo son el tipo de cáncer, su estadio y las probabilidades de recuperación. Si el paciente fue recién diagnosticado, está en tratamiento o está en remisión y la edad del paciente. Otro factor lo es cuán bien el paciente enfrenta habitualmente la tensión. A medida que los pacientes reciben tratamiento para el cáncer, establecen estrategias para hacer frente a dificultades tales como adaptarse a la tensión que presenta el tratamiento. Los pacientes pueden sufrir de ansiedad o miedos por los siguientes aspectos: procedimientos que pueden ser dolorosos, efectos secundarios, cambio en la rutina diaria (National Cancer Institute N.C.I., 2009).

El valor teórico de esta investigación busca indagar acerca del estrés que padece el paciente adulto con cáncer sometido a tratamiento de quimioterapia a fin de poder brindar recomendaciones al respecto que logren mejorar la calidad de vida del paciente así como la calidad del servicio de enfermería.

Marco teórico

La investigación se enmarca en el marco filosófico de Callista Roy (1999) el cual establece que entre sus conceptos principales y definiciones, que los problemas de adaptación son “áreas amplias de interés que están relacionadas con la adaptación, estas describen las dificultades que presentan los indicadores de la adaptación positiva” (Roy & Andrews, 1999). El Estímulo Focal es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano. Los estímulos contextuales son otros estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto que origina el estímulo focal, estímulos residuales son factores del entorno que están dentro o fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento” (Roy & Andrews, 1999).

Roy (1999) enmarca los procesos a los que se enfrenta el ser humano. Uno de ellos lo son los procesos de afrontamiento que son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en un entorno. El proceso vital integrado que se refiere al nivel de adaptación en el que trabajan las estructuras y las funciones del proceso vital por entero con el propósito de cubrir las necesidades humanas. Los mecanismos de afrontamiento adquiridos son desarrollados por medio de métodos, como el aprendizaje. Las experiencias vividas a lo largo de la vida contribuyen al desarrollo de reacciones habituales ante estímulos particulares. El modelo de afrontamiento de Callista Roy (1999) en este estudio permite ampliar los conocimientos necesarios para poder recibir y comprender las respuestas brindadas por los/las participantes del estudio, lo que permitirá formular y desarrollar conclusiones y recomendaciones acerca de la adaptación del paciente adulto al tratamiento de la quimioterapia, con el propósito de favorecer la

integridad fisiológica, psicológica y social de la persona que recibe tratamiento para el cáncer.

Roy define el metaparadigma enfermero de esta forma:

- Persona: Ser biopsicosocial, en con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y
- Adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en Los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, Dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los Cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en Dichos cuidados.
- Entorno: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos.
- Salud: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.
- Enfermería: Es requerida cuando una persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia,
- Crecimiento, reproducción y dominio. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad. Los modos adaptativos son categorías de conductas para adaptarse a los estímulos.

Los conceptos principales del Modelo de Callista Roy suponen:

- Nivel de adaptación
- Problemas de adaptación

- Estímulos contextuales
- Estímulos residuales
- Mecanismos de afrontamiento
- Mecanismos de afrontamiento innatos
- Mecanismos de afrontamiento adquiridos
- Respuesta adaptativas
- Respuesta ineficaces
- Modo adaptativo fisiológico
- Modo adaptativo de auto concepto
- Modo adaptativo de desempeño de roles

Sistema: Es el conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, con una entrada y una salida de información, un proceso de control y retroalimentación, actuando conjuntamente (Roy y Andrews, 1999)

Nivel de adaptación: Representa la condición de los procesos de vida descritos en los tres niveles como el integrado, el compensatorio y el comprometido (Roy y Andrews, 1999). El nivel de adaptación de una persona es un punto que cambia constantemente compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar de la gama de estímulos, con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación.

Problemas de adaptación: Son las dificultades que presentan los indicadores de la adaptación positiva y áreas de interés de las enfermeras en relación con la persona o grupo que se tiene que adaptar (Roy y Andrews, 1999).

Estímulo focal: Es el estímulo interno y externo más inmediato al que se enfrenta el ser humano (Roy y Andrews, 1999)

Estímulos contextuales: Son otros estímulos que están presentes en la situación y contribuyen al efecto que origina el estímulo focal, es decir hacen referencia a todos los factores del entorno que se le presentan a la persona tanto de modo externo como interno (Roy y Andrews, 1991-1999)

Estímulos residuales: Son factores del entorno de dentro o de fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento (Roy y Andrews, 1999)

Procesos de afrontamiento: Son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno. (Roy y Andrews, 1999).

Mecanismos innatos de afrontamiento: Se determinan genéticamente o son comunes para las especies y suelen verse como procesos automáticos; los seres humanos no piensan siquiera en ellos (Roy y Andrews, 1999).

Mecanismos de afrontamiento adquiridos: Se crean por medio de métodos, como el aprendizaje. Las experiencias vividas contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares (Roy y Andrews, 1999).

Subsistema regulador: Un proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego el sistema neuronal, el químico, y el endocrino (Roy y Andrews, 1999).

Respuesta de adaptación: Fomenta la integridad en función de los objetivos que tiene el sistema humano (Roy y Andrews, 1999).

Reacciones ineficaces: Son las que no contribuyen a la integridad en función de los objetivos del sistema humano (Roy y Andrews, 1999).

Proceso vital integrado: Es el nivel de adaptación en el que trabajan las estructuras y las funciones del proceso vital por entero, con el fin de cubrir las necesidades humanas. (Roy y Andrews, 1999).

En el modelo de Roy (1999) la salud es el estado y el proceso de ser o de convertirse en una persona completa e integrada. Como tal es un reflejo de la adaptación, es decir de la interacción del sujeto y el entorno. Roy (1999) llega a esta definición a partir de la idea de que la adaptación es un proceso que favorece la integridad fisiológica, psicológica y social, y que tal integridad se entiende como una situación que conduce a la totalidad y a la unidad. Roy (1999) concebía la salud como un flujo continuo que se iba desde la muerte y la condición de extrema gravedad hasta el estado de máximo bienestar psicológico. Roy (1999) define enfermería como un sistema teórico de conocimientos que ordena el proceso de análisis y acción relacionado con las personas enfermas o que pueden estarlo. La enfermería actúa para mejorar la relación entre la persona y el entorno, y para promover la adaptación (Roy, 1999). Según Roy (1999), el entorno es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias que ordenan y afectan el desarrollo, la conducta de las personas y los grupos.

Ante lo explicado, se entiende que el Modelo de Adaptación de Roy es el apropiado para ser aplicado al problema de estudio, ya que el individuo que sufre de cáncer y se enfrenta al tratamiento de quimioterapia trata de adaptarse a esta nueva realidad, con sus temores, estresores y ajustes sociales que esto implica. Por eso, el Modelo de Roy se aplica a la presente investigación dado a que la intervención de enfermería implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales,

contextuales, y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos. Roy (1999) concibe la salud como un flujo continuo que va desde la muerte y la condición de extrema gravedad hasta el estado de máximo bienestar, desde esta perspectiva en nuestra intervención, el profesional de enfermería debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. Este modelo proporciona un sistema de clasificación de los productores de tensión que pueden afectar la adaptación del cliente al enterarse de un diagnóstico de cáncer, así como un sistema para clasificar las intervenciones de enfermería ante las eventualidades que puedan surgir durante el tratamiento de la quimioterapia. El modelo de Roy (1999) se centra en el concepto de adaptación de la persona. De acuerdo a esta autora las nociones acerca de la enfermería, la persona, la salud y el entorno se entrelazan estrechamente con esta idea central, dado a que la persona explora continuamente el entorno en busca de estímulos para, finalmente, dar una respuesta desencadenando un mecanismo de adaptación, como por ejemplo el manejo del dolor o el efecto psicológico del diagnóstico de una condición crónica o terminal.

Por último, se utilizará de este modelo el concepto adaptación ya que refiere a los procesos y resultados por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno. El paciente que recibe quimioterapia y padece estrés por enfrentar dicho tratamiento está llevando a cabo una adaptación ineficaz, por lo que estudiar los factores que contribuyen a esa inadaptación permite formular recomendaciones al respecto.

Propósito del estudio

Esta investigación tiene como propósito indagar el estrés que sufre el paciente adulto con cáncer con tratamiento de quimioterapia. El estudio del cáncer se llama oncología. Los Cánceres se han sabido a la humanidad desde épocas antiguas. El Cáncer comienza cuando las células en una parte del cuerpo comienzan a crecer fuera de mando. Varias diversas partes del cuerpo pueden ser afectadas por el cáncer (Mandal, 2011).

Pregunta de investigación

¿Sufrir estrés el paciente adulto con cáncer sometido a tratamiento de quimioterapia?

Objetivos del estudio

- Determinar el nivel de estrés que sufre el paciente adulto con cáncer debido al tratamiento de quimioterapia.
- Identificar si los pacientes en quimioterapia han recibido educación sobre la quimioterapia y el manejo del estrés.
- Discutir los efectos o reacciones en el paciente que sufre de estrés y quimioterapia.

Definición de la variable del estudio

Niveles de estrés: Factores que provocan una reacción que tiene el organismo ante cualquier demanda, siendo un estado de fuerte tensión fisiológica o psicológica que prepara para el ataque o huida; es, asimismo, el comienzo de una serie de enfermedades de las que, aun cuando no es su causa directa, contribuye frecuentemente a su desarrollo

(Melgosa, 2006). Para efectos de este estudio nivel de estrés significa aquellos factores asociados al proceso de quimioterapia como desencadenantes de demandas en el paciente con cáncer. Dicha variable será medida haciendo uso de un cuestionario desarrollado por el investigador a base de la revisión de literatura relacionada con el tema.

Definiciones de términos

Cáncer: Enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal diseminado de células que al desarrollarse en forma incontrolada avanza entre los tejidos normales y los destruye, alterando así el funcionamiento del organismo (Ruiz, Ponce & Ávila, 2000).

Paciente Adulto Oncológico: Paciente mayor de los 21 años de edad que posee un diagnóstico de cáncer, conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis). (Instituto Nacional Del Cáncer, 2011).

Estrés: El estrés es un proceso que se origina cuando las demandas ambientales superan la capacidad adaptativa de un organismo. Esto puede dar lugar a cambios biológicos y psicológicos, que a su vez pueden ser causantes de Enfermedad (Mcgraw-Hill, 2012).

Quimioterapia: La palabra quimioterapia significa el uso de cualquier medicamento (como aspirina o penicilina) para tratar cualquier enfermedad, para la mayoría de las personas se refiere al uso de medicamentos para el tratamiento del cáncer. A veces se abrevia "quimio". Otros dos términos que se usan para describir la quimioterapia como tratamiento del cáncer son terapia antineoplásica (contra el cáncer) y terapia citotóxica la que destruye las células (American Cancer Society, 2013)

Resumen

En el presente capítulo se presentaron los antecedentes históricos y el problema bajo investigación. Además, se presentó la justificación, el marco teórico, y preguntas de investigación que dirigen el estudio. Sin duda alguna, los pacientes al enterarse de un diagnóstico de cáncer se impacta el bienestar psicológico de la persona, lo que provoca respuestas emocionales de aturdimiento, negación, angustia, ansiedad, tristeza, desesperanza, hostilidad, irritabilidad, miedo, y sentimientos de culpa. En el próximo capítulo se presenta la revisión de la literatura relacionado al tema bajo estudio.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Introducción

En este capítulo se presenta la revisión de literatura relacionada con el tema de investigación. Para el desarrollo de la misma se han seguido las recomendaciones establecidas por Polit y Hunger (2010), quienes definen la revisión de literatura como el elemento que permite al investigador conocer a profundidad el tema de investigación. En la primera fase se presenta la conceptualización de las variables de investigación y en la segunda fase se presentan aquellas investigaciones relacionadas con las variables del estudio.

Cáncer

El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control. La característica más peligrosa de las células tumorales es su autonomía, en otras palabras, su capacidad de crecer sin tener en cuenta las necesidades de otras células del organismo y sin someterse a las limitaciones de crecimiento que gobiernan otras células. Este crecimiento tumoral ilimitado hace que el cáncer sea capaz de destruir a su huésped, dañando otros órganos o procesos fisiológicos, o bien utilizando los nutrientes que el cuerpo requiere para desempeñar sus funciones. El tumor abarca todo el organismo y se convierte en un verdadero parásito. Si bien algunas personas presentan cierta predisposición genética al cáncer, la enfermedad en sí misma casi nunca es hereditaria. El comportamiento y el

estilo de vida son los factores que contribuyen en mayor medida a la aparición de esta enfermedad (De Vita, Hellman & Rosenberg, 2000; Díaz, Miralles & Pérez, 2000).

Para el tratamiento del cáncer se han empleado fármacos que tienen como función impedir la reproducción de las células cancerosas, aunque se suele combinar con cirugía y radioterapia, modalidad que se llama tratamiento combinado o multidisciplinar. Los efectos secundarios dependen del agente quimioterapéutico y los más importantes son: alopecia, náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, anemia, inmunopresión, hemorragias, entre otros (Brighton & Wood, 2005).

Desde hace más de dos décadas, la psico-oncología ha hecho importantes contribuciones al estudio de los factores psicológicos asociados con la incidencia del cáncer, la respuesta al tratamiento, la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas que padecen esta enfermedad. Entre los aportes más relevantes se hallan el estudio de las diferencias de personalidad que probablemente hagan a unos individuos más propensos a desarrollar algunos tipos de cáncer o que afecten su curso o pronóstico (López, Ramírez, Esteve & Anarte, 2002); la personalidad tipo C, caracterizada principalmente por la falta de expresión emocional, que podría guardar alguna relación con el desarrollo del cáncer (Vinaccia, Arango, Cano, Tobón, Moreno & López, 2006).

Según Olivares, Sasz & Roa (2004) la inclusión de las enfermedades potencialmente mortales como acontecimientos vitales estresantes en el DSM IV (APA, 1994) y el aumento significativo en las tasas de supervivencia de pacientes oncológicos, debido a los avances científicos y tecnológicos han permitido entender la morbilidad psicológica de los pacientes diagnosticados de cáncer dentro del marco teórico del

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). A partir de estos hechos ha aparecido un limitado número de investigaciones sobre el tema en los últimos años. No obstante, el estudio de este trastorno psicopatológico asociado a cáncer continúa siendo problemático debido a las características de este acontecimiento traumático y a la comorbilidad entre síntomas propios de TEPT y de la enfermedad oncológica. Por ello, los objetivos del presente artículo consisten en examinar la presencia de TEPT en población oncológica y aportar evidencia a la definición de cáncer como acontecimiento vital estresante, considerando las cuestiones metodológicas y conceptuales de la literatura actual. De acuerdo a los criterios diagnósticos propuestos en el DSM IV-TR (APA, 2000), la característica esencial de TEPT es la aparición de síntomas que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física (Criterio A1). La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado) (Criterio A2). El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir:

- Presencia de re-experimentación persistente del acontecimiento traumático (Criterio B).
- Evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo (Criterio C).
- Presencia de síntomas persistentes de activación (*arousal*) (Criterio D).
- Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C, D) se prolongan más de un mes.

- Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F).

Según la Asociación Americana del Cáncer (2011) la persona que ha sido diagnosticada con cáncer puede experimentar un impacto emocional y sentimientos tales como incredulidad, miedo, ansiedad, culpa, tristeza, pena, depresión e ira. Una de las reacciones que podría experimentar la persona puede es el impacto emocional, dado a que la persona no está preparada para escuchar que tiene cáncer. Es normal que la persona que tiene cáncer se pregunte por qué les pasó esto a ellos o piense que la vida los ha tratado injustamente. Además, podría ocurrir una negación del diagnóstico por parte del paciente. Otros sentimientos asociados al d cáncer son el sentir temor al cáncer en sí, a los tratamientos del cáncer. El miedo al dolor y el sufrimiento es uno de los grandes temores que tienen las personas con cáncer y sus seres queridos. También podría ocurrir un sentido de culpabilidad, y de temor a que otros miembros de la familia padezcan la condición. Es posible que el paciente oncológico tenga un sentido de pérdida asociado con el diagnóstico y tratamiento del cáncer. El cáncer puede cambiar su autoestima ya dado a que la aflicción es una respuesta normal que surge a medida que el paciente renuncia a sus viejas ideas de sí mismo y comienza a desarrollar maneras de enfrentarse a los cambios nuevos y dolorosos e indeseables en su vida.

DeGood, Crawford & Jongsma (1999) en Bravo (2010) afirman que los principales objetivos de la intervención psicológica en personas con padecimientos oncológicos son:

- Reducir la ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales desadaptativas.
- Mejorar la capacidad para identificar, afrontar y expresar apropiadamente las emociones asociadas con el diagnóstico.
- Facilitar la adaptación al cáncer induciendo estilos de afrontamiento positivos: mayor sentido de control y participación activa en el tratamiento, de modo que se fortalezca la adherencia terapéutica.
- Estimular la participación en actividades placenteras y mantener/mejorar sus relaciones sociales.
- Facilitar la comunicación del paciente con el personal médico, su pareja y otras personas significativas.
- Mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de sus familiares, al proceso de enfermedad.

Por otra parte, Espinoza & Sanhueza (2007) explican que el proceso que conduce a la muerte es único e irrepetible y la forma como se viva depende de la calidad de los cuidados proporcionados. El cáncer constituye un motivo frecuente del paso a este proceso y los esfuerzos tendientes a apoyarlo se concretan a través de programas de alivio del dolor y cuidados paliativos, cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de vida de los pacientes mientras se viva con una amenaza de muerte. La calidad de vida en estas personas se entrelaza en su significado con la calidad del morir, el que enfatizaría el enfrentar la experiencia misma de morir. Cuando la persona se enfrenta a la muerte irremediable, se habla de calidad del morir. Al respecto, Patrick, Engelberg & Curtis (2001) sostienen que la calidad de vida de la persona con enfermedad oncológica avanzada tiene que ver con sus experiencias y la forma de vida mientras transita con una

amenaza constante a ésta y la calidad del morir tiene que ver con el tipo de experiencia de la persona al enfrentar el proceso mismo del morir.

La quimioterapia

Según la Fundación Internacional Josep Carreras (2009) la quimioterapia consiste en la utilización de medicamentos que destruyen las células leucémicas. Según el tipo de leucemia, puede administrarse un solo tipo de medicamento, si bien lo habitual es combinar dos o más fármacos. Algunas quimioterapias se administran por vía oral pero la mayoría se inyectan por vía intravenosa. En pacientes que precisan repetidas inyecciones por esta vía se hace necesaria la implantación de un catéter, que consiste en un tubo fino y flexible que se inserta en una vena grande, generalmente en una vena del brazo, del tórax (por debajo de la clavícula) o del cuello. A través de él se administran todos los medicamentos, evitando la molestia de las punciones repetidas.

Los medicamentos administrados por vía intravenosa u oral penetran en el torrente sanguíneo y llegan a las células malignas de la mayor parte del organismo. Sin embargo, esto no sucede así con las células que puedan estar presentes en el sistema nervioso central, ya que se hallan protegidas por una barrera consistente en una red de vasos sanguíneos que filtran la sangre que llega al cerebro y a la médula espinal. Para alcanzar las células leucémicas presentes en el sistema nervioso central, es necesario aplicar quimioterapia intratecal, que consiste en la inyección de medicamentos anticancerosos directamente en el fluido cerebroespinal mediante una punción en la parte inferior de la columna vertebral. Algo similar puede ocurrir con las células leucémicas

acantonadas en los testículos para cuyo tratamiento, en ocasiones, debe recurrirse a la radioterapia (Fundación Internacional Josep Carreras, 2009).

La quimioterapia tiene cinco objetivos posibles:

1. La remisión total - para curar al paciente por completo. En algunos casos, la quimioterapia sola puede deshacerse del cáncer por completo.
2. La terapia combinada - la quimioterapia puede ayudar a otras terapias, como la radioterapia o la cirugía, obteniendo resultados más efectivos.
3. Recurrencia Delay / Prevent - quimioterapia, cuando se utiliza para evitar el retorno de un cáncer, se utiliza con mayor frecuencia después que un tumor se extirpa quirúrgicamente.
4. Ralentizar la progresión del cáncer - se usa principalmente cuando el cáncer se encuentra en sus etapas avanzadas y la cura es improbable. La quimioterapia puede retardar el avance del cáncer.
5. Para aliviar los síntomas - también se utiliza con mayor frecuencia en pacientes con cáncer avanzado.

Según se explica en la Web Medical News Today (2013) mantener una adecuada nutrición durante el periodo de tratamiento es muy importante, los tratamientos pueden afectar al apetito y a la capacidad del organismo de tolerar ciertos alimentos y de utilizar los nutrientes. A continuación se dan unos consejos para la nutrición durante el tratamiento:

1. Se debe asegurar la nutrición durante los días de la quimioterapia, aunque no tenga apetito o sienta miedo por las náuseas. Lo mejor es realizar comidas ligeras antes de la quimioterapia.
2. Los tratamientos quimioterapéuticos suelen administrarse en los hospitales de día, en ocasiones durante varias horas. Se recomienda llevar comidas ligeras o refrigerios.
3. La quimioterapia produce en ocasiones cansancio, por lo que se recomienda descansar bastante, y hacer comidas nutritivas.
4. Intente comer con frecuencia pequeñas cantidades de comida en lugar de tres comidas abundantes. Es bueno añadir calorías o proteínas adicionales a los alimentos, los complementos alimenticios pueden ser útiles. Pruebe varios, encontrando el que le sea más agradable.
5. No forzarse a hacer comidas abundantes o con muchas calorías. En ocasiones puede ser difícil comer. Se recomienda comer lo que le sea más apetecible en cada momento, más adelante ya hará comidas más adecuadas.
6. No coma a la fuerza, en los días siguientes se normalizará el apetito.
7. Hay momentos del día en los que sentirá más apetito y le será más fácil comer mejor, aprovéchelos (frecuentemente durante el desayuno)
8. Pida ayuda a familiares y amigos para realizar las compras de alimentos y preparar las comidas.

9. Las náuseas y la pérdida de apetito mejorará cuando finalice el tratamiento quimioterapéutico. Si persisten comuníquelo a su médico.
10. Se toleran mejor los alimentos fríos o a temperatura ambiente.
11. Mantenga una correcta higiene bucal, limpie los dientes tras cada vómito.
12. No consuma bebidas alcohólicas, ni tabaco y límite las bebidas gaseosas, durante el tratamiento pues favorecen las náuseas.

Efectos emocionales de la quimioterapia

Los efectos emocionales de la quimioterapia pueden ser tan debilitantes como los efectos físicos. A partir del diagnóstico inicial de cáncer a la última dosis de quimioterapia, los pacientes se someten a los niveles de angustia emocional mucho más allá de un límite saludable. Los efectos emocionales de la quimioterapia pueden estar directamente relacionados con la medicación o a factores externos, como la familia, el trabajo y la vida social. La gama de la angustia emocional que sienten los pacientes depende mucho de su red de apoyo en particular, su tasa de recuperación y si el hospital combina la quimioterapia con el asesoramiento psicosocial. Las emociones están en alto para toda la familia durante la quimioterapia y esto crea un bucle de retroalimentación que puede ir en una dirección positiva o negativa (Bergerson, 2013).

La quimioterapia puede tener un impacto emocional en los pacientes debido a que el tratamiento en sí es una señal de auto-preservación emocional. La elección para combatir el cáncer no termina con la primera dosis de la medicación y los pacientes a menudo se sienten gravados emocionalmente cuando la recuperación es lenta. Los efectos

secundarios físicos pueden contribuir significativamente a la angustia emocional. El insomnio, náusea constante, pérdida de peso, pérdida de cabello y una vida sexual disminuido todos pueden hacer un paciente se sienta emocionalmente perturbado. La Sociedad Americana del Cáncer sugiere que la combinación de quimioterapia con terapia psicosocial puede ayudar en el alivio de la angustia emocional significativa. Los pacientes pueden buscar a un psiquiatra, psicoterapeuta, un trabajador social, un terapeuta sexual o un miembro del clero (Bergerson, 2013).

Investigaciones relacionadas al tema bajo estudio

A continuación se presentan algunos estudios relacionados con el tema. Las investigaciones presentadas vinculan la variable estrés y emociones del paciente adulto ante el cáncer, especialmente cuando este recibe quimioterapia. Las investigaciones presentadas son desde el año 2004 al 2009, aunque se hace referencia a un estudio clásico de 1999.

Un estudio clásico relacionado al afrontamiento del cáncer, fue realizado por Urquidi, Montiel Carbajal & Gálvez (1999), el cual tuvo como propósito establecer la relación entre afrontamiento y ajuste psicosocial a la enfermedad de cáncer, así como identificar la asociación entre éstas, en pacientes con cáncer de mama. El instrumento utilizado fue la Escala de Ajuste Psicosocial a la Enfermedad de Derogatis (1986) y la Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckman y Adams (1984). En dicha muestra fueron seleccionadas 43 mujeres, con diagnóstico de cáncer de mama, que asistían a una institución de salud pública a recibir tratamiento de radioterapia, cuyas edades fluctuaban entre 20 y 70 años, a través de un muestreo no probabilístico. De las pacientes que

participaron, el 72.1 % tenían pareja, y el estado civil correspondía mujeres casadas o mujeres en unión libre. El resto de un 27.9% de las participantes, no contaban con pareja, el estado civil para estos casos fue de soltera, divorciada o viuda. El dominio de aflicción psicológica correlacionó positivamente con afrontamiento pasivo $r=.615$ ($p\leq .01$) y con el dominio ambiente social $r=.501$ ($p\leq .01$). Los resultados sugieren que las pacientes en este estudio, no experimentaron cambios importantes en el ajuste psicosocial como producto de la enfermedad en seis de los siete dominios evaluados (cuidado de la salud, ambiente laboral o vocacional, ambiente doméstico, ambiente social, relaciones familiares extendidas y aflicción psicológica). Sin embargo, en el dominio de la sexualidad se observó que las pacientes sí experimentaron cambios moderados en las actividades de la conducta sexual. El afrontamiento pasivo fue la única estrategia que correlacionó con el ajuste psicosocial, específicamente, con cinco de los siete dominios que componen la escala.

Larsen, Nordstrom, Ljungman & Gardulf (2004) realizaron un estudio titulado "Aparición de los síntomas, la intensidad de los síntomas, y la angustia de los síntomas en los pacientes que reciben quimioterapia de dosis alta con trasplante de células madre". El estudio tuvo como objetivo principal investigar la percepción subjetiva de ocurrencia de los pacientes de los síntomas, la intensidad de los síntomas (SI), y los trastornos sintomáticos (SD) desde el ingreso para el trasplante de células madre (SCT) hasta el alta de la sala. En la investigación participaron Cuarenta y tres pacientes y los datos fueron recolectados en 7 puntos de tiempo diferentes mediante el uso de la frecuencia de los síntomas auto-administrado, intensidad, y el cuestionario de socorro para la SCT (SFID-SCT). Los resultados mostraron que la aparición de los síntomas siguió una curva en la

que se registraron las frecuencias más altas de síntomas desde el día de la SCT (T2) hasta el final del período de cuidado protector (T5). La media de la IS y puntuaciones de DE se hicieron mayores cuando el número de síntomas reportados aumentó. Entre T2 y T5, 33% a 54% de los pacientes informó de > 10 síntomas simultáneos. Los síntomas reportados en más del 50% de los pacientes durante el T2-T5 fueron cansancio, pérdida de apetito, sequedad de boca, náuseas, alteraciones del sueño, diarrea, y cambios en el gusto. La pérdida del apetito, cansancio y sequedad de la boca fueron, en orden descendente, los 3 síntomas reportados como más intensos y angustiantes. Una estadística y significativamente mayor SD-score se encontró para los pacientes sometidos a trasplante alogénico SCT en el día antes del inicio del régimen de condicionamiento, en comparación con los pacientes que se someten autólogo SCT. Se encontró que los pacientes que no informaron la ansiedad sobre la admisión tendieron a tener una mayor media de las puntuaciones SD al final de la estancia hospitalaria de los pacientes ansiosos. Se encontró que el cuestionario SFID-SCT es uno que logra brindar información útil. Los autores concluyeron que este tipo de instrumento distingue entre estos aspectos de la experiencia de los síntomas lo que puede ayudar a los profesionales de atención de salud para apoyar a los pacientes a través del proceso de SCT.

Demoor, Demoor, Sengquis, Bevers & Cohena (2006) en su estudio Optimismo, Angustia, relacionada con la salud Calidad de Vida, y el cambio en el Cáncer Antígeno 125 entre los pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia de ovario tuvieron como objetivo estudiar el optimismo y disposicional situacional en correlación con el efecto protector contra las dimensiones de la angustia y los aspectos de salud de la calidad de vida (CVRS) en pacientes con cáncer de ovario que reciben quimioterapia. El estudio

también evaluó si el optimismo predice una disminución de antígeno de cáncer (CA) a 125 niveles durante el tratamiento. Como parte de la metodología, noventa mujeres con cáncer epitelial de ovario fueron evaluadas al inicio y al final de la quimioterapia. El optimismo, la angustia y la CVRS se midieron mediante auto informe; para medir el nivel de CA 125 se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes. Los resultados arrojaron que ambas medidas de optimismo fueron inversamente asociadas con la ansiedad inicial, el estrés percibido, y la depresión. Además, el optimismo situacional se asoció positivamente con bienestar de línea de base social y física, y el optimismo disposicional se asoció positivamente con la línea de base social y funcional de bienestar. Sin embargo, ninguna de las medidas de optimismo predice dominios de la angustia o la CVRS en la evaluación de seguimiento después del control de los niveles iniciales. El optimismo de disposición predijo CA 125 en el final del tratamiento después de controlar los niveles de referencia. Por otro lado, ni el optimismo ni la situación de disposición predijo CA 125 por lo que los resultados fueron cae niveles normales (35 U / ml). Los autores concluyeron que de acuerdo con la investigación, el optimismo se asoció inversamente con la angustia y positivamente asociada con la CVRS en pacientes con cáncer de ovario que reciben quimioterapia. Los mayores niveles de optimismo disposicional al inicio de la quimioterapia se asociaron con un mayor descenso de la CA de los pacientes durante el tratamiento.

Ese mismo año, Pandey, Gangadharam, Nandkumar, Bejoy, Badridien & Krishnan (2006) realizaron una investigación titulada "Peligro, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia". En el estudio un total de 117 pacientes fueron evaluados mediante el uso de la angustia de inventario para el cáncer (DIC2) y

hospital la ansiedad y la depresión escala (HADS). La mayoría de los pacientes estaban recibiendo tratamiento de quimioterapia para los tumores sólidos (52; 44,4%). El inventario de socorro para el cáncer (DIC 2) fue una herramienta utilizada en el día 33 administrado por una entrevista, así como auto administrados. Mediante la herramienta de la escala de socorro se obtuvo una puntuación global de la subescala de los resultados. La escala se anotó en un punto 5 mediante la escala Likert, sin embargo la subescala 'familia específica' incluía preguntas sobre el cónyuge y los hijos en la que tuvieron la opción de marcar como no aplicable, si la persona entrevistada no está casada o no tenía hijos. La edad media de los pacientes fue de $45,4 \pm 15,8$ años, hubo 62 (53%) varones y 5 (47%) mujeres. En el momento de la entrevista casi tres cuarto de los pacientes estaban casados y más del 50% fueron hindúes. Casi el 45% de los pacientes eran pobres y el 31% pertenecían a la clase social superior. De los 117, 52 (44,4%) recibían tratamiento de quimioterapia al momento de la entrevista siendo para los tumores sólidos, mientras que 33 (28%) padecían de Lympho-proliferative y 20 (17%) tenían neoplasias hematológicas. La mayoría de los pacientes 36 (30,8%). En cuanto a los resultados, los autores indicaron que sobre la angustia, la ansiedad y la depresión, la media de las puntuaciones de socorro fueron $24,04 \pm 9,06$ (rango 7,14-63,6), mientras que la angustia de sub-escalas oscilaron entre 0.0-43.0. La media de las puntuaciones de ansiedad fueron $3,33 \pm 3,5$, mientras que en torno a la depresión fue de $4,07 \pm 3,24$. En los pacientes mayores de 47 años se encontró un incremento significativo de angustia espiritual y la actividad de la vida diaria, mientras que los pacientes con ingresos elevados o tenían menos problemas a nivel emocional y familiar y la angustia total. Los hindúes y los pacientes con mieloma tenían un nivel significativamente alto de angustia

espiritual. Los autores concluyeron que su estudio pone de manifiesto la alta morbilidad psicológica de los pacientes de cáncer y la influencia del género en la depresión, así que conforme a la evaluación de DIC 2 realizada, se establece que la misma puede tener un posible solapamiento con la ansiedad.

Luego, Gaviria, Vinaccia, Riveros, & Quiceno (2007) realizaron un estudio titulado “Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico” (HAD). El estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, el afrontamiento del estrés y las emociones negativas en 28 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en tratamiento quimioterapéutico del Instituto de Medicancer de Medellín (Colombia). Para la recolección de los datos se utilizaron los cuestionarios: EORTC QLQ-C30, que mide Calidad de Vida; el CAE, que evalúa Afrontamiento al Estrés, y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Los pacientes que acudían a consulta externa a las instalaciones del Instituto de Medicancer de Medellín (Colombia) fueron informados acerca de los objetivos de la investigación. Una vez brindada la información, se solicitó a los pacientes el consentimiento para participar en el estudio, comentándoles acerca del secreto ético de la información y que podrían retirarse de la investigación cuando ellos lo consideraran. Las características socio demográficas de la muestra: se observa que gran parte de los participantes fueron mujeres (60.7%) y un 39.3% fueron hombres. La mayoría de los sujetos del estudio (13 personas) se ubicaron en edades comprendidas entre los 48 y 57 años (46.3%), y el porcentaje más representativo (4 personas) se encontró en la edad de 48 años (14.3%), un 25.2% (7 personas) se ubicó entre los 18 a los 44 años y un 28.6% (8 personas) se agrupó entre los

60 a 70 años, y se encontró a nivel general un grupo mayoritario de adultos mayores. un porcentaje mayor (89.3%) se agrupó en el estrato (75.0%). En cuanto a la variable ocupación, se observó que la mayoría son amas de casa (53.6%), un 32.1% realiza una actividad laboral y el resto (14.3%) se agrupó en las categorías desempleado, pensión/jubilado y estudiante. El 50.0% de la muestra está ubicada en la categoría de casados y unión libre, el 25.0% son solteros y el otro 25.0% se ubica en la categoría de separados y viudos. Respecto a las variables diagnósticas, se encontró que gran parte de los pacientes padecían cáncer de colon (28.6) y cáncer de mama (21.4%), en cuanto a las Estrategias de Afrontamiento se encontró que la Evitación y la Reevaluación Positiva, fueron las más utilizadas a diferencia de la Expresión Emocional Abierta, que fue la menos empleada. Por último, se observaron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión en los pacientes con cáncer. A nivel general se observó que los pacientes del estudio tuvieron puntuaciones medias en las escalas de Función Emocional, Función de Rol, Fatiga y Problemas del sueño, y puntuaciones medio altas en las escalas de Función Física, Función Cognitiva, Función Social y Global, del cuestionario EORTC QLQ-C30, lo cual indica una calidad de vida de buena a muy favorable en lo relacionado a factores psicosociales y de rol o actividades diarias. Con respecto a la escala de Síntomas como Náuseas y Vómito, Dolor, Disnea, Pérdida Apetito, Estreñimiento y Diarrea, hubo puntajes medio bajos igual que en la escala de Dificultades Financieras, indicando poca manifestación de sintomatología asociada por la enfermedad y los efectos del tratamiento quimioterapéutico como de dificultades económicas. Se aprecia a nivel descriptivo, con relación a las medias de los resultados obtenidos, que los puntajes de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra estudiada para hacer frente a

los diferentes problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida son medios en las subescalas de Búsqueda de Apoyo Social, Religión, Solución del Problemas y Autofocalización Negativa, son altos en las subescalas de Evitación y Reevaluación Positiva y bajos en la subescala de Expresión Emocional Abierta. A nivel general, nuestra muestra no presentó síntomas clínicos de ansiedad-depresión. Los resultados evidenciaron una calidad de vida favorable tanto en las dimensiones funcionales como en la de síntomas de la enfermedad.

Mientras que, Polikandrioti, Evaggelou, Zerva, Zerdila, Koukoularis&Kyritsi (2008) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar los niveles de depresión en la experiencia de los pacientes que reciben quimioterapia. Material y métodos: El estudio muestra incluyó a 159 pacientes con cáncer, que recibían la quimioterapia en un departamento de hospital diurno. Los datos fueron recogidos a través cuestionario auto-administrable «Zung Auto Clasificación Escala de Depresión» (SDS). El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando la prueba t, ANOVA y SPSS-15. Los resultados demostraron que de los 159 pacientes estudiados, el 34% fueron hombres y 66% mujeres. Conforme con el nivel de depresión, 67,7% experimentó los niveles normales de la depresión, 21,5% leves, 10,2%moderada y 0,6% severa. El análisis estadístico mostró que los pacientes con > 70 años de edad experimentaron niveles más altos de depresión, en comparación con los de <50 y 51-60 años de edad, $p = 0,025$ y $p = 0,005$, respectivamente. Sobre los datos ocupacionales de los participantes, se encontró que, los pensionados arrojaron niveles más altos de depresión en comparación con los empleados, tanto a nivel público o privado, $p = 0,014$ y $p = 0,018$ respectivamente. Sin embargo, no difieren estadísticamente ni de manera significativa a quienes realizan tareas domésticas,

$p = 0,765$. En lo que respecta a la situación educativa, los pacientes de primaria educación experimentaron un mayor nivel de depresión en comparación con los de secundaria y enseñanza superior / universidad, $p = <0,001$ y $p = 0,012$, respectivamente. Los pacientes que recibieron quimioterapia sin respuesta experimentaron niveles más altos de depresión en comparación con los que recibieron quimioterapia adyuvante, $p = 0,050$. Los pacientes que recibieron antidepresivo o medicación hipnagógico experimentaron niveles más altos de depresión en comparación con aquellos que recibieron la quimioterapia sin medicación sintomática-alleviative $p = <0,001$ y $p = 0,029$. Del mismo modo, los niveles más altos de depresión fueron experimentados por los pacientes que no fueron alimentados adecuadamente, $p = <0,001$, así como los que tenían una enfermedad co-existente, $p = 0,029$. Los autores concluyeron que los profesionales de la salud deben estar completamente informados sobre la depresión y sus dimensiones. El diagnóstico precoz de la depresión consiste es de suma importancia para un tratamiento médico y la planificación de la atención basada principalmente en las necesidades personales de cada individuo.

Rodríguez, Sánchez, Roja & Arteaga (2009) realizaron un estudio titulado "Prevalencia de trastornos mentales en adolescentes con cáncer". El mismo tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de trastornos mentales en adolescentes con cáncer. El objetivo de dicho estudio fue conocer la presencia o no de estos trastornos. Se estudiaron 40 adolescentes con cáncer, del Instituto Oncológico Dr. Luis Razetti, a través de entrevistas clínicas estructuradas, realizando el diagnóstico según los criterios expuestos en el manual de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes (CIE-10, Janice arreglar referencia según APA, 2010). Se encontró que un 65% de los

adolescentes presentaban el diagnóstico psiquiátrico, el 46% con trastornos adaptativos, 42% con episodios depresivos y un 12% con trastorno de ansiedad generalizada, incluyendo primordialmente manifestaciones ansiosas depresivas, irritabilidad, preocupación excesiva y rabia.

Marco Legal

En Puerto Rico existe la “Carta de Derechos de los Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer”, la cual tiene como propósito determinar los derechos y responsabilidades con relación a los servicios de salud médico-hospitalarios y otros servicios relacionados; la administración e implementación de programas y asuntos relacionados; el financiamiento; la creación de la Junta Asesora sobre el Cuido y Tratamiento del Paciente y Sobreviviente de Cáncer; y para otros fines relacionados. Con esto se persigue encaminar a nuestra sociedad a lograr una mayor sensibilidad y conciencia de la necesidad de salvaguardar la dignidad y seguridad de aquéllos cuya salud se ve afectada, lo que los hace vulnerables al tener comprometido su sistema inmunológico (Lexjuris, 2012).

Las responsabilidades de los proveedores de servicios de salud y aseguradoras se establecen a la par con las responsabilidades que patronos, escuelas, universidades, entre otros, deben también tener para con este sector. Esta “Carta de Derechos de los Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer” reconoce que todos los sobrevivientes de cáncer tienen unas necesidades especiales a la hora de recibir servicios de salud. Por esto, se establecen las reglas que gobernarán la relación paciente/sobreviviente con los proveedores de todo servicio relacionado con este grupo. Un ejemplo de la protección adicional que se da

fuera del ámbito de salud es que permite que todo estudiante a nivel universitario, paciente o sobrevivientes de cáncer, pueda continuar desarrollándose como ciudadano y profesional en una institución de enseñanza superior sin que su condición sea óbice para ello. Además, se debe garantizar el acceso a oncólogos, radio oncólogos y especialidades quirúrgicas involucradas en el diagnóstico inicial y tratamiento del paciente una vez se le considere sobreviviente. Esta Ley provee el espacio en el que se recogerán todas las legislaciones aprobadas a favor de las personas afectadas y sus familias (Lexjuris, 2012).

En torno a aspectos éticos y bioéticos del paciente oncológico Valiente & Guerrero (2014) explican que es deseo propio e inalienable de cada ser el tener acceso y atenciones que le garanticen el disfrute pleno de su existencia sin importar los padecimientos que lo aquejan. En el paciente con cáncer es deber del equipo médico el regirse por paradigmas humanísticos y bioéticos, teniendo como referencia el marco legal y el concepto actual de salud, donde cobran vigencia los tres principios fundamentales que forman la trilogía bioética: Autonomía, justicia y beneficencia.

Sobre el concepto Bienestar general; éste nos permite evaluar el estado general del paciente. Dicha evaluación estará conceptualizada en las funciones cognitivas; las que representan las alteraciones en la concentración o la memoria que afecta a estos pacientes. Por otro lado se encuentra el área laboral: Cada vez se le da más importancia a la posible incorporación del paciente al trabajo una vez terminado el tratamiento. El área social; es de vital importancia ya que representa la incorporación posterior a la vida social. Así mismo en torno al estado psicológico; deben ser evaluados la permanencia de dolores, las alteraciones del sueño, la función sexual, los estados de ansiedad o depresión (Valiente & Guerrero, 2014).

Resumen

Para concluir, a continuación se presentan las implicaciones metodológicas de la presente propuesta de investigación. La enfermedad del cáncer no es homogénea, en ella intervienen una enorme variedad de tipos que afectan a las personas en su diversidad cultural, determinada por la edad, sexo, el momento de la vida en que ésta acontece, y el apoyo emocional que posee, entre otros. La persona que ha sido diagnosticada con cáncer y está sometida a tratamiento de quimioterapia podría experimentar un impacto emocional y sentimientos tales como incredulidad, miedo, ansiedad, culpa, tristeza, pena, depresión, ira y otras emociones. Otros sentimientos asociados al diagnóstico del cáncer son el sentir temor al cáncer en sí, y al tratamiento del cáncer. El miedo al dolor y el sufrimiento es uno de los grandes temores que tienen las personas con cáncer y sus seres queridos. En torno al aspecto legal es un derecho inalienable en Puerto Rico que cada ser tenga acceso a los diagnósticos, tratamiento y cuidados paliativos, así como todas aquellas atenciones que le garanticen el disfrute pleno de su existencia sin importar los padecimientos que lo aquejan.

En el próximo capítulo se discute el método de la presente investigación.

CAPÍTULO III

MÉTODO

Introducción

A continuación se presenta la metodología que se llevó a cabo en este estudio. Este capítulo describe el diseño, la población, muestra, instrumento del estudio, procedimiento, validación y análisis estadístico de los datos. También incluye cómo se han de proteger los derechos humanos de los participantes. La investigación que se realizada es: *El Estrés de pacientes adultos con Cáncer sometidos a tratamiento de quimioterapia*. Los Objetivos de esta investigación son: Determinar el nivel de estrés que sufre el paciente adulto con cáncer debido al tratamiento de quimioterapia. Identificar si el factor que contribuye al estrés de estos pacientes es el tratamiento o el diagnóstico. Al utilizar estos objetivos como base para esta investigación se puede lograr un mejor entendimiento acerca del estrés que sufren los paciente adultos con cáncer sometidos a tratamiento de quimioterapia, además de brindar datos que favorezcan en el campo de la enfermería avanzada respecto al manejo del estrés que causa dicho tratamiento.

Diseño

El diseño de este estudio es de tipo descriptivo. El objetivo principal de la investigación es determinar el estrés que sufre el paciente con cáncer sometido a tratamiento de quimioterapia. Según Hernández, Fernández & Baptista (2010), los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de las personas o grupos que sean sometidos al análisis. También estos/as autores/as indican que los

estudios descriptivos se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Adicionalmente, Polit & Hungler (2010) mencionan que las investigaciones descriptivas son aquellas que tienen como objetivo llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Este es el caso de la presente investigación.

Población

La población se refiere a un conjunto de individuos o elementos que podemos observar, medir una característica o atributo (Polit & Hungler, 2010). La población estuvo compuesta de pacientes de cáncer mayores de 21 años de edad sometidos a tratamiento de Quimioterapia, de una clínica del área central de Puerto Rico.

Muestra

La muestra es una representación de las características de una población. Para este estudio se tomó una muestra no aleatoria de 20 pacientes con cáncer de una clínica especializada en cáncer del área central en Puerto Rico. La muestra fue tomada por disponibilidad de los sujetos. Este tipo de muestra refiere a un muestreo no probabilístico y es tomada por conveniencia y mediante voluntarios, según expresan Polit & Hungler, 2010).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Los participantes deben ser mayores de 21 años de edad.
- Tener algún diagnóstico de Cáncer.

- De ambos géneros.
- Estar sometidos a tratamiento de quimioterapia.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- No interesar participar voluntariamente del estudio.
- No estar en tratamiento de quimioterapia
- Menor de 21 años de edad.

Instrumento

El investigador desarrolló un cuestionario basado en la revisión bibliográfica presentada en este estudio. El cuestionario fue titulado "*El estrés del paciente adulto con cáncer sometido a tratamiento de quimioterapia*", se desarrolló con el fin de medir la variable de estudio Estrés. Este cuestionario fue desarrollado por el investigador a base del análisis de literatura y de diferentes cuestionarios que medían la variable Estrés. Está compuesto de cuatro partes: la primera parte está relacionada a preguntas cerradas acerca de los aspectos socio-demográficos, la cual contiene 6 reactivos a contestar por los participantes haciendo una marca (X) de cotejo. La segunda parte del cuestionario consta de cinco premisas donde se medirá si el paciente sometido a tratamiento quimioterapéutico sufre de estrés, está el participante utiliza una escala de 4 que va desde MUCHO a NUNCA, y marca con una (X) la respuesta. La tercera parte que constituye preguntas sobre si se ha recibido educación de cómo manejar el estrés y la quimioterapia, esta sección se compone de 2 premisas donde el participante contesta con un SI o NO. La parte final o cuarta parte, donde se evaluarán los efectos o reacciones al estrés y a la quimioterapia el participante responde a 4 premisas de selección múltiple sobre el

particular que igual que las demás secciones contestará con una (X) su respuesta. En total el cuestionario contiene unas 17 premisas fáciles de entender y contestar por los participantes. Se determinó que el cuestionario era la mejor manera de coleccionar los datos para medir la variable según Polit & Hungler (2010) los cuestionarios son menos costosos que las entrevistas, ofrece la posibilidad de anonimato, y corre sin prejuicio del entrevistado, el entrevistado cede un porcentaje más alto de respuestas conveniente para una mayor variedad de gente y proveer unos datos más ricos en los cuestionarios.

Validación del instrumento

La validez del instrumento según Polit & Hungler (2010) es el grado en que un instrumento cuantifica lo que se pretende medir. El instrumento será sometido a validación de contenido por un panel de tres (5) expertos según recomienda Polit & Hunger (2010) para los instrumentos de investigación. Estos autores señalan que la validez puede ser de diversos tipos. Uno de ellos es la validez aparente que designa si el instrumento puede medir de forma adecuada el constructo conceptual. La validez de contenido se refiere a la representatividad del conjunto de enunciados que constituyen el concepto que se va a medir. Existen varios métodos que en la práctica se pueden combinar entre sí: el modelo Fehring, la metodología Q, el método Delphi, el modelo de estimación de la magnitud y el método Lawshe (Hernández-Sampieri, Fernández Callado & Baptista-Lucio, 2003).

En este caso, se ha de utilizó el Método de Lawshe (1975), el cual provee una tabla para categorizar la opinión de los panelistas por premisas. Las premisas deben ser catalogadas por el grupo de jueces como esenciales o no esenciales, luego de clasificarlas

se suman dichas clasificaciones y aquellas que no logren alcanzar el promedio de validación no pueden ser incluidas en el cuestionario. El investigador utilizara un panel de 5 expertos. Según Lawshe para que una premisa pueda validarse debe obtener un promedio de 0.99 cuando el investigador incluye un panel de 5 jueces.

Lo primero que los jueces realizarán es una evaluación general del cuestionario. Antes de proceder a aplicar la prueba de Lawshe. Estos tienen que evaluar en términos generales como la construcción del instrumento en relación con la claridad del contenido, Organización del contenido, partes que se incluyeron en el cuestionario (datos socio demográficos, premisas relacionadas con la variable).

Resultados de la validación del cuestionario

Los resultados demuestran que el 100% de los expertos opinaron que el instrumento es excelente en la adecuación de las escalas provistas para medir la variable. Respecto a la claridad del contenido, partes que se incluyeron en el cuestionario y adecuación de las premisas para la población bajo estudio, lo catalogaron como esencial con un 100% también. Excepto en la organización del contenido donde 80% estuvo de acuerdo con el mismo. Estos emitieron sugerencias relacionadas con la organización del contenido indicando que se debía dividir las premisas por categoría de preguntas: no mezclar los temas de educación, de estrés ni de efectos del estrés por la quimioterapia. Estos temas deben estar separados para que el participante se le haga mejor entenderlos y para que en el futuro análisis se pueda desarrollar de una forma más precisa. Es decir, que en términos generales el cuestionario fue catalogado como uno bueno.

Respeto a las premisas si eran esenciales o no para medir la variable de estudio según lo establece Lawshe, los jueces emitieron su opinión. Ninguna de las áreas del cuestionario evaluada por los jueces fue catalogada como pobre o no esencial. Se realizaron los cambios en la organización del contenido, no en las premisas del cuestionario, lo cual es positivo en este proceso. Es decir, que el cuestionario no sufrió cambios en las premisas o preguntas que miden la variable, pero sufrió cambios en la manera en que estaban organizadas, antes el cuestionario se componía de dos partes (cuestionario original) y ahora se encuentra dividido en cuatro partes sin alterar sus premisas. Una vez aplicada la fórmula de Lawshe a este proceso el mismo alcanzó unas 99 centésimas de aprobación, lo que significa que es uno valido para la variable para la cual va hacer utilizado. El cuestionario modificado en contenido y validado según el método Lawshe fue el que se sometió al IRB del SUAGM.

Procedimientos

Para la realización del procedimiento se siguieron las recomendaciones hechas por Polit y Hungler (2010) y el Comité de Derechos Humanos (IRB) del Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM), el cual es utilizado en este tipo de investigaciones. Para este estudio se sometió la propuesta del mismo al IRB del SUAGM para su aprobación y para proceder a la realización del estudio. El IRB aprobó dicho estudio, luego de haber solicitado la autorización por escrito a la administración donde se llevó a cabo el estudio. A esta se le presentó el propósito del estudio y la necesidad de realizar el mismo como parte de un proyecto académico. Una vez recibida la autorización tanto del IRB como de la agencia donde se llevó a cabo el estudio, se procedió al reclutamiento de los sujetos. Este reclutamiento se realizó en la reunión mensual donde se

reúnen los grupos de apoyo de los pacientes, en la clínica seleccionada, el investigador tuvo una parte para presentar su estudio. Esta reunión se lleva a cabo en el salón conferencias de la institución ubicada en el primer piso de la institución. Una vez presentado el estudio aquellos que estuvieron de acuerdo en participar permanecieron en la sala antes mencionada y los que no desearon participar salieron del salón sin temor a represalias de parte del investigador. En el proceso de reclutamiento, entrega de hoja de consentimiento y administración del cuestionario, no estuvo presente personal alguno de la institución ni personal externo al estudio, esto para asegurar la privacidad de los sujetos. Una vez los interesados en participar en el estudio estuvieron solos con el investigador, este aprovechó el momento para presentar a los interesados en participar del estudio por medio de preguntas específicas del estudio, así como los mecanismos a ser utilizados para proteger la confidencialidad, el anonimato y la privacidad de las personas participantes en el estudio y en qué consistía el mismo.

Luego de la orientación, aquellos que indicaron su deseo de participar se le entregó el consentimiento informado, este una vez firmado por los participantes lo devolvieron en un sobre manila sellado (previamente provisto) al investigador. El consentimiento informado consiste en un escrito que explica en forma clara y precisa la autorización libre y voluntaria de las personas participantes para formar parte del estudio. Se les garantizó la confidencialidad y el anonimato de la participación de los sujetos en todo momento y en la medida que fue posible. Luego el investigador le hizo entrega del cuestionario a los sujetos una vez firmaron y entregaron su consentimiento. Durante la administración del cuestionario el investigador estuvo presente. Aun si un participante luego de comenzar el estudio deseaba retirarse lo podía hacer sin temor a represalias, de

hecho, ninguno de los participantes reclutados se retiró del estudio. Una vez completado el cuestionario por parte del participante este fue entregado en otro sobre manila distinto al primero donde entregaron los consentimientos para que no se conecten las firmas con la información ofrecida por los participantes. La entrega del cuestionario fue al investigador, en un sobre manila sellado por los mismos participantes. Ambos documentos (consentimientos y cuestionarios) fueron guardados cumpliendo con el principio de confidencialidad y anonimato, permaneciendo la misma bajo la custodia del investigador únicamente. Esto debido a que los principios éticos y legales exigen que se vele por la seguridad, bienestar, integridad y confidencialidad de las personas que participan en una investigación

Aspectos éticos considerados en el estudio

El investigador para apoyar y formar parte de un proceso ético y correcto durante el estudio de investigación tomo las certificaciones del IRB, RCR E HIPAA relacionados con las leyes federales de confidencialidad y protección de los derechos humanos. Para garantizar la protección de los sujetos, se observaron los principios de confidencialidad, protección de la identidad. Se les explicó a los sujetos del estudio que la participación en la investigación era voluntaria y que el riesgo de completar el instrumento era mínimo. El riesgo mínimo potencial de los participantes era sentirse levemente cansado o aburridos al completar el instrumento. Además se le explicó de antemano el beneficio potencial de formar parte de la investigación y la importancia del mismo ya que los participantes no recibieron compensación económica alguna. El investigador estuvo disponible en todo momento para contestar preguntas o dudas sobre el estudio. Se proveyó el número de teléfono del investigador y de las oficinas del IRB del SUAGM para cualquier duda o

pregunta que surgiera de parte de algún participante. Para efectos de esta investigación se consideraron los siguientes mecanismos para salvaguardar los derechos humanos en bienestar de los participantes:

1. Los pacientes participantes de la investigación lo hicieron de forma libre y voluntaria.
2. Las personas participantes podían abandonar su participación o abstenerse de responder alguna pregunta en cualquier momento durante el proceso de la investigación sin que esto implique alguna penalidad.
3. Se les informó que su participación no implica daños físicos, mentales, emocionales o psicológicos a su persona. Que solamente el estudio consiste en completar un cuestionario donde pueden sentirse levemente cansado o aburridos al completar el mismo
4. Las personas participantes fueron orientadas en torno a su derecho de tener pleno conocimiento del uso de la información producto de la investigación.
5. Para salvaguardar el anonimato, toda información que se maneje durante el proceso de investigación, ya sea escrita o verbal, se guardó de forma segura en un lugar (bajo llave) en la residencia principal del investigador, esto por un periodo de 5 años, tiempo máximo determinado por el IRB para custodiar los documentos generados en un estudio con sujetos humanos y únicamente el investigador tendrá acceso a la misma.
6. Una vez concluida la investigación y pasado los 5 años, todos los documentos generados en el estudio serán destruidos en un término establecido, haciendo uso de una trituradora de papel.

Por eso, la entrega del consentimiento del estudio se hizo en el lugar designado por la administración de la Clínica seleccionada, el salón conferencia ubicado en el primer piso de dicha institución donde se reúnen mensualmente los pacientes que reciben quimioterapia con grupos de apoyo. En dicha reunión el investigador, una vez finalizada la misma tuvo la oportunidad de presentar su estudio. Aquellos que desearon participar del mismo le fue entregado el consentimiento informado para su firma. Una vez firmado el mismo este fue entregado por los participantes en un sobre manila sellado, y fue custodiado por el investigador. Una vez guardado el consentimiento, el investigador procedió a administrar el cuestionario. Una vez completada la aplicación del instrumento, los sujetos del estudio entregaron el mismo en otro sobre manila sellado distinto al que entregaron el consentimiento para guardar la confidencialidad de los datos y que las formas del consentimiento no se conecten con la información ofrecida en los cuestionarios. El investigador es el custodio de los instrumentos de recolección de datos. Luego de esto, una vez concluida esa fase del estudio, el investigador realizó el análisis de los datos recopilados.

Análisis de los datos

Los datos se analizaron mediante la aplicación del programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Los datos estadísticos fueron analizados con el fin de alcanzar el propósito y las preguntas de la investigación. Para ello se utilizó la estadística descriptiva tales como sumatoria de frecuencias, porciento y promedio para medir los objetivos del estudio y contestar la pregunta de investigación. Los hallazgos se presentan en tablas y gráficas, seguido de una descripción narrativa detallada, esto con el propósito de facilitar la interpretación de los hallazgos.

Resumen

En resumen, este capítulo se describió, entre otros aspectos, la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, el proceso de validación, diseño, procedimiento y cómo se logró la protección de los derechos humanos durante la realización del estudio. En el siguiente capítulo se representan los hallazgos que se desprenden del estudio.

CAPÍTULO IV

HALLAZGOS

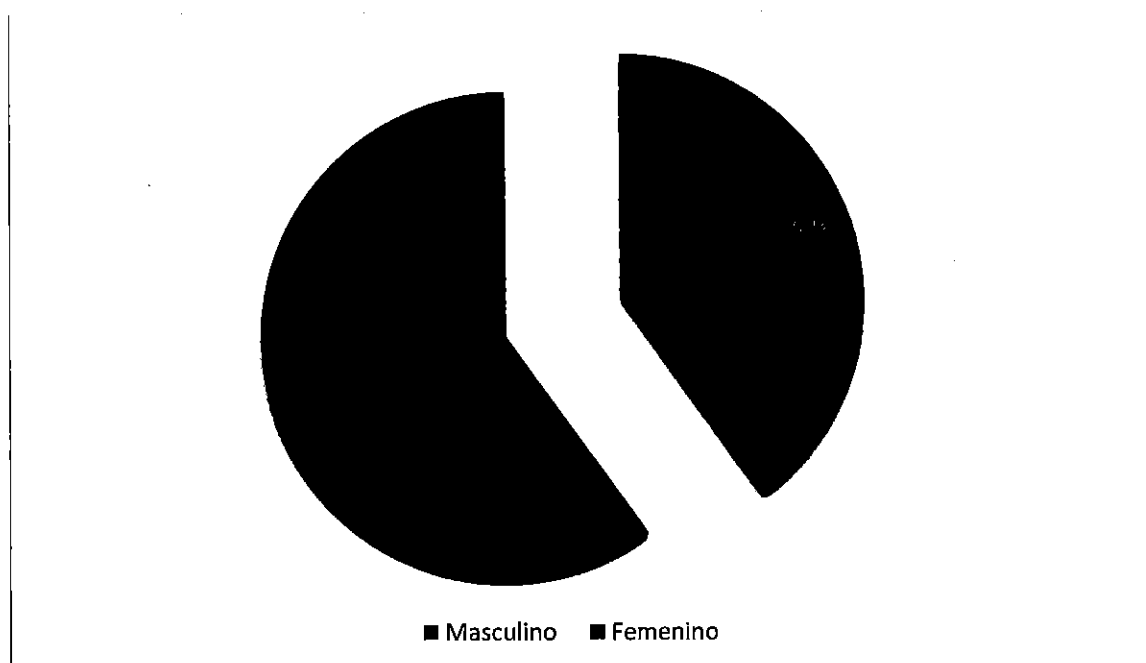
Introducción

Los hallazgos de una investigación son los resultados asociados a los objetivos previamente planteados o a las hipótesis o preguntas que tiene un investigador. Las nuevas proposiciones tendrán que replantearse a base a los nuevos hallazgos no asociados a los que se esperaba encontrar (Polit & Hungler, 2010). Los hallazgos que se presentan a continuación enfatizan los aspectos sociodemográficos de la muestra seleccionada, el estrés en el paciente adulto con cáncer y la educación recibida por el paciente de cáncer sobre su condición y culminando con los efectos o reacciones al estrés. También existe una sección que se enfoca en los objetivos de esta investigación son: Determinar el nivel de estrés que sufre el paciente adulto con cáncer debido al tratamiento de quimioterapia. Identificar si el factor que contribuye al estrés de estos pacientes es el tratamiento o el diagnóstico. Al utilizar estos objetivos como base para esta investigación se puede lograr un mejor entendimiento acerca del estrés que sufren los paciente adultos con cáncer sometidos a tratamiento de quimioterapia, además de brindar datos que favorezcan en el campo de la enfermería avanzada respecto al manejo del estrés que causa dicho tratamiento.

Presentación de datos socio-demográficos

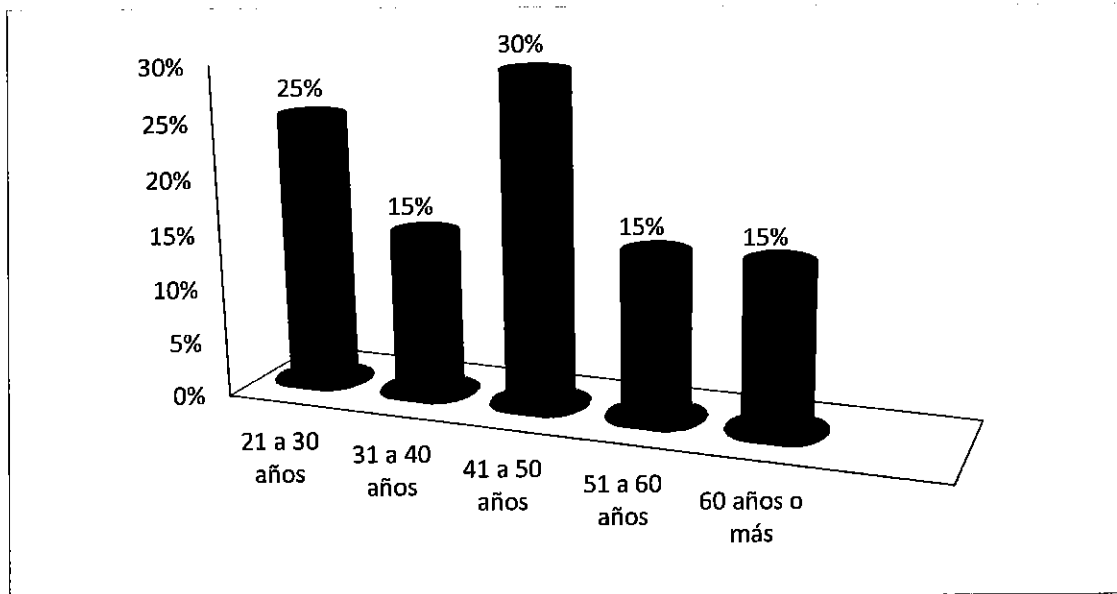
Los participantes de este estudio fueron 20 pacientes con cáncer que estaban recibiendo tratamiento del mismo en una clínica de la zona central de Puerto Rico. A continuación se presentan los datos sociodemográficos de los participantes. En esta se

presenta el género, edad, estado civil, zona de residencia, nivel educativo y tiempo recibiendo quimioterapia.



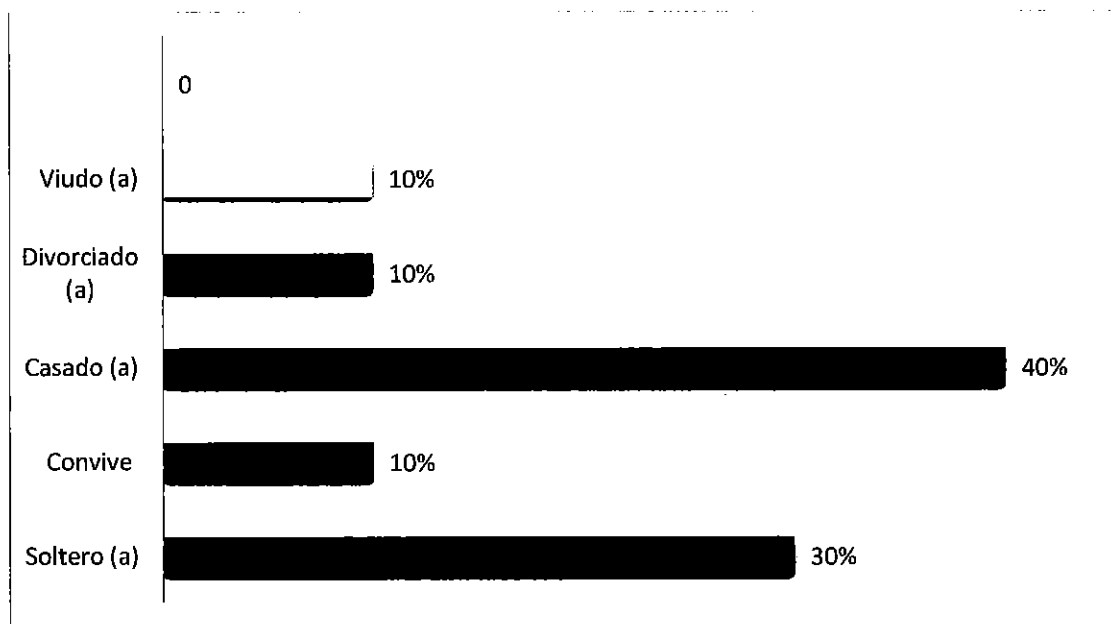
Gráfica 1. Distribución de los participantes por género.

La gráfica 1 presenta la distribución de los participantes por género. De acuerdo a los datos el 60% de los participantes eran femeninos, mientras que el 40% eran masculinos.



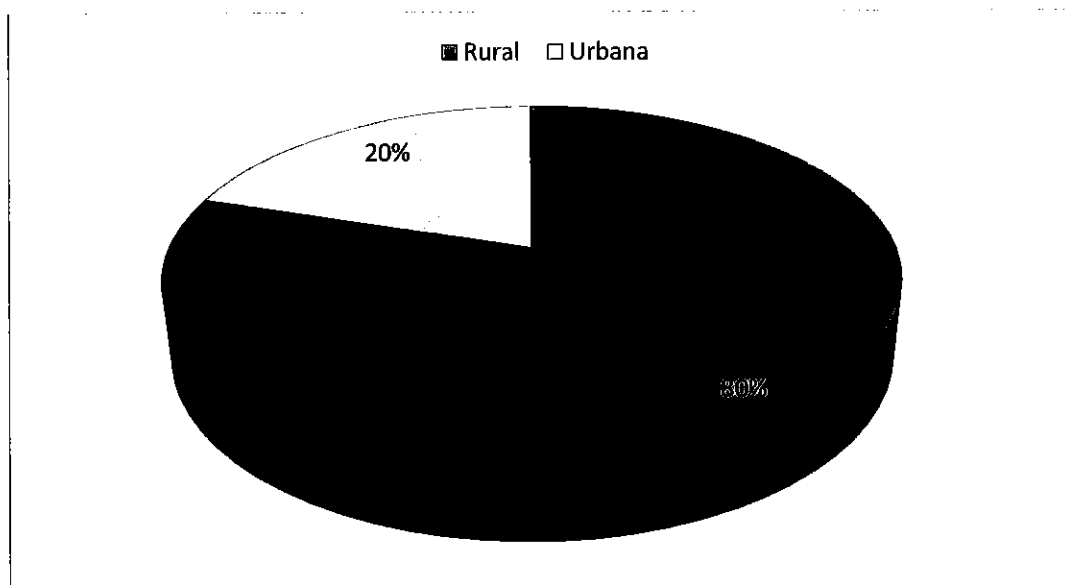
Gráfica 2. Distribución de los participantes por edad.

La gráfica 2 presenta la distribución de los participantes por edad. De acuerdo a los datos la mayoría de los participantes contaba con 41 a 50 años para un 30%, seguido de aquellos que reportaron que tenían 21 a 30 años para un 25%. Mientras que los pacientes que tenían 31 a 40 años, 51 a 60 años y 60 años o más, alcanzaron un 15% en cada una de las categorías mencionadas.



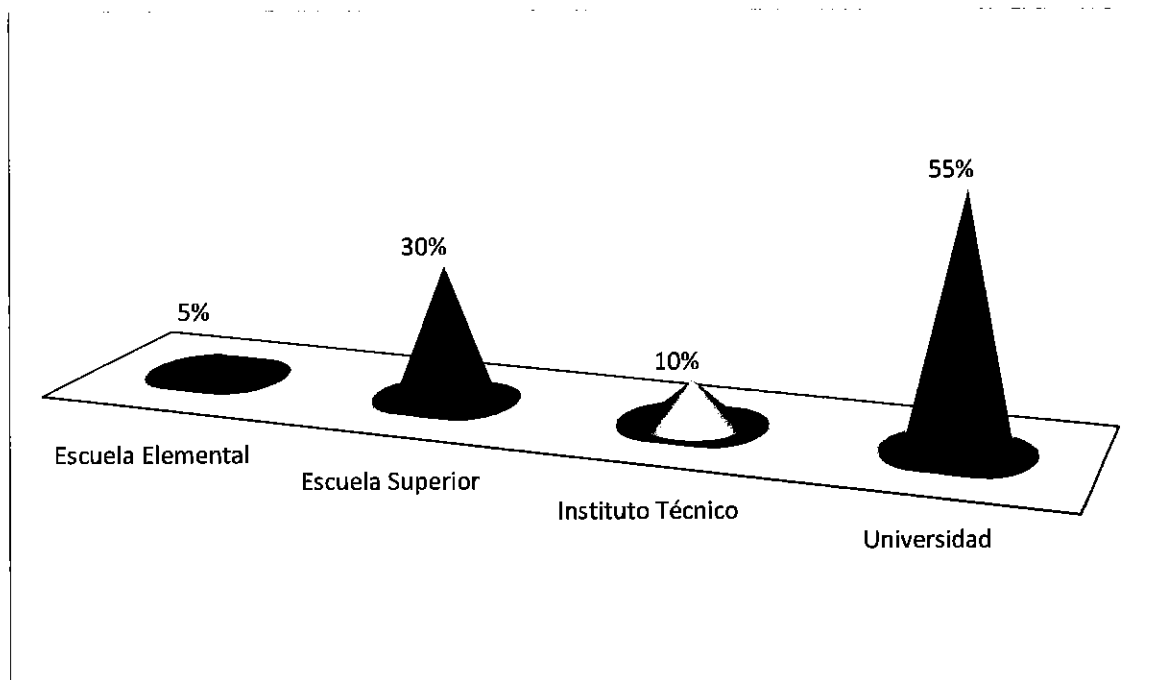
Gráfica 3. Distribución de los participantes por estado civil.

La gráfica 3 presenta la distribución de los participantes por estado civil. De acuerdo a los datos la mayoría de los participantes eran casados con un 40%, seguido de los solteros con un 30%. Mientras que los viudos, divorciados, y los que conviven alcanzaron un 10% en cada una de las categorías mencionadas.



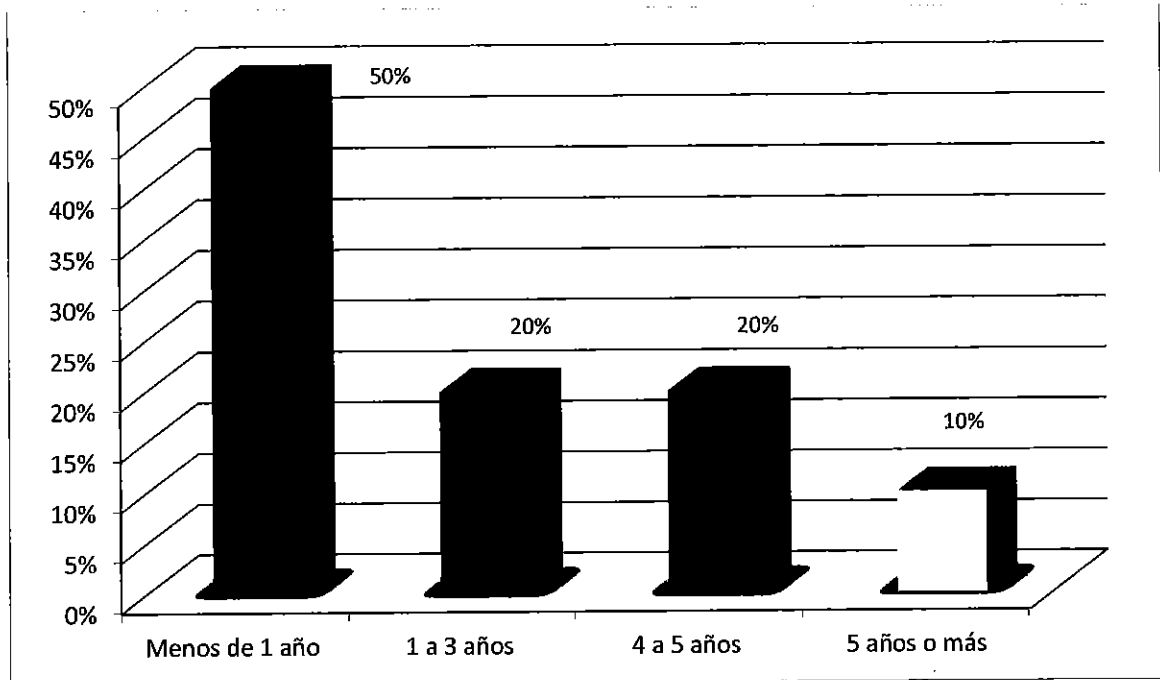
Gráfica 4. Distribución de los participantes por zona residencial.

La gráfica 4 presenta la distribución de los participantes por zona residencial. De acuerdo a los datos se evidencia que la mayoría de los participantes son de la zona rural con unos 80%, seguidos de aquellos que reportaron vivir en una zona urbana con un 20%.



Gráfica 5. Distribución de los participantes por nivel educativo.

La gráfica 5 presenta la distribución de los participantes por nivel educativo. De acuerdo a los datos el 55% de los participantes poseen un grado universitario, seguido de aquellos que solo poseen un grado de Escuela Superior con un 30%. Mientras que un 10% indicó poseer un grado en un Instituto Técnico, y por último un 5% señaló Escuela Elemental.



Gráfica 6. Distribución de los participantes por tiempo recibiendo quimioterapia.

La gráfica 6 presenta los datos sobre la distribución de los participantes por tiempo recibiendo quimioterapia. De acuerdo a los datos el 50% de los participantes cuentan con menos de 1 año recibiendo quimioterapia, seguido de aquellos que tienen entre 1 a 3 años y entre 4 a 5 años con un 20% en cada una de estas categorías. Mientras que un 10% señala que ha estado recibiendo este tipo de tratamiento desde hace 5 años o más.

Presentación de datos sobre el estrés en el paciente adulto con cáncer

En esta sección se presentan los datos relacionados sobre el estrés que sufre el paciente adulto sometido al tratamiento que la quimioterapia. Los resultados se presentan en la tabla 1, la cual se muestra a continuación.

Tabla 1. Estrés en el paciente adulto con Cáncer sometido a tratamiento de quimioterapia (n=20).

Premisas	Mucho	Moderado	Poco	Nunca
1. Antes de someterse al tratamiento de quimioterapia suele sentir estrés.	75%	25%	-	-
2. Continuamente siente ansiedad mientras espera a que le brinden el tratamiento de quimioterapia.	35%	55%	10%	-
3. Siente temor sobre los efectos secundarios de la quimioterapia.	70%	30%	-	-
4. Se siente cansado (a) de acudir a las sesiones de quimioterapia y ello le causa estrés.	65%	20%	15%	-
5. Continuamente siente agotamiento físico por el tratamiento de quimioterapia.	60%	30%	10%	-

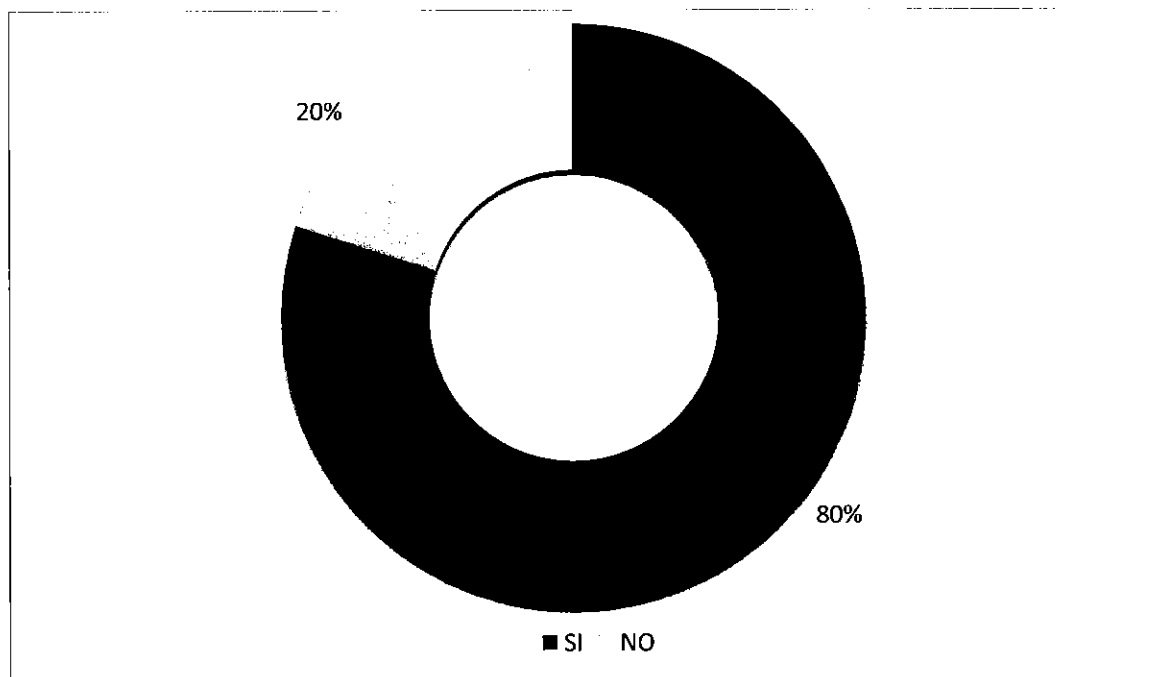
De acuerdo a los datos que se presentan en la tabla 1 sobre el estrés en el paciente adulto con Cáncer sometido a tratamiento de quimioterapia se evidencia que existe una diversidad de opiniones sobre el particular. Los participantes deberían contestar unas 5 premisas relacionadas con el estrés asociado al tratamiento de la quimioterapia, los sujetos contestaron sus impresiones respecto al estrés haciendo uso de una escala de 4, Mucho, Moderado, Poco o Nunca para indicar cuánto estrés sufre y en qué momento lo sufre.

La mayoría señala que Antes de someterse al tratamiento de quimioterapia suele sentir MUCHO estrés para un 75%, seguido de aquellos que indicaron que Siente MUCHO temor sobre los efectos secundarios de la quimioterapia con un 70%. Mientras que en la premisa Se siente cansado (a) de acudir a las sesiones de quimioterapia y ello le

causa estrés un 65% indica sentir MUCHO estrés. Por último, y donde los participantes no expresaron tanto estrés en relación con la quimioterapia fue en la premisa que dice Continuamente siente agotamiento físico por el tratamiento de quimioterapia con un 60%.

Presentación de datos relacionados con la educación recibida sobre el manejo de estrés y quimioterapia

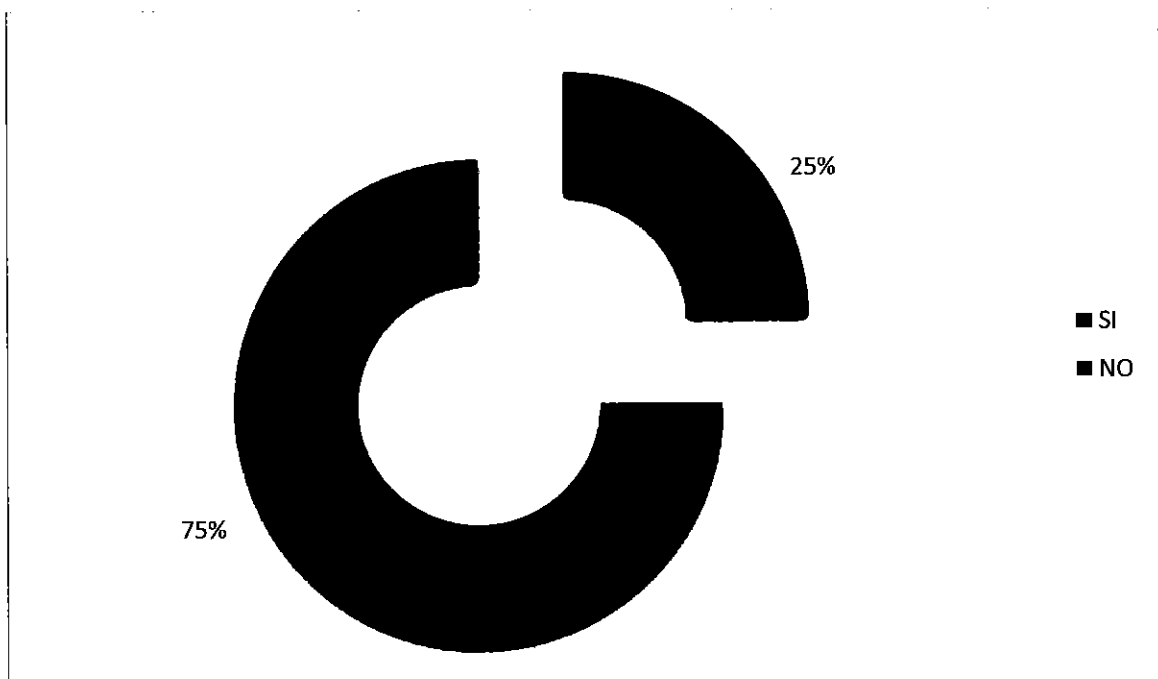
A continuación se presentan los datos relacionados con la educación que recibieron los participantes en relación con el manejo del estrés y quimioterapia. Los datos sobre este particular se presentan en las siguientes gráficas.



Gráfica 7. Distribución de los participantes por charlas educativas recibidas sobre el tratamiento de quimioterapia.

La gráfica 7 presenta la distribución de los participantes por charlas educativas recibidas sobre el tratamiento de quimioterapia. De acuerdo a los datos el 80% de los

participantes han recibido charlas relacionadas con el tratamiento de quimioterapia. Mientras que el 20% de los participantes reportan que no han recibido charlas sobre el tema del tratamiento de quimioterapia.

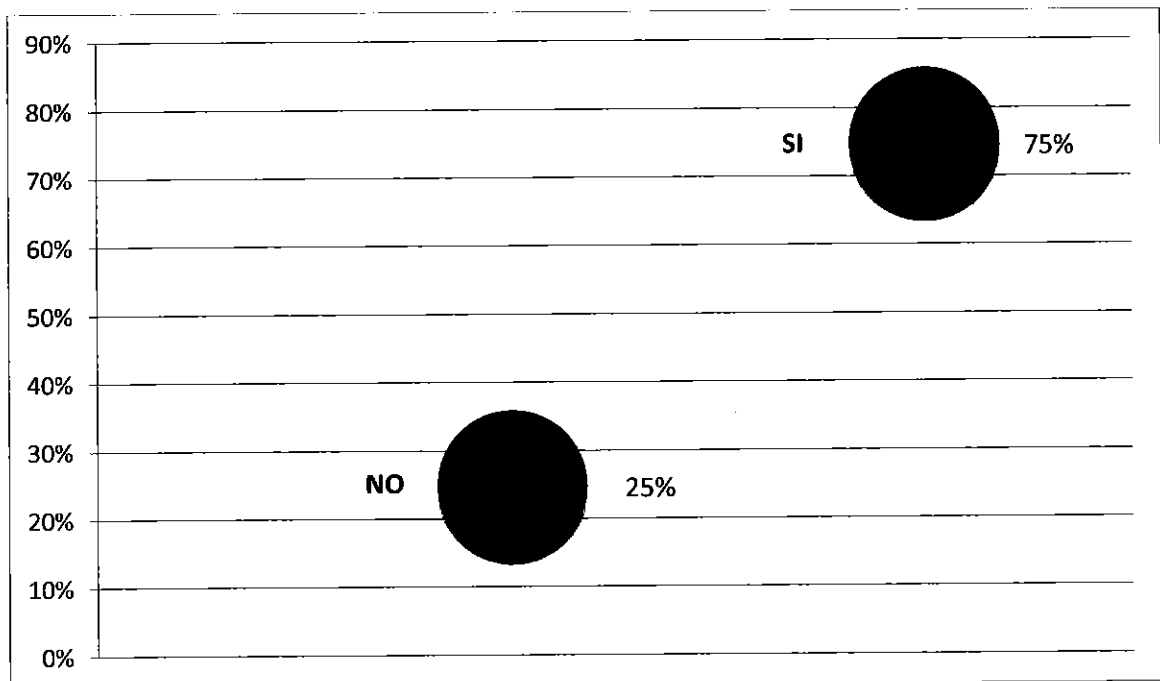


Gráfica 8. Distribución de los participantes que han recibido educación de enfermería sobre cómo puede manejar el estrés.

La gráfica 8 presenta la distribución de los participantes que han recibido educación de enfermería sobre cómo puede manejar el estrés. De acuerdo a los datos el 75% indicó que no ha recibido educación sobre el manejo de estrés de parte de los profesionales de enfermería, seguido de aquellos que señalan que si han recibido este tipo de educación con un 25%.

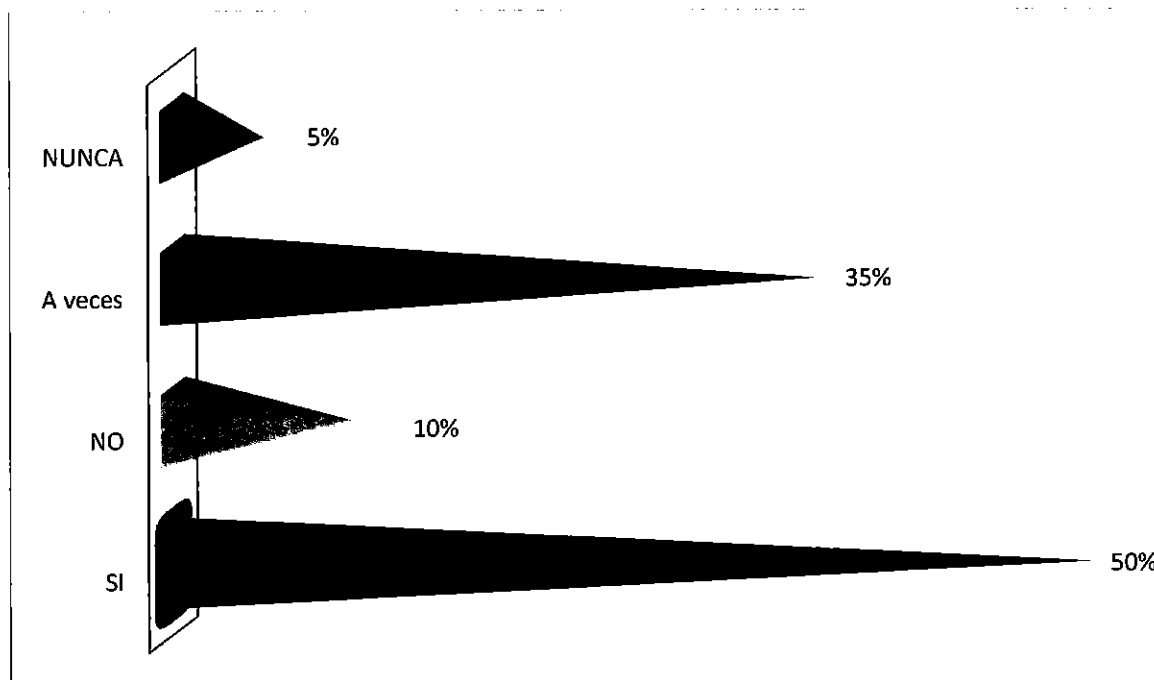
Presentación de datos sobre los efectos o reacciones al estrés y a la quimioterapia

A continuación se presentan los datos relacionados sobre el efecto o reacciones que tienen los pacientes de cáncer asociados al estrés y a la quimioterapia. Los datos sobre este particular se han de presentar en las siguientes gráficas.



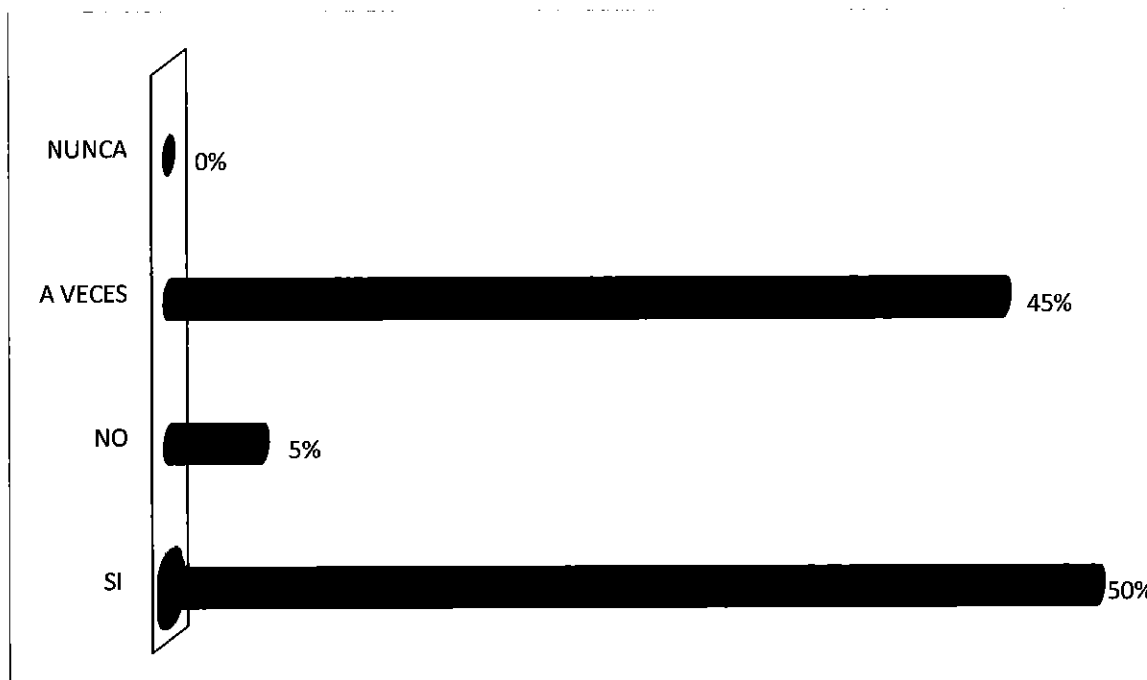
Gráfica 9. Distribución de los participantes si han dejado de asistir a alguna cita de tratamiento de quimioterapia por sentir estrés y angustias.

La gráfica 9 presenta la distribución de los participantes si han dejado de asistir a alguna cita de tratamiento de quimioterapia por sentir estrés y angustias. De acuerdo a los datos el 75% (SI) de los participantes indicó que en ocasiones ha dejado de asistir a alguna cita de tratamiento de quimioterapia por sentir estrés y angustias. Mientras que un 25% NO lo ha hecho así, y ha asistido a sus citas de tratamiento de quimioterapia.



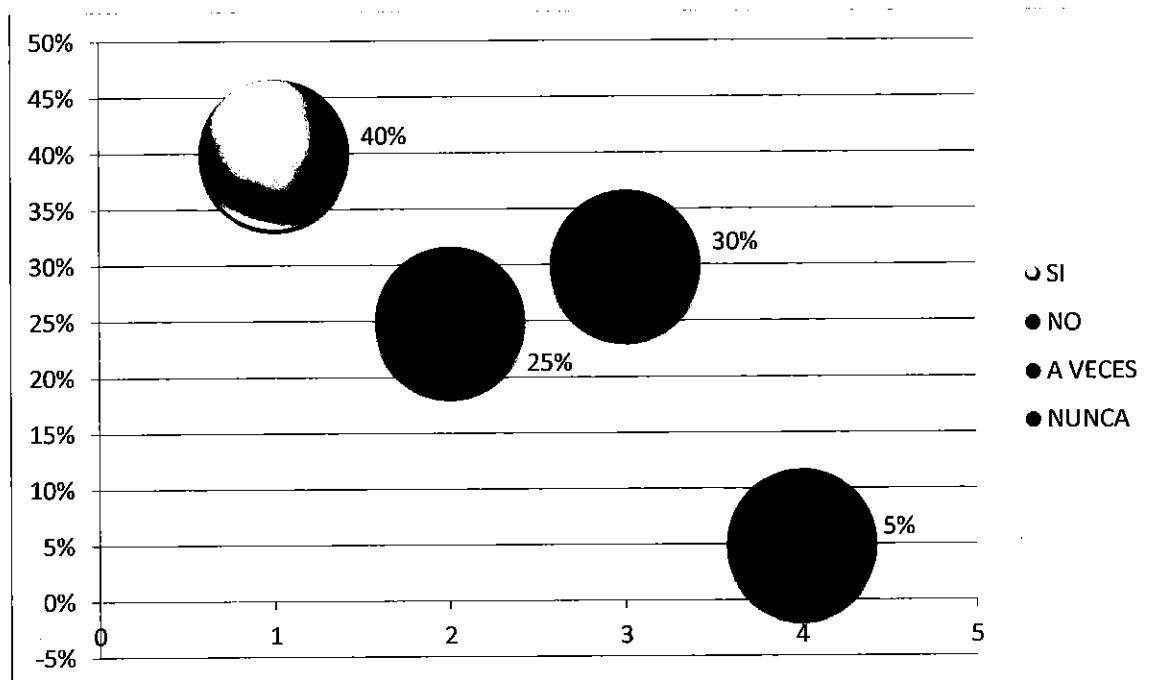
Gráfica 10. Distribución de los participantes que se sienten deprimidos por tener que acudir al tratamiento de quimioterapia.

La gráfica 10 presenta la distribución de los participantes que se sienten deprimidos por tener que acudir al tratamiento de quimioterapia. De acuerdo a los datos la mayoría de los participantes SI se sienten deprimidos por tener que acudir al tratamiento de quimioterapia con un 50%, seguidos de un 35% que indica que A VECES se siente de esa manera. Mientras un 10% de los participantes reporta que NO se sienten deprimidos al acudir a darse el tratamiento de quimioterapia. Por último, un 5% de los participantes indicó que NUNCA se sienten deprimidos al momento de acudir a darse el tratamiento de quimioterapia.



Gráfica 11. Distribución de los participantes si estos han disminuido sus actividades sociales desde que comenzó el tratamiento con la quimioterapia.

La gráfica 11 presenta los datos sobre la distribución de los participantes si estos han disminuido sus actividades sociales desde que comenzó el tratamiento con la quimioterapia. Según refleja dicha gráfica el 50% de los participantes expresaron que SI han disminuido sus actividades sociales desde que comenzó a recibir tratamiento de quimioterapia. Mientras que un 45% de los mismos indica que A VECES ha tenido que disminuir sus actividades sociales desde que recibe el tratamiento de quimioterapia. Por último, solo un 5% de los participantes indicó que NO se habían afectado sus actividades sociales desde que recibe la quimioterapia.



Gráfica 12. Distribución de los participantes que reciben terapia psicológica debido al estrés y depresión que sufre.

La gráfica 12 se presenta la distribución de los participantes que reciben actualmente terapia psicológica debido al estrés y depresión que sufren en relación con la quimioterapia. De acuerdo a los datos el 40% de los participantes indicó que SI reciben tratamiento psicológico debido al estrés y depresión que sufren, seguido de aquellos sujetos que indicaron que A VECES acuden a este tipo de terapias por el estrés y la depresión que sufren con un 30%. Otro 25% de los pacientes que formaron parte del estudio indicaron que NO reciben ningún tipo de terapia psicológica relacionada con el estrés y la depresión, mientras que solo un 5% reporta que NUNCA ha recibido terapia psicológica debido al estrés y la depresión relacionados con la quimioterapia.

Presentación de datos a base de la pregunta y objetivos del estudio

En esta sección presenta los resultados a base de la pregunta de investigación y los objetivos. La pregunta de investigación fue: ¿Sufre estrés el paciente adulto con cáncer sometido a tratamiento de quimioterapia? Mientras que los objetivos fueron: 1) Determinar el nivel de estrés que sufre el paciente adulto con cáncer debido al tratamiento de quimioterapia. 2) Identificar si los pacientes en quimioterapia han recibido educación sobre la quimioterapia y el manejo del estrés. 3) Discutir los efectos o reacciones en el paciente que sufre de estrés y quimioterapia.

En el caso del primer objetivo que estaba dirigido a medir si el nivel de estrés que sufre el paciente adulto con cáncer debido al tratamiento de quimioterapia. Para ello se seleccionaron las 5 premisas dirigidas a medir ese aspecto en el participante. Donde estos tenían que categorizar su estrés como mucho, moderado, poco o que nunca lo ha sufrido. Solo se tomó en consideración la categoría de MUCHO, ya que esta es la categoría más alta en ese sentido, dicha categoría se sumó y se promedió el resultado para determinar el nivel de estrés que sufre el paciente que es sometido a un tratamiento de quimioterapia. En la medida de estrés se incluyeron los síntomas principales del estrés y la percepción de estrés que tenía el participante al someterse a un tratamiento de quimio. Los resultados se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Estrés general en el paciente adulto con cáncer sometido a tratamiento de quimioterapia (n=20).

Premisas	Mucho
Antes de someterse al tratamiento de quimioterapia suele sentir estrés.	75%
Continuamente siente ansiedad mientras espera a que le brinden el tratamiento de quimioterapia.	35%
Siente temor sobre los efectos secundarios de la quimioterapia.	70%
Se siente cansado (a) de acudir a las sesiones de quimioterapia y ello le causa estrés.	65%
Continuamente siente agotamiento físico por el tratamiento de quimioterapia.	60%
TOTAL PROMEDIADO	61%

De acuerdo a los resultados que se presentan en la tabla 2, la mayoría de los participantes sometidos a quimioterapia sufren de estrés relacionado con ese tratamiento para un 61% de los casos en la categoría de MUCHO.

El segundo objetivo del estudio estaba dirigido a medir si los pacientes en quimioterapia han recibido educación sobre la quimioterapia y el manejo del estrés. Para ello se sumaron y promediaron las dos preguntas del cuestionario relacionadas con la educación del paciente con quimioterapia para obtener el porcentaje total promediado. Los resultados se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Educación que ha recibido el paciente sobre quimioterapia y manejo de estrés (n=20).

Premisas	Mucho
Participantes que han recibido charlas educativas sobre el tratamiento de quimioterapia.	80%
Participantes que han recibido educación de enfermería sobre cómo puede manejar el estrés.	25%
TOTAL PROMEDIADO	53%

De acuerdo a los resultados de la tabla 3, el 53% de los pacientes con cáncer han recibido educación sobre quimioterapia y manejo del estrés.

El tercer objetivo del estudio media los efectos o reacciones en el paciente que sufre de estrés y quimioterapia. Los datos se resumieron en la tabla 4, con miras a poder clasificar cuantos pacientes de quimioterapia sufren de algún efecto relacionado con el estrés y cuál es el mayor efecto.

Tabla 4. Efectos del estrés en pacientes adultos con cáncer sometidos a tratamiento de quimioterapia (n=20).

Premisas	Porcentaje
Participantes que han dejado de asistir a alguna cita de tratamiento de quimioterapia por sentir estrés y angustias.	75%
Participantes que se sienten deprimidos por tener que acudir al tratamiento de quimioterapia.	65%
Participantes que han disminuido sus actividades sociales desde que comenzó el tratamiento con la quimioterapia.	50%
Participantes que reciben terapia psicológica debido al estrés y depresión que sufre.	40%
TOTAL PROMEDIADO	58%

De acuerdo a los datos que se presentan en la tabla 4, el 58% de los pacientes ha sufrido de un efecto significativo relacionado con el estrés y la quimioterapia. El efecto mayor que han sufrido es dejar de asistir a alguna cita de tratamiento de quimioterapia por sentir estrés y angustia con 75% de los casos evaluados.

Una vez obtenida las respuestas de los objetivos del estudio, se procede a contestar la pregunta de investigación que iba dirigida a determinar si el paciente con quimioterapia sufre de estrés. La respuesta de acuerdo a los datos obtenidos es que 93% de los pacientes encuestados sufre de estrés, lo que equivale que la mayoría de estos sufre de este estado emocional.

Resumen

Estudio descriptivo que tenía el propósito de determinar si los pacientes adultos que reciben quimioterapia sufren de estrés. Los participantes de este estudio fueron 20 pacientes con cáncer que estaban recibiendo tratamiento del mismo en una clínica de la zona central de Puerto Rico. Las variables del estudio fueron medidas a través de un cuestionario desarrollado por el investigador. De acuerdo a los datos el 60% de los participantes eran féminas, con una edad promedio de 45 años, casados (40%), el 80% vive en zona rural y poseen un grado universitario (55%), en promedio los participantes llevan recibiendo tratamiento con quimioterapia. El 40% de los participantes indicó que reciben tratamiento psicológico debido al estrés y depresión que sufren. En caso de los resultados por objetivos del estudio encontramos lo siguiente: la mayoría de los participantes sometidos a quimioterapia sufren de estrés relacionado con ese tratamiento para un 61% de los casos en la categoría de MUCHO, de hecho, un 75% de los participantes antes de someterse al tratamiento de quimioterapia suele sentir estrés. El 53% de los pacientes con cáncer en general han recibido educación sobre quimioterapia y manejo del estrés, específicamente, el 80% recibió educación sobre la quimioterapia en comparación con un 25% que solo ha recibido sobre el manejo de estrés. Por su parte, el 58% de los pacientes ha sufrido de un efecto significativo relacionado con el estrés y la quimioterapia. El efecto mayor que han sufrido es dejar de asistir a alguna cita de tratamiento de quimioterapia por sentir estrés y angustia con 75% de los casos evaluados. En términos generales el 93% de los pacientes encuestados sufre de estrés, lo que equivale que la mayoría de estos sufre de este estado emocional.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Introducción

En este capítulo se presenta el análisis y discusión de los resultados a base de la pregunta y objetivos de investigación. De acuerdo a Polit & Hungler (2010) el análisis de resultados se realiza cuando el investigador entrelaza los datos y resultados que se encontraron en la investigación con los datos o información de la base teórica y los antecedentes. En este caso, los datos se han de analizar a base la revisión de literatura y con la teoría de enfermería seleccionada. Luego se redactarán las conclusiones, las implicaciones para enfermería, las limitaciones y las recomendaciones del estudio fundamentados en el análisis de los datos desarrollados en este capítulo.

Análisis de los Hallazgos

La mayoría de los participantes sometidos a quimio sufren de estrés relacionado con ese tratamiento para un 61% de los casos en la categoría de MUCHO, de hecho, un 75% de los participantes antes de someterse al tratamiento de quimioterapia suele sentir estrés. Este porcentaje de pacientes que sufren de estrés supera el reportado por Instituto Catalán de Oncología (ICO, 2008), los cuales concluyeron que el 25% de los pacientes con cáncer tiene criterios de trastorno mental; y la mayoría de ellos sufre una alteración denominada trastorno adaptativo, que se caracteriza por sus síntomas de ansiedad, depresión, o ambas. Según expresa Cohen citado por Enayati (2012) el cáncer es una enfermedad que puede ser interpretada por el paciente como una lucha a muerte y por tal

razón a menudo acompañada de un estrés abrumador. Dado que el manejo de estrés puede ser difícil incluso en circunstancias ordinarias, los sentimientos de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer son entendibles. Por su parte, Pandey, Gangadharam, Nandkumar, Bejoy, Badridien & Krishnan (2006) encontraron en su estudio una alta morbilidad psicológica de los pacientes de cáncer y que existía una influencia del género en la depresión, así que conforme a la evaluación de DIC 2 realizada, donde las mujeres se afectan más por el estrés y la depresión que les provoca el cáncer que los hombres, pero que es difícil de diferenciar la depresión en estos pacientes pues la misma suele tener un posible solapamiento con la ansiedad y el estrés. Así que no es de extrañarse que los pacientes puertorriqueños sufran de estrés, aunque de acuerdo a los resultados su nivel de estrés es más elevado comparado con Estados Unidos que está en un 40% y España con un 25% (Instituto Catalán de Oncología, 2008). La ansiedad y el estrés que provoca el exponerse un paciente a tratamientos de quimioterapia es un sentimiento o una sensación inquietante que a menudo se experimenta cuando se enfrenta una situación abrumante de tensión e incertidumbre. Regularmente, este sentimiento en los pacientes de cáncer que reciben algún tipo de tratamiento va unido a temor a lo desconocido (no saber qué puede pasar) o temor a lo conocido (saber qué puede pasar). Es decir, que de la misma manera que la quimioterapia ocasiona alteraciones físicas en el organismo, también se pueden sufrir cambios en el estado de ánimo mientras se recibe el tratamiento. Tener miedo, estar triste, sentirse angustiado o deprimido es bastante común en estos pacientes, regularmente es aconsejable que los pacientes que sufren de estrés durante sus tratamientos de quimio busquen ayuda profesional y apoyo familiar para que dichos

tratamientos sean más efectivos (Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2012).

El 53% de los pacientes con cáncer en general han recibido educación sobre quimioterapia y manejo del estrés, específicamente, el 80% recibió educación sobre la quimioterapia en comparación con un 25% que solo ha recibido sobre el manejo de estrés. Según Cohen citado por Enayati (2008) hay que destacar que para quienes luchan contra las enfermedades, es esencial aprender a combatir el estrés. Sin embargo, esto no es el caso en Puerto Rico, de acuerdo a los resultados se puede evidenciar que la mayoría de los pacientes reciben información y educación sobre lo que es el cáncer y su tratamiento convencional, pero no reciben educación sobre el manejo de estrés que le puede producir esta condición. Sobre este particular Larsen, Nordstrom, Ljungman & Gardulf (2004) en su estudio señalan que es necesario que como parte del tratamiento se incluyan todos los aspectos que pueden afectar al paciente de cáncer, y que el profesional de la salud debe hacer uso de instrumentos que puedan medir la condición física, psicológica y social del paciente para desarrollar un plan de tratamiento que pueda ayudar a la sobrevivencia del cáncer de manera integrada. Otro estudio realizado por Demoor, Demoor, Sengquis, Bevers & Cohena (2006) encontró que a mayor nivel de optimismo y disposición positiva al inicio de la quimioterapia se asociaron con un mayor descenso de CA de los pacientes durante el tratamiento. De aquí la importancia de que los pacientes aprendan afrontar su enfermedad con optimismo y aprendan a manejar el estrés que la misma le produce de forma positiva. Sobre este asunto Nagaraja Archana, Armaiz-Pena, Lutgendorf, & Sood (2013) señalan que los pacientes que no saben manejar su estrés pueden llegar a sufrir lo que se conoce como estrés crónico, especialmente cuando los

tratamientos de quimioterapia han sido prolongados. El estrés crónico juega un papel significativo en la progresión del cáncer. El diagnóstico de cáncer y el tratamiento está asociado potencialmente a elevar los niveles de estrés del paciente, y se ha comprobado que cuando estos buscan apoyo social aceptan mejor el tratamiento y tienen una mayor supervivencia. Hallazgos recientes señalan que existe un rol de las hormonas cuando el paciente con cáncer sufre de estrés. Se señala que ocurre un fenómeno conocido como quimio-resistencia, lo que hace al paciente con alto riesgo a metástasis y a recaída del cáncer. Lo antes expuesto proporciona la base para apoyar las intervenciones farmacológicas y conductuales para los pacientes con cáncer de manera que le ayuden a superar sus periodos de estrés en sus primeras etapas de tratamiento y no esperar que este se convierta en estrés crónico, lo que suele ser muy perjudicial para su salud.

Por su parte, el 58% de los pacientes ha sufrido de un efecto significativo relacionado con el estrés y la quimioterapia. El efecto mayor que han sufrido es dejar de asistir a alguna cita de tratamiento de quimioterapia por sentir estrés y angustia con 75% de los casos evaluados. Esto contrario a un estudio clásico relacionado con el tema desarrollado por Urquidi, Montiel Carbajal & Gálvez (1999), quienes encontraron que los pacientes en dicho estudio, no experimentaron cambios importantes en el ajuste psicosocial como producto de la enfermedad en seis de los siete dominios evaluados (cuidado de la salud, ambiente laboral o vocacional, ambiente doméstico, ambiente social, relaciones familiares extendidas y aflicción psicológica). De acuerdo a lo expresado por Altschuler, Rosenbaum, Gordon, Canales, & Avins (2012), se ha evidenciado que los pacientes con cáncer que han completado el tratamiento de quimioterapia fueron aquellos que tuvieron estrategias apropiadas para manejar sus

miedos y el estrés. El tratamiento es más exitoso si los pacientes con cáncer se someten a tratamientos alternativos y terapia de grupo. No solo la participación en esas terapias ha demostrado efectos positivos en estado de ánimo, el sueño y marcadores fisiológicos. Por ejemplo, se ha demostrado que el paciente que recibe apoyo familiar y a su vez participa en terapias grupales mejora la calidad del sueño en las mujeres con cáncer de mama, en el hombre les ayuda a disminuir la tasa de aumento del antígeno prostático específico para pacientes con una recurrencia de cáncer de próstata después de la prostatectomía, así como mejora de la función inmune. Por lo tanto, es importante que el paciente para que logre culminar su tratamiento reciba el apoyo que requiere y aprenda a manejar su estrés.

En términos generales el 93% de los pacientes encuestados sufre de estrés, lo que equivale que la mayoría de estos sufre de este estado emocional. Enayati (2012) cita a Cohen como experto en manejo de estrés en pacientes con cáncer, el cual insta a los pacientes con cáncer a intentar reducir el estrés asociado con una vida con cáncer. Para este científico esto implica acudir a terapia de psiquiatría o cognitiva-conductual o quizá un enfoque más farmacológico. Sin embargo, este señala que es importante que con los pacientes con cáncer se pueda utilizar la medicina de la mente y el cuerpo, y considerar prácticas como la meditación, yoga, tai chi, autohipnosis o imaginación guiada, de las cuales todas han demostrado ser muy útiles en ayudar a manejar el estrés. Por lo tanto, manejar el estrés, junto con un tratamiento convencional y un balance del estilo de vida, puede en última instancia mejorar los resultados, dice Cohen citado por Enayati (2012). De hecho, un estudio realizado por Polikandrioti, Evaggelou, Zerva, Zerdila, Koukoularis & Kyritsi (2008) así lo confirman, los pacientes con cáncer su mayoría sufre de estrés, sobrepasando un 50% de ellos. Por eso, los autores creen que los profesionales de la

salud deben estar completamente informados sobre la depresión y sus dimensiones y todos aquellos aspectos emocionales que sufre el paciente con cáncer, ya que según expresa el Instituto Nacional de Cáncer (2014) en ocasiones los enfoques de los estudios de cáncer es estudiar y tratar la depresión pero se olvidan que también estos pacientes sufren trastornos de ansiedad, trastornos post-traumáticos y estrés moderado a severo. El estudio realizado en Puerto Rico confirma que los pacientes adultos que reciben tratamiento de quimioterapia para tratar el cáncer sufren de estrés, aspecto que debe ser considerado por todos los profesionales relacionados con la salud que laboran con este tipo de pacientes en la Isla.

Análisis a base del Marco Conceptual

El Modelo de Sister Callista Roy de Adaptación utilizado en este estudio evidencia como el individuo que sufre de cáncer como ser adaptativo se enfrenta al tratamiento de quimioterapia trata de adaptarse a esta nueva realidad. En el estudio quedó demostrado que la mayoría de los pacientes adultos con cáncer que reciben quimioterapia sufren de estrés relacionado con este tratamiento. Estos efectos emocionales afectan mayormente el modo adaptativo del YO, y el modo adaptativo de relaciones interpersonal, aspectos que va dirigido a la identidad del paciente, su autoestima y su relación social e interacción con los demás. Los individuos que sufren de estrés se sienten inadaptados y deben recibir ayuda profesional para poder lidiar con la ansiedad que les provoca estar sometidos al tratamiento de la quimioterapia. El conocimiento sobre esta condición y el manejo de estrés suelen ser herramientas fuertes que puede usar el profesional de enfermería para estimular los modos adaptativos del paciente y ayudarlos alcanzar la adaptación deseada. Una vez el paciente está adaptado puede aceptar de

manera más positiva su condición, eliminar los mitos relacionados con la quimioterapia y asistir a sus terapias sin fallar. Esta actitud positiva son señales que le indican al profesional de enfermería que el paciente ha comenzado adaptarse adecuadamente y debe validar esta información con el paciente por medio de entrevistas e intervenciones individuales. El proceso de adaptación es uno voluntario en el cual el paciente se hace consiente de su condición y participa activamente en su proceso. Ya que como se ha evidenciado en este estudio, si el paciente adulto con quimioterapia sufre de estrés está llevando a cabo una adaptación ineficaz, por lo que estudiar los factores que contribuyen a esa inadaptación permite formular recomendaciones al respecto.

Conclusiones

El estudio sobre el estrés que sufren los pacientes adultos sometidos a quimioterapia confirma que la mayoría de los participantes sometidos a este tratamiento sufren de estrés. A pesar de esa realidad un poco más de la mitad de los pacientes con cáncer han recibido educación sobre quimioterapia y manejo del estrés, lo que es un aspecto significativo a mejorar en las clínicas donde se ofrece este tipo de tratamientos en Puerto Rico. La mayor parte de la educación que recibe el paciente se enfoca en su condición de cáncer pero se olvidan de los aspectos emocionales y los ajustes que el paciente debe hacer ante la realidad de su tratamiento.

Por eso, no es de extrañar que más de la mitad de los pacientes sufren de efectos significativos relacionados con el estrés y la quimioterapia. El efecto mayor que han padecido estos pacientes es dejar de asistir a alguna cita de tratamiento de quimioterapia por sentir estrés y angustia, lo que puede ser perjudicial en la efectividad del tratamiento,

ya que estos tratamientos no se deben interrumpir a menos que medie una recomendación médica. Se concluye que los pacientes encuestados sufren de estrés relacionado con la quimioterapia, aspecto que debe ser atendido por los profesionales de la salud, de manera que se le ofrezcan alternativas viables para este padecimiento emocional. Con ello se le ofrece una mejor calidad de vida y la posibilidad de enfrentar su condición de una manera optimista, lo que resulta en una prolongación de sobrevivencia.

Implicaciones para enfermería

La realidad de los pacientes adultos con cáncer que reciben quimioterapia es evidente. Esto tiene varias implicaciones para los profesionales de enfermería, ya que los factores que actúan como estresores en los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia requieren de una atención individualizada. En el aspecto clínico los profesionales de enfermería deben hacer uso de mecanismos apropiados para facilitarle al paciente su adaptación no solo a su condición si no al tratamiento de quimioterapia que resulta para el paciente en un tratamiento fuerte y amenazante que puede deteriorar su aspecto físico (adelgazamiento, caída del cabello) y su estado de ánimo (depresión, autoestima baja). Estas intervenciones de enfermería deben ir dirigidas a disminuir los factores desencadenantes de estrés al paciente. El uso del Modelo de Adaptación de Sister Callista Roy es una buena alternativa para intervenir con estos pacientes. Según establece Morena Frutos (2014) un aspecto importante a considerar en estos pacientes que sufren de estrés, es la valoración de las características de las familias y de su disponibilidad como recurso de apoyo para el paciente es un elemento esencial en el trabajo de enfermería. Las intervenciones de enfermería deben enfocarse de acuerdo con los diagnósticos de enfermería y con unos objetivos de enfermería que varían según cada

situación, pero por lo regular el profesional de enfermería cuando estos pacientes están sufriendo de estrés, sufren de un trastorno de adaptación, sufren de problemas de afrontamiento y deterioro de las relaciones sociales y hasta deterioro con su propia estima. Estos diagnósticos implican la base principal para las intervenciones correctas de enfermería para tratar un paciente con cáncer que sufre de estrés. Así pues las actuaciones de enfermería van a ir dirigidas a incrementar los sistemas sociales de apoyo y deben enfocarse a ayudar al paciente en su proceso de adaptación a la nueva situación. En este caso, el apoyo a la familia, la utilización de recursos sociales y también el asesoramiento tanto al paciente como a sus familiares en el marco de la relación terapéutica pueden ser útiles para disminuir el estrés de estos pacientes.

Limitaciones del estudio

A continuación se enumeran las limitaciones del estudio, que aunque fueron pocas, son mencionadas para que se tengan en cuenta para futuros estudios.

1. El tamaño de la muestra fue muy pequeña y se seleccionó por conveniencia lo que no permite aplicar estos resultados de manera generalizable.
2. El diseño descriptivo limitó el hecho de que no se pudo corroborar si existe una relación entre el estrés, y el diagnóstico del cáncer o si el estrés estaba relacionado con la quimioterapia, o es que ambas inciden en la provocación del estrés.
3. Tampoco se determinó en el estudio si el género puede influir en los niveles de estrés percibidos por los pacientes de cáncer o si los años que lleva recibiendo tratamiento de quimioterapia y años en que fue diagnosticada la condición puede influir en el estrés.

4. No se exploró si la educación recibida sobre el estrés, el cáncer y la quimioterapia influyen de alguna manera en el estrés del paciente.
5. No se pudo corroborar si el estrés ocurre en la familia del paciente, o si el apoyo de la familia influye en el estrés percibido por los pacientes.
6. No se pudo determinar si las creencias religiosas influyen en el estrés que presenta el paciente con cáncer.
7. No se exploró las medidas que utiliza el paciente con cáncer para afrontar su estrés.

Recomendaciones

A continuación las recomendaciones del estudio, primero se basarán en las limitaciones y cómo superar las mismas, luego en las intervenciones del paciente adulto con cáncer que sufre de estrés y en la educación del profesional de enfermería.

1. El tamaño de la muestra debe ser aumentada a una muestra representativa, de modo que los resultados del estudio puedan ser concluyentes y aplicables a toda la población de pacientes adultos con cáncer que sufren de estrés en Puerto Rico.
2. Realizar un estudio correlacional para determinar si existe una relación entre el estrés, y el diagnóstico del cáncer o si el estrés estaba relacionado con la quimioterapia, o es que ambas inciden en la provocación del estrés, o cual influye más en este estado de ánimo del paciente.
3. Desarrollar un estudio correlacional donde se pueda determinar si el género puede influir en los niveles de estrés percibidos por los pacientes de cáncer o si los años

que lleva recibiendo tratamiento de quimioterapia y años en que fue diagnosticada la condición puede influir en el estrés.

4. Desarrollar un estudio correlacional para explorar si la educación recibida sobre el estrés, el cáncer y la quimioterapia influyen de alguna manera en el estrés del paciente.
5. Desarrollar un estudio comparativo sobre los niveles de estrés que sufre el paciente versus su familia cuando este es diagnosticado con cáncer y recibe tratamiento de quimioterapia y si el apoyo de la familia influye en el estrés percibido por el paciente.
6. Realizar un estudio correlacional para determinar si las creencias religiosas influyen en el estrés que presenta el paciente con cáncer y explorar las medidas que utiliza el paciente con cáncer para afrontar su estrés.
7. Realizar una investigación para evaluar el manejo del profesional de enfermería al paciente de cáncer que recibe quimioterapia y que sufre de estrés, y si sus intervenciones favorecen la recuperación temprana y la identificación adecuada del estrés.
8. Elaborar un protocolo para establecer y codificar el diagnóstico de la persona adulta que sufre de estrés al ser diagnosticado con cáncer y estar recibiendo quimioterapia. Esta podría ser una buena herramienta, para que a través de protocolos o guías se puedan identificar estos pacientes y que estos tengan un buen manejo. Estos protocolos deben ayudar a comprobar el estrés, para que a su vez sirvan de base al personal de enfermería para dar seguimiento, ya sea a nivel

hospitalario o a nivel ambulatorio de estos pacientes. Eso facilitaría en gran medida el mejorar la calidad de los cuidados de enfermería a esta población y con ello prevenir el deterioro y complicaciones que puede traer a su vez el tratamiento de quimioterapia en pacientes con cáncer.

9. Re-enfocar los estudios de enfermería sobre los pacientes con cáncer, en ocasiones los enfoques de los estudios de cáncer es estudiar y tratar la depresión pero se olvidan que también estos pacientes sufren trastornos de ansiedad, trastornos post-traumáticos y estrés moderado a severo.
10. Los pacientes con cáncer deben ser educados a reducir el estrés asociado con una vida con cáncer. Deben entre otras cosas acudir a terapia de psiquiatría o cognitiva-conductual con una integración del tratamiento farmacológico.
11. Es importante que se le provea a los pacientes con cáncer la medicina de la mente y el cuerpo, y considerar prácticas como la meditación, yoga, tai chi, autohipnosis o imaginación guiada, de las cuales todas han demostrado ser muy útiles en ayudar a manejar el estrés.
12. Educar al profesional de enfermería sobre el riesgo que existe en los pacientes adultos con cáncer que reciben quimioterapia de sufrir estrés y cómo esto incide en la sobrevivencia y complicaciones de pacientes. Dicha educación debe estar enfocada en estrategias de manejo y de prevención del estrés en los pacientes.
13. Se deben desarrollar protocolos que le permitan identificar a los pacientes de cáncer que sufran de estrés a los cuales poder ofrecer como parte de su tratamiento de quimioterapia otros tratamientos alternativos que le permitan al

paciente conceptualizar su realidad y realizar transacciones positivas persona-ambiente, lo que ha de facilitar en la reducción de sus niveles de estrés.

14. La comprensión de los pacientes con cáncer es importante para los proveedores de la salud, especialmente para los profesionales de enfermería que deben evaluar las necesidades, facilitar el afrontamiento, prever posibles problemas, de tal manera que puedan llevar a los pacientes a un “ajuste general a los efectos del cáncer”. Los profesionales de enfermería deben reconocer que existen diferencias culturales y de actitud con respecto al cáncer, incluyendo el miedo, el estrés, y las percepciones de la pérdida de la salud. Por lo tanto, es esencial que las enfermeras entiendan las creencias culturales y religiosas de los pacientes que están cuidando, este conocimiento puede ser muy útil para capacitar a los pacientes de cáncer para entender la situación, explorar sus fortalezas y debilidades, darse cuenta de su papel en el proceso de afrontamiento al estrés, y obtener una fórmula de afrontamiento que se ajuste a sus necesidades, en lugar de prescribir estrategias de afrontamiento para ellos.

Referencias

- Anagnostopoulos, F., Vaslamatzis, G., & Markidis, M. (2004). *Coping strategies of women with breast cancer: a comparison of patients with healthy and benign controls*. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73, 43-52.
- Albizu, F. (2002). *Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento*. Servicio de Oncología. Hospital de Navarra. Pamplona. Recuperado de:
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple1/suple16a.html>
- Arrarás, T., Meiriño, et., al, (2004). Calidad de vida en el paciente oncológico: estudio del Servicio de Oncología del Hospital de Navarra en el grupo de calidad de vida de la *REV. EORTC 2ª*. Vol.1.
- ASCO. (2012). *Cuidado de todas las necesidades del paciente*. Recuperado de:
<http://www.cancer.net/patient/Cancer.Net>
- Asociación Americana del Cáncer (2011). *Cómo enfrentar el cáncer en su vida diaria*. Recuperado de <http://www.cancer.org/Espanol/servicios/Tratamientosyefectossecundarios/Efectos-secundariosemocionales/un-mensaje-de-esperanza-haciendofrente-al-cancer-en-la-vida-diaria-emotional-impact-of-cancer>
- Bravo, M. (2010). Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 13 No. 3 pp. 3-16
- Bravo, M. (2004). *Reporte de experiencia profesional*. Tesis de Maestría no Publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, *Revista de Psicología*, México. pp. 13-19
- Carvalho, M., & Urban, S. (2007). Experiencia de la unidad de psico-oncología del servicio de radioterapia y medicina nuclear. *RevVenezOncol.* 19(2) 162-165
- Departamento de Salud. (2008). *Boletín de registro del cáncer*. Recuperado de <http://www.salud.gov.pr/RCancer/Documents/Vol.%201%20No.%202.pdf>

- Desclée de Brouwer., & Sánchez P. (2010). *El impacto del diagnóstico de cáncer*. Recuperado de http://petosan.blogs.uv.es/2010/02/23/el-impacto-del-diagnostico-de-cancer/langswitch_lang/es/
- Enayati, A. (2012). *El estrés y la depresión afectan la supervivencia de pacientes de cáncer*. Recuperado de <http://cnnespanol.cnn.com/2012/10/19/el-estres-y-la-depresion-afectan-la-supervivencia-de-pacientes-de-cancer/>
- Erblich, J., Bovbjerg, D., & Valdimarsdottir, H. (2000). Psychological distress, health beliefs and frequency of breast self-examination. *Journal of Behavioral Medicine* 23(3), 277-292.
- Espasa, E., Estape, N., & Berez, M. (2008). *El perfil del psicooncólogo*. Documento original duplicado por el COPC. Disponible en: <http://www.psicooncologia.org/>.
- Espinoza, & Sanhueza. (2007). *Contribuir a la calidad de vida al morir por el cáncer*. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532007000200003&script=sci_arttex
- Fang, F., Fall, K., Murray, A., & Mittleman, P., et. al. (2012). *Riesgos al comunicar el diagnóstico de cáncer*. Recuperado de:
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido ID=75399>
- Font, A. (2003). Guía de tratamientos eficaces en el cáncer, en M. Pérez, J. Fernández, & Fernández. (Coordinadores). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud* (57-92). Madrid: Pirámide
- Huertas, V. (2007). Intervenciones de enfermería en la atención al paciente oncológico. Servicio de Onco-Hematología, HNCASE- *EsSALUD*. Disponible en:
http://es.slideshare.net/maur_jmp/cuidados-de-enf-en-oncologia-2
- Instituto Catalán de Oncología. (ICO, 2008). *El estrés de tener un cáncer*. Recuperado De:
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/03/04/oncologia/1204656716.htm>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2011). *El Cáncer*. Recuperado de:
<http://www.cancer.gov/-espanol/recursos/hojas-informativas/tipos/cancer-respuestas>

- Instituto Nacional de Cáncer. (2014). *Trastorno de Estrés Postraumático en Pacientes con Cáncer*. Recuperado de, http://geosalud.com/Salud_Mental/trastorno-estres-postraumatico-pacientes-cancer.html
- Llenas, T. (2009). *Daño Psíquico y su evaluación psicológica forense*. Recuperado de: http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-17/05_martinezLlenas17%282%29.pdf
- Luna. (2011). *Impacto emocional del diagnóstico de cáncer*. Recuperado de: <http://www.bitacoramedica.com/?p=10069>
- Melo, M., Da Silva, De Almeida, M., Caraballo, A., & Rego, C. (2007). *Comportamiento de la Familia frente al diagnóstico de cáncer de mama*. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/237/228>
- Morena, V. (2014). *El papel de la enfermera: impulsar el apoyo familiar del Paciente*. *Revista de la Salud Mental*. Recuperado de: <http://www.saludmental.info/Secciones/apoyo/2008/enfermeria-y-salud-mental-julio08.html>
- News Medical. (2012). *Historia del cancer*. Recuperado de: <http://www.newsmedical.net/health/Cancer-History-%28Spanish%29.aspx>
- Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S., & Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (2), 19 - 29.
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Alivio de los síntomas en el enfermo terminal*. Ginebra: OMS.
- Patrick, L., Engelberg, R., & Curtis, R. (2001). Evaluating the Quality of Dying and Death. *Journal of Pain and Symptom Management* 22(3): 717-726.
- Rodríguez, V., Sánchez, C., Roja, N. & Arteaga, R. (2009). Prevalencia de trastornos mentales en Adolescentes con cáncer. *Revista Venezolana de oncología*. v.21 Caracas. Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822009000400004&script=sci_arttext

- Roy & Andrews. (1999). Roy Adaptation Model, *354 Theory Developments in Nursing*. P. 65.
- Rubin, B., y Bloch, E. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Bilbao. Disponible en <http://www.elsotano.com/libro-intervencion-en-crisis-y-respuesta-al-trauma-teoria-y-practica-10307112>
- Secoli, S.R. (2001). Assistência de enfermagem no câncer. En: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Ministério da Saúde. *Manual de Enfermagem/Instituto* 141-148.
- Suárez, D. (2005). *Mastectomía, afrontamientos y la autopercepción corporal*. Recuperado De: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/759>
- Tamblay, A., & Bañados, B., (2004). *Psicología en el cáncer de mama*. Disponible en http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/banados_b/sources/banados_b.pdf
- Velarde, E, & Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Rev. Salud Pública de México*; 44(4):349-361.
- Werebe. (2000). Depressão no câncer. En: Fráguas JR-Figueiró JAB, editores. *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu; 159-164.
- Zaider, G., Triviño, O., (2005). *Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y Enfermería*. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/56/117>
- Sociedad Española de Oncología Médica. (SEOM, 2012). *Colección oncovida*. Recuperado de, http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/folleto_n13.pdf
- Armaiz-Pena, G.N., Lutgendorf, S.K., Nagaraja Archana, S., & Sood, A.K. (2013). *Why stress is BAD for cancer patients*. *Journal of Clinical Investigation*, 123(2), 558-560.

Alschuler, A., Avins, A.L., Canales, S., Gordon, P., & Rosenbaum, E. (2012). *Audio recordings of mindfulness-based stress reduction training to improve cancer patients' mood and quality of life--a pilot feasibility study*. *Supportive Care in Cancer*, 20(6),1291-1297.

ANEJOS

CUESTIONARIO

**Cuestionario para Medir el Estrés en el Paciente Adulto con Cáncer sometido a
Tratamiento de Quimioterapia**

(Autor: Jonnell Ortiz Zayas, 2014)

Introducción: Por favor dedica un tiempo para completar este cuestionario. El mismo consiste de dos partes. Tus respuestas serán estrictamente confidenciales. Cualquier duda que tenga favor de indicarnos para asistirle.

Parte I. Datos Socio-demográficos

Instrucciones: Favor de marcar con una (X) según corresponda.

1. Género:

Masculino

Femenino

2. Edad:

21 a 30 años

31 a 40 años

41 a 50 años

51 a 60 años

60 años o más

3. Estado Civil

Soltero (a)

Convive

Casado (a)

Divorciado (a)

Viudo (a)



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-483-14
Approval Date June 26, 2014
Expiration Date June 25, 2015

4. Zona Residencial

Rural

Urbana

5. Nivel Educativo

Escuela Elemental

Escuela Superior

Instituto Técnico

Universidad

6. Tiempo recibiendo quimioterapia

Menos de 1 año

1 a 3 años

4 a 5 años

5 años o más



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-483-14

Approval Date June 26, 2014

Expiration Date June 25, 2015

Parte II. El estrés en el paciente adulto con Cáncer sometido a tratamiento de quimioterapia.

Instrucciones: Favor de marcar con una (X) según corresponda en relación a si padece o no estrés al someterse al tratamiento de quimioterapia. Usa la siguiente escala: Mucho, Moderado, Poco, Nunca.

Premisas	Mucho	Moderado	Poco	Nunca
1. Antes de someterse al tratamiento de quimioterapia suele sentir estrés.				
2. Continuamente siente ansiedad mientras espera a que le brinden el tratamiento de quimioterapia.				
3. Siente mucho temor sobre los efectos secundarios de la quimioterapia.				
4. Se siente cansado (a) de acudir a las sesiones de quimioterapia y ello le causa estrés.				
5. Continuamente siente agotamiento físico por el tratamiento de quimioterapia.				

Parte III. Educación recibida sobre el manejo de estrés y quimioterapia.

Instrucciones: Favor de marcar con una (X) la respuesta que más se ajuste a su realidad.

1. ¿Ha recibido charlas educativas sobre el tratamiento de la quimioterapia?

_____ Si
 _____ No

2. ¿Ha recibido educación de enfermería sobre cómo puede manejar el estrés?

_____ Si
 _____ No



Ana G. Mendez University System
 Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-483-14
 Approval Date June 26, 2014
 Expiration Date June 25, 2015

Parte IV. Efectos o reacciones al estrés y a la quimioterapia.

Instrucciones: Favor de marcar con una (X) la respuesta que más se ajuste a su realidad.

1. ¿Ha dejado de asistir a alguna cita de tratamiento de quimioterapia por sentir estrés y angustias?
 Si
 No

2. ¿Se siente deprimido (a) por tener que acudir al tratamiento de quimioterapia?
 Si
 No
 A veces
 Nunca

3. ¿Ha disminuído sus actividades sociales desde que comenzo el tratamiento con quimioterapia?
 Si
 No
 A veces
 Nunca

4. ¿Actualmente recibe terapia psicológica debido a que sufre estrés y depresión?
 Si
 No
 A veces
 Nunca



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-483-14

Approval Date June 26, 2014

Expiration Date June 23, 2015

CONSENTIMIENTO



Sistema Universitario Ana G. Méndez
UNIVERSIDAD METROPOLITANA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA GRADUADO DE ENFERMERIA

Hoja de Consentimiento

Título Investigación: ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS CON CANCER SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA

Nombre del Investigador Principal: JONNELL ORTIZ ZAYAS

Nombre del Mentor: Dr. Josué Pacheco

Esta hoja de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor, pregunte al investigador encargado o cualquier personal del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente. Usted puede llevarse a su casa una copia de este consentimiento para decidir si participará o para consultar con su familia o amigos antes de tomar su decisión.

I. Introducción

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que decida participar en el estudio, por favor, lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que tenga, para asegurarse de que entiende los procedimientos del estudio, incluyendo sus riesgos y beneficios.

II. Propósito del Estudio

Esta investigación tiene como propósito indagar el estrés que sufre el paciente adulto con cáncer con tratamiento de quimioterapia.

III. Participantes del Estudio

Las personas que pueden participar de este estudio son las siguientes:

- Los participantes deben ser mayores de 21 años de edad.
- Tener algún diagnóstico de Cáncer.
- De ambos géneros.
- Estar sometidos a tratamiento de quimioterapia.



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-483-14
Approval Date June 26, 2014
Expiration Date June 25, 2015

Mientras que los criterios que indican que no pueden participar del estudio son los siguientes:

1. No interesar participar voluntariamente del estudio.
2. No estar en tratamiento de quimioterapia.
3. Menor de 21 años de edad.

IV. Procedimientos

Usted ha sido invitado a participar de este estudio que tiene el propósito de saber cuáles son los niveles de estrés que tienen los pacientes que están recibiendo tratamiento de quimioterapia. Para ello, el investigador le explicará en la reunión mensual de grupos de apoyo en la clínica donde recibe tratamiento es donde se llevará a cabo el estudio. Su participación en este estudio consiste en llenar un cuestionario corto, que le tomará entre 15 a 20 minutos en completar, y que debe devolverlo al investigador en un sobre manila sellado el cual será entregado junto al cuestionario. Una vez usted concluya el cuestionario y lo entregue al investigador puede abandonar el salón sin problemas. De hecho, si usted quiere abandonar el salón y no desea continuar participando en el estudio una vez comenzado el mismo, lo puede hacer con libertad y sin temor a represalias por parte del investigador. En nada le ha de afectar participar o no en este estudio con sus tratamientos y rutinas en la clínica.

V. Riesgo o Incomodidad

El riesgo identificado para las personas que participan en este estudio es que los mismos se sientan levemente cansados, y aburridos durante el proceso de completar el cuestionario.

VI. Beneficios del Estudio

El usted participar de este estudio será de mucha utilidad para los pacientes, ya que se podrán sentir satisfechos de haber formado parte del mismo porque con la información que nos brinde se espera conocer y entender el estrés que sufren los pacientes con cáncer sometidos a tratamiento de quimioterapia.

VII. Incentivo al Participante

Usted como participante no recibirá ningún incentivo económico, paga o regalo alguno, la participación en el estudio es totalmente voluntaria.

VIII. Privacidad y Confidencialidad

Su identidad será protegida en todo momento, a través del anonimato como participante y de la confidencialidad de la información que nos brinde a través del cuestionario, garantizándole privacidad y confidencialidad. Toda información o datos que pueda identificarle serán manejados confidencialmente según establecido por la ley (HIPAA). Para esto se tomarán las siguientes medidas de seguridad Una vez completado los cuestionarios estos serán recogidos y custodiados



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-483-14
Approval Date June 26, 2014
Expiration Date June 25, 2015

por el investigador. Solamente el investigador tendrán acceso a los datos. La hoja de consentimiento podrá ser una manera de identificar al participante por lo que se tomarán las siguientes medidas: los datos serán almacenados y guardados en la residencia principal del investigador en un archivo con llaves donde solo el investigador tendrá acceso, por un periodo de cinco años y una vez concluya este estudio se tomará la siguiente acción el investigador procederá a destruir los documentos relacionados con el estudio (consentimiento e instrumento) haciendo uso de una trituradora de papel.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones médicas, pero la identidad suya no será divulgada. La información puede ser revisada por la Junta para la protección de Seres Humanos en la Investigación (IRB siglas en inglés) del Sistema Universitario Ana G. Méndez. El IRB del SUAGM es un grupo de personas quienes realizarán la revisión independiente de la investigación según los requisitos de las regulaciones. Su información será mantenida tan confidencial como sea posible bajo la ley. Esta autorización servirá hasta el final del estudio, a menos que usted la cancele antes. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento.

IX. Compensación por Daños

- En el caso de lesión física como resultado de su participación en este estudio de investigación, usted recibirá tratamiento médico, libre de costo, en el Hospital designado para cada Institución Primaria:
 1. Universidad Metropolitana y sus Centros Universitarios-Sala de Emergencia del Centro Médico de Río Piedras.
 2. Universidad del Este y sus Centros Universitarios-Hospital de la Universidad de Puerto Rico de Carolina.
 3. Universidad del Turabo y sus Centros Universitarios-Hospital HIMA de Caguas
- En caso de sufrir alguna lesión mental como resultado de su participación en esta investigación, tendrán disponible una evaluación inicial en su Institución Universitaria correspondiente. De ser necesario, será referido a su médico primario para tratamiento.
- El Sistema Universitario Ana G. Méndez no provee alternativa de pago u otra forma de compensación por posibles daños relacionados con participación en la investigación. Por ejemplo salarios no devengados, pérdida de tiempo invertido o sufrimiento. Ninguna forma de remuneración económica será otorgada directamente a usted. Sin embargo, al firmar esta forma de consentimiento no renuncia a sus derechos legales.

X. Participación Voluntaria



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-483-14
Approval Date June 20, 2014
Expiration Date June 25, 2015

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede decidir no participar sin penalidad alguna. De usted decidir participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna penalidad ni pérdida de beneficios. Durante su participación en este estudio, el Investigador Principal o su representante pueden solicitar que se retire del mismo.

XI. Persona Contacto para Información

Si tiene alguna pregunta adicional sobre este estudio o sobre su participación en el mismo, o si entiende que ha sufrido alguna lesión por su participación en el estudio, usted puede comunicarse con:

Jonnell Ortiz - Investigador: celular: 787-394-5184, email: jonort19@gmail.com
 Dr. Josué Pacheco - Mentor: celular: 787-612-9124, email: jopacheco@suagn.edu

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante del estudio, puede contactar al:

Sistema Universitario Ana G. Méndez
 Oficina de Cumplimiento
 Administración Central
 Teléfono (787) 751-0178 exts. 7195-7197
 E-mail: cumplimiento@suagn.edu

- [] Certifico que se me entregó copia de este consentimiento firmado
- [] Certifico que se me proveyó una copia del consentimiento, pero no es de mi interés


XII. Consentimiento

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o me fue leído de manera adecuada. El contenido del estudio me fue explicado y todas las preguntas sobre el mismo han sido aclaradas.

Al firmar esta hoja acepto participar en el estudio y certifico que mi participación es voluntaria e informada.

Nombre del Participante (Letra de Molde)	Firma del Participante	(mes/día/año)
Nombre del Investigador (Letra de Molde)	Firma del Investigador	(mes/día/año)


*Si el participante del estudio es menor de 21 años, se requiere firma de uno de los padres o encargado, excepto en aquellos casos en que la investigación se considere una de riesgo mayor (45 CFR 46.408(b)).



**Ana G. Mendez University System
 Institutional Review Board (IRB)**

Protocol No. 01-483-14
 Approval Date June 26, 2014
 Expiration Date June 25, 2015

_____ Nombre del Padre (Letra de Molde)	_____ Firma del Padre	_____ (mes/día/año)
_____ Nombre del Madre (Letra de molde)	_____ Firma de la Madre	_____ (mes/día/año)

 Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)
Protocol No. 01-483-14
Approval Date June 26, 2014
Expiration Date June 25, 2015

