

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TITULO

**“FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN USUARIOS DEL SERVICIO
DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, PERÍODO
SEPTIEMBRE 2017-ENERO 2018”**

AUTOR:

JESSICA RODRÍGUEZ

DIRECTORA:

LCDA. NARCISA GODOY

AZOGUES-ECUADOR

2017-2018

TITULO

“FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, PERÍODO SEPTIEMBRE 2017-ENERO 2018”

DECLARACIÓN

Yo, Jessica Patricia Rodríguez Sanmartín con C.I. 0302104203, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional, y que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Católica de Cuenca puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y la normativa institucional vigente.

Jessica Patricia Rodríguez Sanmartín

AUTORA

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR

Certifico, que el presente trabajo de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, con el tema “**FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, PERÍODO SEPTIEMBRE 2017-ENERO 2018**”, ha sido desarrollado por Jessica Patricia Rodríguez Sanmartín, con el asesoramiento permanente de mi persona en calidad de Director de Tesis.

Lcda. Narcisa Godoy

DIRECTORA

AGRADECIMIENTO

Me es grato dejar constancia de mi profundo reconocimiento a quienes me acompañaron y aportaron durante mi formación académica.

En primera instancia agradezco al Arquitecto del Universo, por bendecirme con salud, sabiduría e inteligencia y guiarme por el camino correcto para hacer realidad este anhelado sueño.

A la Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues, en especial a los preciados docentes de la carrera de Enfermería, por compartir sus conocimientos en las aulas académicas, contribuyendo a mi formación profesional preparándome para responder a las demandas y exigencias sociales.

A mi directora de tesis Lcda. Narcisa Godoy D. por su colaboración y orientación en la elaboración de este trabajo, incentivando al desarrollo de un criterio investigador de las realidades cotidianas de nuestro medio.

Al Hospital de especialidades “José Carrasco Arteaga”, por la acogida brindada para el desarrollo de esta investigación.

Asimismo hago extensivos mis sentimientos de eterna gratitud a mis padres y hermano, por el ejemplo de perseverancia y constancia que me han infundido siempre, por darme valor para seguir adelante y por su amor incondicional.

No ha sido fácil, pero con su ayuda el trajinar por este sendero ha sido mejor.

¡Muchas Gracias!..... Dios les bendiga

DEDICATORIA

*A mi AMADA HIJA, por ser mi fuente de inspiración para superarme.
Es tu amor la razón de mi felicidad, de mi esfuerzo y de mis ganas de buscar lo
mejor.*

*Te agradezco por mostrarme con tu sonrisa, el lado hermoso de la vida.
¡Fuiste mi motivación más grande para concluir esta carrera universitaria,
asúmelo como un ejemplo de vida, de esfuerzo y de constancia;
cada vez que luches por tus sueños, hazlo con valor, coraje y entrega.*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

TITULO	II
DECLARACIÓN	III
CERTIFICADO DEL DIRECTOR	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
ÍNDICE DE CONTENIDOS	VII
ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS	X
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
<i>CAPITULO I</i>	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3 JUSTIFICACIÓN	4
<i>CAPITULO II</i>	
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	5
2.1 ANTECEDENTES	5
2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	6
2.2.1 Factor de riesgo	6
2.2.2 Factor de protección	6
2.2.3 Enfermedad oncológica	7
2.2.4 Oncología	7
2.2.5 Paciente oncológico	7
2.2.6 Pronóstico:	7
2.3 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS	8
2.3.1 Cáncer	8
2.3.2. Tipos de cáncer	10
2.3.3. Tratamiento	11
2.3.3.1 Quimioterapia	11
2.3.3.2 Radioterapia	12
2.3.3.3 Cirugía Oncológica	13
2.3.4 Factores relacionados con la enfermedad oncológica	14
2.3.4 Factores protectores	14
2.3.4.1. Factores Físicos	14
2.3.4.2. Factores Psicológicos	16
2.3.4.3. Factores Sociales	17
2.3.5 Factores de riesgo	21
2.3.5.1. Factores Físicos	21
2.3.5.2. Factores Psicológicos	25
2.3.5.3. Factores Sociales	26
2.4 HIPOTESIS	31
<i>CAPITULO III</i>	
3. OBJETIVOS	32
3.1 OBJETIVO GENERAL	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO	33
4.1 Diseño general del estudio	33
4.1.1 Tipo de estudio	33
4.1.2 Área de investigación	33
4.1.3 Universo de estudio	37
4.1.4 Selección y tamaño muestral	37
4.2 Criterio De Inclusión Y Exclusión	38
4.3 Métodos E Instrumentos Para Obtener La Información	39
4.4 Procedimientos Para Garantizar Procesos Bioéticos	39
4.5 Descripción De Las Variables	39
4.5.1 Operacionalización De Las Variables	39
4.6 Procedimiento De Análisis De Datos	42

CAPITULO V

5. RESULTADOS	43
5.1 Cumplimiento Del Estudio	43
5.2 Tablas y Gráficos Estadísticos	44

CAPITULO IV

6. DISCUSIÓN	56
---------------------	-----------

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA	60
7.1 Conclusiones	60
7.2 Recomendaciones	61
7.3 Bibliografía	62
8. ANEXOS	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tipo de cáncer	44
Tabla 2: Edad del paciente	45
Tabla 3 Género del paciente	45
Tabla 4:Grado de escolaridad	46
Tabla 5: Estado civil	46
Tabla 6: Tipo de ocupación	47
Tabla 7: Lugar de procedencia	47
Tabla 8: Tipo de creencia religiosa	48
Tabla 9: Tiempo de diagnóstico	48
Tabla 10: Tipo de tratamiento	49
Tabla 11: Estado de la enfermedad	49
Tabla 12: Estado de salud	50
Tabla 13: Tipo de afiliación	50
Tabla 14: Control médico	51
Tabla 15: Efectos físicos secundarios	51
Tabla 16: Efectos psicológicos secundarios	52
Tabla 17: Efectos sociales secundarios	52
Tabla 18: Estilos de vida	53
Tabla 19: Frecuencias de Factores Protectores y de Riesgo	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tipo de cáncer	44
Gráfico 2: Edad del paciente	45
Gráfico 3: Género del paciente	45
Gráfico 4: Grado de escolaridad	46
Gráfico 5: Estado civil	46
Gráfico 6: Tipo de ocupación	47
Gráfico 7: Lugar de procedencia	47
Gráfico 8: Tipo de creencia religiosa	48
Gráfico 9: Tiempo de diagnóstico	48
Gráfico 10: Tipo de tratamiento	49
Gráfico 11: Estado de la enfermedad	49
Gráfico 12: Estado de salud	50
Gráfico 13: Tipo de afiliación	50
Gráfico 14: Control médico	51
Gráfico 15: Efectos físicos secundarios	51
Gráfico 16: Efectos psicológicos secundarios	52
Gráfico 17: Efectos sociales secundarios	52
Gráfico 18: Estilos de vida	53
Resultados frecuencias de Factores Protectores y de Riesgo predominantes	54

RESUMEN

El cáncer es considerado un fenómeno de salud que impacta las diferentes esferas del ser humano, la familia y la sociedad. **Objetivo:** Determinar los factores protectores y de riesgo que influyen en la evolución de la enfermedad oncológica. **Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo, abordaje cuantitativo y corte transversal, muestreo aleatorio simple; participaron 168 personas con enfermedad crónica oncológica, se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos desde la historia clínica de los usuarios y el sistema médico AS/400 del servicio de oncología del Hospital José Carrasco Arteaga. **Análisis:** Se obtuvo la base de datos en el programa SPSS y EXCEL aplicando medidas de tendencia central. **Resultados:** Los factores de riesgo predominantes son: según tipo de cáncer: mama 31%, próstata 27%, útero 23%, género femenino 58.9%, estadio de la enfermedad grado II con 31% y III 29.8%, según tipo de tratamiento la quimioterapia con 41.7%, 60.1% de pacientes presenta estado de salud regular, como efectos físicos el 38.1% refiere dolor y vómito en el 26.2%, los efectos psicológicos manifestados son ansiedad 39.3% y depresión 32.1%. Los factores protectores frecuentes: edad rango entre 31 y 50 años con 35.7%, lugar de procedencia provincia del Azuay 50.6%, tiempo de diagnóstico menor a 6 meses 28.6% y 7 meses a 1 año 27.4%, estilos de vida adherencia al tratamiento 32.7%. **Conclusión:** se evidencia que la presencia de agentes protectores y de riesgo repercute sobre la rehabilitación de la salud del paciente oncológico.

Palabras Clave: factor protector, factor de riesgo, paciente oncológico, enfermedad oncológica.

ABSTRACT

Cancer is considered a health phenomenon that impacts the different spheres of the human being, the family and society. **Objective:** To determine the protective and risk factors those influence the evolution of the oncological disease. **Method:** descriptive, retrospective study, quantitative approach and cross section, simple random sampling; 168 people with chronic oncological disease participated, the data collection form was used as a tool from the clinical history of the users and the medical system AS / 400 of the oncology service of the José Carrasco Arteaga Hospital. **Analysis:** the database was obtained in the SPSS and EXCEL program applying measures of central tendency. **Results:** The predominant risk factors are: according to type of cancer: breast 31%, prostate 27%, uterus 23%, feminine gender 58.9%, stage of disease grade II with 31% and III 29.8%, according to type of treatment chemotherapy with 41.7%, 60.1% of patients have regular health status, as physical effects 38.1% refer pain and vomiting in 26.2%, the psychological effects manifested are anxiety 39.3% and depression 32.1%. The frequent protective factors: age range between 31 and 50 years with 35.7%, place of origin province of Azuay 50.6%, diagnosis time less than 6 months 28.6% and 7 months to 1 year 27.4%, lifestyles adherence to treatment 32.7% . **Conclusion:** it is evident that the presence of protective agents and of risk affects the rehabilitation of the health of the oncological patient.

Keywords: protective factor, risk factor, oncological patient, oncological disease.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha diagnosticado y tratado un gran número de casos de cáncer, en nuestro país existe una importante incidencia de esta patología en la población en general, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año son diagnosticadas 2.8 millones de personas, 1.3 millones mueren por esta enfermedad, si no se adoptan medidas oportunas se prevé un aumento a más de 4 millones de nuevos casos y 1.9 millones de defunciones para el 2025. ⁽²⁾

Pese a esto, estudios realizados en el campo oncológico han abordado la problemática focalizando la atención únicamente en el aspecto biológico de los pacientes, sin considerar los factores protectores y de riesgo que intervienen en su salud. De ahí, la necesidad de ampliar el concepto de salud a la totalidad de la vida del paciente oncológico, ya que el efecto tanto del diagnóstico como de los procedimientos del tratamiento es impactante cuanto para el paciente como para la familia, alterando todas las esferas holísticas del ser humano.

El profesional sanitario debe accionar el interés por estudiar la influencia de factores y su relación con la evolución de la enfermedad oncológica, el proceso de atención debería incluir la valoración de dichos elementos y la medida en que mejoran la calidad de vida o por el contrario sugieren un desarrollo negativo de la enfermedad.

La presente investigación es de tipo descriptivo, el objetivo general es evaluar los factores protectores y de riesgo en la evolución del proceso de la enfermedad en pacientes oncológicos, en todas las formas de cáncer y en los diversos estadios, en el área de oncología del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga de la Ciudad de Cuenca (HJCA).

1. 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es un problema sanitario a escala mundial debido al aumento de las tasas de incidencia y mortalidad, ventajosamente el mayor conocimiento científico y tecnológico asociado a la aparición de tratamientos de mayor eficacia, ha producido una mejoría y un aumento de la supervivencia de los pacientes favoreciendo el pronóstico de la enfermedad.⁽¹⁾

En Ecuador 15 de cada 100 muertes son debido al cáncer, convirtiéndose en la segunda causa de muerte a nivel nacional; en el 2013 según proyecciones del Registro Nacional de Tumores se confirmaron 134.9 casos de cáncer en mujeres y 125.9 en hombres por cada 100.000 habitantes, anualmente se presentan 10.200 casos nuevos. En las mujeres el cáncer de mama es el más frecuente con 34.7 casos, seguido del cáncer de cuello uterino y por último el cáncer de tiroides. En tanto que el cáncer de próstata es el más común con 37.8 casos por cada 100.000 hombres, seguido por el cáncer de estómago, colo-rectal y pulmón.⁽¹⁾

Varios autores documentan que padecer cáncer o asistir a una persona en tal condición, es una experiencia que genera un gran impacto en los aspectos psicológicos, físicos, sociales y espirituales.⁽²⁾ La evidencia considera pertinente observar la respuesta evolutiva de la enfermedad oncológica que se halla influenciada por factores que podrían producir mayores complicaciones o constituirse en un aporte para la supervivencia del paciente. Así tenemos que, la dificultad para realizar las actividades habituales, manifestación de síntomas físicos y efectos secundarios, problemas emocionales, edad, género, nivel de educación, deserción del tratamiento, consumo de sustancias tóxicas, inaccesibilidad a planes terapéuticos, incapacidad física o funcional son considerados posibles factores de riesgo; en tanto que entre los factores protectores encontramos: condicionantes individuales, estrategias de afrontamiento, adherencia al tratamiento, apoyo familiar y social, readaptación al entorno y rol social, acceso al sistema de salud, condiciones socioculturales, comunicación eficiente con el equipo de salud multidisciplinario.⁽³⁾

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El planteamiento del problema se basa en la carencia de referencias bibliográficas sobre estudios que evalúen por una parte los factores que generan algún grado de riesgo y por otro, aquellos que le dan algún nivel de protección al proceso evolutivo del cuadro clínico del paciente con cáncer.

Según la Revista Redacción Médica, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS atiende diariamente 200 pacientes en la Unidad de Oncología del Hospital José Carrasco Arteaga. En el 2015 se realizaron un total de 4.143 procedimientos y tratamientos contra el cáncer, según registros mensuales de la producción médica se atienden alrededor de 1400 pacientes, comprendidos en las distintas áreas: oncología clínica, cirugía oncológica, radioterapia, y medicina interna.⁽⁴⁾

Por estas razones la realización de este estudio permite determinar la repercusión de factores protectores y de riesgo en el proceso evolutivo de la enfermedad; contribuyendo de esta manera para que el personal de salud tenga conocimiento de los elementos que condicionan la rehabilitación del paciente oncológico, de tal manera que se puedan atender y tratar los problemas presentados y desarrollar futuras intervenciones más efectivas.

Por todo lo expuesto anteriormente, se decide definir el siguiente interrogante de investigación

¿Cuáles son los factores protectores y de riesgo, y cómo influyen en el proceso evolutivo de la enfermedad oncológica en los usuarios del servicio de oncología del Hospital José Carrasco Arteaga durante el período Septiembre 2017-Enero 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realizó en primer término por la experiencia personal en el área oncológica del HJCA, donde se observó la carencia de una guía que permita al personal de enfermería la evaluación y la valoración de factores que interfieren de manera positiva o negativa en el restablecimiento de la salud del paciente con cáncer. Por ello, se consideró necesario realizar este trabajo por cuanto existen protocolos generalizados, más no personalizados con marcos referenciales de oncología que describan de forma global los elementos que interfieren en el pronóstico de salud del individuo que afronta la enfermedad.

Aportando al personal de enfermería una visión más amplia sobre los factores protectores y de riesgo que actúan como agentes pronósticos de la enfermedad oncológica, incrementando su interés en la prestación de servicios y concibiendo al paciente en su totalidad, a aprender a escuchar sus necesidades reales enfocadas en un contexto general, es decir implicarnos en cuestiones que quizá resulten superficiales para nosotros pero de mayor relevancia para nuestros pacientes, en base a datos obtenidos por relatos vividos por cada uno de ellos.

Puesto que el manejo integral del paciente con cáncer, exige del equipo médico multidisciplinario conocimientos científicos específicos, además de un entrenamiento adecuado, para su desempeño en las diferentes áreas asociadas con la atención de este tipo de pacientes.

Contribuyendo al enriquecimiento tanto en el campo personal, científico, laboral y social; fomentando la concientización y la oferta de mejores actividades de cuidado a los pacientes oncológicos; impulsando la consecución de uno de los objetivos más importantes del plan nacional del buen vivir como es el tercero, que promulga: “mejorar la calidad de vida de la población”.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

La paleopatología ofrece evidencias de lesiones compatibles con el cáncer en humanos desde hace 150.000 años, siendo en ese entonces una enfermedad poco frecuente, y que se habría incrementado a consecuencia de los cambios medioambientales a partir del siglo XVIII. No existe información sobre la interpretación original del cáncer y el uso de terapias para contrarrestarlo, pero al analizar el pensamiento del hombre primitivo se atribuye la aparición de manifestaciones patológicas o lesiones sin causas identificables a fuerzas sobrenaturales. Se ha postulado que su rareza en la prehistoria se debería a la mayor incidencia de enfermedades infecciosas.⁽⁵⁾

La literatura médica manifiesta que en dos de los llamados papiros o tratados médicos, se reconoce el cáncer. Los textos descritos en el papiro de Edwin Smith son de lesiones ulcerosas, semejantes a lesiones cancerosas, mientras que en el papiro de Ebers, solo se hace mención a tumores de mama. Las posibilidades técnicas de médicos egipcios y mesopotámicos los limitaban al tratamiento de afecciones externas, y las diversas heridas o ulceraciones recibían un tratamiento similar y una denominación común; siglos después cuando dichos textos fueron traducidos por expertos orientalistas, observaron que se referían a hinchazones, úlceras con tumores y cáncer en otros casos.⁽⁵⁾

Algunos milenios después, en los escritos hipocráticos se encuentra el origen etimológico de la palabra cáncer, haciendo referencia a unas lesiones ulcerosas crónicas, algunas veces endurecidas, que se desarrollan progresivamente y sin control expandiéndose por los tejidos semejando las patas de un cangrejo, por lo que se las denominó con la palabra griega (karkinos= cangrejo). De allí, el término pasa al latín como cáncer con ambos significados, el del animal y el de úlcera maligna. El tratamiento del karkinos en la época hipocrática era básicamente local y herbolario y en muchos casos se recomendaba no hacer nada.⁽⁵⁾

Recién en el siglo XVIII se identifica el cáncer en las lesiones nodulares y se aplica su tratamiento con plantas medicinales y múltiples medicamentos secretos que se postulan en la época, incluyendo por ejemplo el uso de la cicuta belladona, el opio y otros medicamentos hoy prohibidos, al no demostrar evidencias de su eficacia.

Los investigadores modernos más importantes: Johannes Müller observó el carácter desordenado de las células cancerosas. Henri Le Fran observó la diseminación por los nódulos linfáticos y de allí a la circulación general, mientras que Wilhelm Waldeyer mostró en 1800 el rol de los vasos sanguíneos pasando del tumor a los vasos linfáticos. Desde entonces y hasta la actualidad la comprensión del cáncer y sus tratamientos es mucho más amplia, se ha generado ofertas de curaciones extraordinarias, auspiciadas por profesionales especializados basados en conocimientos científicos y técnicos.⁽⁵⁾

2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

2.2.1 FACTOR DE RIESGO

Manifestado por características o elementos con capacidad potencial de producir daño en la salud del individuo, familia, comunidad y ambiente. ⁽⁶⁾

En las ciencias de la salud el riesgo es entendido como la probabilidad de sufrir una determinada enfermedad, incidiendo directamente en la calidad de vida de las personas. ⁽⁶⁾

El grupo de trabajo de la OMS acopló el término riesgo en la atención sanitaria como “asistencia preventiva y de promoción de la salud, señalando que el riesgo ocupa atención central en la atención primaria de salud” ⁽⁶⁾ .

2.2.2 FACTOR DE PROTECCIÓN

El Instituto Nacional del Cáncer lo define como el conjunto de hábitos que pueden disminuir la probabilidad de contraer una enfermedad, en el caso del cáncer algunos factores protectores son: realizar actividad física, mantener un peso adecuado y seguir un régimen nutricional. ⁽⁷⁾

Condiciones que favorecen el desarrollo de los individuos y reducen los efectos de circunstancias desfavorables; se clasifican en factores protectores externos e internos. Los externos comprenden a los factores del entorno que reducen la probabilidad de daños: familia, apoyo o integración social y laboral. Los internos se refieren a atributos personales: autoestima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse. ⁽⁷⁾

2.2.3 ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

La enfermedad oncológica se deriva en múltiples afecciones provocadas por el cáncer, surge cuando las células anormales se dividen de forma incontrolada e invaden tejidos adyacentes, pudiendo incluso propagarse a todo el cuerpo. La OMS considera que el cáncer es la principal causa de morbi-mortalidad en todo el mundo. ⁽⁸⁾

2.2.4 ONCOLOGÍA

Término de origen griego, compuesto por los vocablos onkos (“masa”, “tumor”) y logos (“estudio”). La oncología es la especialidad médica que se encarga del estudio y tratamiento de los tumores benignos y malignos. ⁽⁹⁾

2.2.5 PACIENTE ONCOLÓGICO

De acuerdo a la definición del grupo de cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia⁽¹⁰⁾, persona que presenta un trastorno funcional u orgánico, permanente y multicausal, originado por enfermedades oncológicas, con modificación de su estilo de vida, requiriendo de periodos largos de cuidado y que está recibiendo un tratamiento para controlar el cáncer.

2.2.6 PRONÓSTICO: Predicción del curso de la enfermedad; la perspectiva para la supervivencia. ⁽¹¹⁾

2.3 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

2.3.1 CÁNCER

El cáncer analizado en términos generales, abarca un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Se caracteriza por la acelerada multiplicación de las células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes circundantes del cuerpo o propagarse hacia otros órganos, proceso conocido como metástasis.⁽¹²⁾

Para que se produzca la transformación de una célula normal en tumoral, se necesita de la interacción entre los factores genéticos del paciente y los diversos agentes externos, los cuales al constituirse en factores de riesgo dan lugar a cada tipo de cáncer.⁽¹²⁾

Epidemiología

El cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial, en el 2015 se atribuyeron a esta enfermedad 8,8 millones de defunciones. Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos son los siguientes: Pulmonar 1,69 millones, hepático 788 000, colorrectal 774 000, gástrico 754 000, mamario 571 000. ⁽¹³⁾

En las últimas décadas se ha visto un cambio en los perfiles epidemiológicos mundiales, de tal forma que en la actualidad las enfermedades crónicas no transmisibles encabezan los indicadores de morbilidad y mortalidad de las poblaciones, predisposición que se mantiene en aumento. ⁽¹³⁾

La OMS reporta que el incremento de la carga mundial de las enfermedades no transmisibles constituyen un desafío para el desarrollo del siglo XXI. Se prevé un aumento aproximado del 70% de casos nuevos en los siguientes 20 años; alrededor de un tercio de las muertes por cáncer estará relacionado con los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de verduras y frutas , inactividad física, alto consumo de tabaco y alcohol.⁽¹³⁾

En países de ingresos medios y bajos alrededor del 70% de las muertes ocurren por la detección del cáncer en una fase avanzada y por falta de tratamiento, en el 2015 el 90% de los países de ingresos altos informaron ofrecer tratamiento oportuno a los enfermos oncológicos, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30%.⁽¹³⁾

Además es importante considerar el impacto social que genera el cáncer sobre quien lo padece, los cuidadores, familias o grupos sociales; Barrera L y Cols señalan el impacto de vivir con una enfermedad crónica, como una experiencia que genera profundos cambios. La familia se ve afectada con tendencia a asumir cambios de roles, modificaciones o restricciones en espacios físicos, y la vivencia de sentimientos ante la responsabilidad moral de brindar cuidado necesario a las personas enfermas dentro de su conjunto.⁽¹⁰⁾

El cáncer es una enfermedad que afecta las dimensiones personales predisponiéndolas a temas de gran trascendencia, como lo ha demostrado Juárez y Ferrell⁽¹⁰⁾, al evaluar la calidad de vida entre sobrevivientes de cáncer describen en la dimensión física cuestiones como: limitaciones funcionales, retraso en el diagnóstico, pérdida del apetito, fatiga, disnea, déficit de auto cuidado y pérdida del cabello afectan el bienestar de la persona. En la dimensión psicológica aparece la ansiedad, tristeza, efectos cognitivos, sentimientos de discapacidad, incertidumbre; respecto a la dimensión social se evidencian necesidades de soporte para la familia, amigos y compañeros, aislamiento social, crisis financieras, pérdida de las amistades y experiencias previas de cáncer en familiares cercanos; y, en el espiritual se reconoce el efecto positivo que surge de asistir a la iglesia, manifestar la fe al hacer oración y leer la biblia, considerar el dolor como redención o como respuesta de Dios y ser consciente de la muerte.

Estas dimensiones son incluidas en formatos que evalúan la calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias, múltiples estudios han demostrado el impacto de la enfermedad sobre las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales, siendo negativo para las tres primeras en la mayoría de los casos y en algunos la dimensión espiritual se ha comportado como un factor protector.⁽¹⁰⁾

Aunque existen diversos estudios, la mayoría se concentra en identificar factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer, se evalúa la calidad de vida

haciendo énfasis en todos los espacios del individuo; pero no profundizan en la valoración de la influencia de dichos factores de riesgo y protectores en la evolución del cuadro clínico del paciente de cáncer. ⁽¹²⁾

La Organización Mundial de la Salud, resalta que la presencia de factores que interfieran en el proceso de salud-enfermedad principalmente de las enfermedades crónicas es un problema global, y su repercusión produce bajos resultados en salud causando aumento de los costos sanitarios. Así mismo la influencia de los factores socioeconómicos, relacionados con el proveedor sanitario, la terapia, la enfermedad y el paciente, tienen un comportamiento dinámico y requiere un enfoque multidisciplinario para lograr avances importantes en salud. ⁽¹⁰⁾

La OMS recalca que la relación entre el paciente y el prestador de asistencia sanitaria debe formar un vínculo que contemple las capacidades de cada uno. Desde este enfoque el Plan Nacional contra el Cáncer 2012-2021 engloba como cuarta línea estratégica el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y de los sobrevivientes con cáncer, tomando como referencia los efectos de la enfermedad y su tratamiento, así como el impacto sobre el binomio familia-entorno; proponiendo acciones en los ámbitos (político, normativo, comunitario y salud) fortaleciendo la atención integral a los pacientes, que incluya todas las dimensiones de la persona y el entorno, centrado en programas de cuidados paliativos y destacando la importancia de la educación a familiares y cuidadores con el fin de mantener niveles de vida satisfactorios. ⁽¹⁰⁾

2.3.2. TIPOS DE CÁNCER

El Instituto Nacional del Cáncer creó una lista basada en fuentes estadísticas de incidencia y mortalidad de la Sociedad Americana del Cáncer. Para catalogar un tipo de cáncer, el número estimado de casos nuevos debe ser de 40 000 o más durante el año 2017. ⁽¹⁴⁾

El primero en la lista es el cáncer de seno con más de 255 000 casos nuevos considerados hasta el tercer trimestre del 2017, los siguientes son: El de próstata, endometrio, pulmón y color rectal, este último marcó como referencia 135 430 casos nuevos. ⁽¹⁴⁾

Los más comunes según el Instituto Nacional del Cáncer:

Cáncer de seno (mama), próstata, endometrio, pulmón, colon y recto, páncreas, leucemia, linfoma no hodgkin, melanoma, cáncer de riñón, tiroides y vejiga.

2.3.3. TRATAMIENTO

La detección y el tratamiento del cáncer requiere la actuación del equipo multidisciplinar que garantice una visión integral de la enfermedad, es decir la correcta coordinación de las distintas especialidades: cirujanos, oncólogos médicos y radioterapeutas.⁽¹⁵⁾

Dentro de los tipos de tratamiento más utilizados para combatir el cáncer están: quimioterapia, radioterapia, cirugía.

2.3.3.1 Quimioterapia

Consiste en la utilización de medicamentos citostáticos con la intención de combatir el cáncer y sus enfermedades relacionadas.⁽¹⁶⁾ La vía de administración varía en función del fármaco pudiendo ser vía venosa u oral.⁽¹⁵⁾

La quimioterapia se halla asociada a una serie de efectos secundarios debido a que la sustancia de los fármacos retrasa el crecimiento de las células cancerosas pero también puede afectar a células sanas, lo cual puede provocar un gran malestar físico y psicológico. Por otro lado, la toxicidad asociada a la quimioterapia va a depender de la dosis del fármaco, vía de administración y del estado general del paciente, pudiendo presentarse inmediatamente tras la administración en cuestión de horas o días, de forma precoz varios días o semanas, de forma retardada después de semanas o meses y de forma tardía en meses o años⁽¹⁷⁾. Algunos de sus efectos colaterales son problemas digestivos como: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento; problemas cutáneos como alopecia; trastornos hematológicos como anemia, leucopenia y neutropenia; problemas neurológicos, renales, pulmonares, cardíacos; además la administración de quimioterapia conlleva riesgos como la extravasación o problemas ocasionados por la filtración de estos fármacos intravenosos en el organismo.⁽¹⁶⁾

Tipos de quimioterapia: Dependiendo del tipo de tumor y del estadio de la enfermedad, puede ser:⁽¹⁵⁾

- 1. Radical o curativa:** En casos de metástasis cuando no existe un tratamiento alternativo⁽¹⁷⁾, se usan esquemas agresivos de poliquimioterapia asumiendo toxicidades moderadas-severas; algunos ciertas circunstancias es necesario completar los tratamientos con radioterapia o cirugía de rescate.⁽¹⁵⁾
- 2. Adyuvante:** Tanto junto o tras cirugía o/y radioterapia para eliminar restos tumorales, disminuyendo el riesgo de recaída a nivel local o a distancia.⁽¹⁷⁾
- 3. Neoadyuvante:** Consiste en la reducción del tumor previo a tratamiento quirúrgico, para lograr una resección completa con cirugía conservadora. Se administra combinada con radioterapia simultánea o secuencialmente, cuando los otros tratamientos no funcionan por sí mismos.⁽¹⁷⁾
- 4. Paliativa:** Utilizada en fase avanzada de la enfermedad, el objetivo principal de la quimioterapia paliativa es aumentar calidad de vida.

2.3.3.2 Radioterapia

La radioterapia consiste en el tratamiento local empleando partículas o rayos ionizantes de alta energía para tratar el cáncer, destruyendo el material genético de las células cancerígenas y su capacidad para crecer y multiplicarse, por lo cual afecta tanto células malignas como células normales en división, pese a ello muchas de las células normales se recuperan de los efectos producidos por la radiación y funcionan adecuadamente.^{(18) (15)}

En cuanto a los efectos secundarios varían de acuerdo a la dosis, el volumen tratado y el tipo de energía utilizada; pueden producirse durante o inmediatamente después del tratamiento y suelen ser de corta duración, entre ellos tenemos: astenia, anorexia, náuseas, diarrea, mucositis, esofagitis, reacciones dérmicas, alopecia. Los efectos tardíos pueden aparecer meses o incluso años después del tratamiento: mielopatías, necrosis de hueso, estenosis intestinal, fibrosis pulmonar, daño renal, lesión miocárdica⁽¹⁷⁾. Existen distintos tipos de tratamiento con radioterapia, en función de los objetivos buscados⁽¹⁵⁾:

1. **Radical o curativa:** Se utiliza con intención curativa y como única estrategia terapéutica o asociada a otros tratamientos, ofrece la posibilidad de curación con la conservación del órgano y su función⁽¹⁷⁾.
2. **Adyuvante o complementaria:** Se aplica tras la cirugía o la quimioterapia, con el objetivo de mejorar el control de la enfermedad y disminuir el riesgo de recaída, incrementando supervivencia global.⁽¹⁷⁾
3. **Neoadyuvante:** Previo a tratamiento quirúrgico definitivo, para mejorar la radicalidad quirúrgica y cirugía conservadora con preservación de órgano.⁽¹⁵⁾
4. **Paliativa:** Se emplea para favorecer la mejoría de los síntomas provocados por complicación local de la enfermedad, la indicación principal es como analgesia en las metástasis óseas.⁽¹⁷⁾

2.3.3.3 Cirugía Oncológica

Es la extirpación del tumor y del tejido circundante, salvo en tumores quimioterables⁽¹⁵⁾. Existen varios tipos de cirugía utilizadas:

1. **Diagnóstica:** Tiene como objeto obtener una muestra del tumor que será analizada en anatomía patológica, para lograr un diagnóstico definitivo, pronosticar la enfermedad y escoger el tipo de tratamiento.⁽¹⁷⁾
2. **Curativa:** Extirpación completa de la neoplasia sin que queden residuos tumorales.⁽¹⁷⁾
3. **Recidivas y metástasis:** Indicadas en caso de radicalidad, dado que aumenta la supervivencia y ayuda al control de síntomas y una mejor respuesta a tratamientos complementarios posteriores.⁽¹⁵⁾
4. **Cirugía citorreductora:** El objetivo principal es reducir el volumen tumoral para conseguir mayor respuesta a los tratamientos complementarios.⁽¹⁵⁾
5. **Paliativa:** Realizada como profilaxis de complicaciones del tumor, alivio de síntomas o paliación del dolor.⁽¹⁷⁾

Respecto a los riesgos de la cirugía ligada a la extirpación del tejido tumoral, durante la operación podría producirse el desprendimiento de alguna célula cancerígena e infiltrar en el torrente circulatorio, dando lugar a la aparición de metástasis.⁽¹⁷⁾

2.3.4 FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

Las enfermedades oncológicas han alcanzado proporciones epidémicas con graves consecuencias para la salud y la vida de las personas, provocando discapacidad, desgaste de vida productiva y pérdida de vidas humanas. Las enfermedades crónicas son prolongadas, su pronóstico es incierto, algunas son de carácter intermitente, modifican el contexto del paciente en relación a su convivir cotidiano imponiéndole a vivir con los síntomas y con los efectos secundarios derivados de los procedimientos médicos.⁽¹⁹⁾

La enfermedad se manifiesta a través de un lenguaje que el cuerpo expresa para dar a entender que algo no funciona en la conciencia del sujeto, cuya interpretación otorga una visión total, dando lugar a la reformulación del problema y a un enfoque que tiene en cuenta no solo aspectos meramente biológicos. Es ante la presencia de enfermedades y del cáncer en particular cuando se encuentra en crisis muchos planos de la vida del ser humano, se debe entonces tener en cuenta que usualmente la amenaza a la integridad es global.⁽¹⁹⁾

Aunque se perciba al enfermo crónico como estable y sin grandes cambios a lo largo de su tratamiento clínico, en realidad su vida está repleta de acontecimientos que exacerban la larga enfermedad. Como se mencionó, la evolución favorable o no favorable de la patología puede verse afectada por múltiples factores, entre ellos físicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.⁽¹⁹⁾

2.3.4 FACTORES PROTECTORES

2.3.4.1. Factores Físicos

a) Características de la enfermedad y el tratamiento.

El tipo de tumor, el sitio anatómico afectado, la etapa de la enfermedad, son factores que influyen en la actitud resolutive de los médicos y en la respuesta del paciente. El diagnóstico inicial del cáncer, si este no se ha diseminado a órganos internos, tiende a causar menos miedo y mayor esperanza debido a que es más fácil su control y curación.⁽¹⁸⁾ El conocimiento que tengan los pacientes del beneficio del tratamiento a seguir y de sus riesgos, hacen que estos se adhieran

de mejor manera y lleguen a concluir con las fases de los distintos procedimientos. ⁽²⁰⁾

b) Condición física y funcional de los pacientes.

Es la valoración del estado de salud, entendido como la presencia o ausencia de enfermedad. Una vez realizado el diagnóstico la esperanza de vida depende primordialmente de lo temprano que se haya descubierto la enfermedad y del tipo de cáncer, pues algunos son más agresivos que otros; a pesar de los avances en el tratamiento no se habla de curación sino de supervivencia.

En la actualidad se considera que un paciente está libre de la enfermedad cuando a superado los 5 años de sobrevida post-tratamiento, lo cual indica que es muy difícil que se produzca una recaída, e incluso se conocen casos en los que esta se ha producido 20 años después. Esta mejoría solo es posible con los cuidados paliativos según la Asociación Española contra el Cáncer. ⁽²¹⁾

c) Manejo adecuado de la enfermedad y los efectos secundarios.

Para la mayoría de pacientes oncológicos afrontar su enfermedad se convierte en uno reto importante, es ahí en donde el sujeto se empodera de la situación con el propósito de mantener una calidad de vida óptima que según la OMS es “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, del contexto cultural y del sistema de valores en los que vive en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes” ⁽¹⁸⁾. La calidad de vida depende en gran medida de la escala de valores de cada paciente, de sus recursos emocionales y personales, además está condicionada por determinantes económicos, sociales y culturales relacionados con el estado de bienestar físico y mental.

Al momento de combatir esta enfermedad es fundamental que el médico asuma un rol y una responsabilidad central para conseguir una rehabilitación integral, que abarque los aspectos físicos, psicológicos, laborales, vocacionales, sociales y espirituales del paciente. ⁽¹⁸⁾

2.3.4.2. Factores Psicológicos

a) Condicionantes individuales de los pacientes.

El ser humano cuando se enfrenta a una enfermedad pone en manifiesto su personalidad, estilos de afrontamiento y mecanismos de defensa; como dice Taylor⁽²²⁾ el conocimiento individual de la situación influye de forma significativa, aunque existen aspectos negativos es posible que se perciba lo que se está viviendo como un reto en el que la enfermedad es un enemigo con el que se debe luchar, o incluso en ocasiones puede suponer una oportunidad de descubrir aspectos positivos de la vida.

Existen ciertos recursos personales que potencian este factor, a continuación se señalan los más relevantes:

Autoestima: Es la actitud de la persona respecto a sí misma, las personas con autoestima alta utilizan estrategias de afrontamiento más positivas y activas.⁽²³⁾

Optimismo: Seligman⁽²³⁾, lo define como la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables, es una fortaleza importante que ayuda a afrontar las adversidades y tiene beneficios en la salud y el bienestar. En relación a este factor se ha descrito que mejora la calidad de vida y el bienestar subjetivo, ya que disminuye el estrés, aumenta la esperanza de sobrevivir y evita las recaídas.

Emociones positivas: Según Fredrickson et al.⁽²³⁾ tienen gran importancia en los procesos de adaptación, ya que facilitan las estrategias de afrontamiento para alcanzar el equilibrio, la obtención de recursos sociales y el bienestar. Además experimentar emociones positivas produce estados mentales y modos de comportamiento, que preparan al individuo para enfrentar con éxito dificultades y adversidades venideras.

Esperanza: Cuando se ha superado el impacto inicial del diagnóstico y se ha comenzado el tratamiento, muchos pacientes con cáncer desarrollan un sentimiento de esperanza como un mecanismo de soporte para enfrentar su patología. Los métodos de los procedimientos modernos permiten que hoy en día las personas puedan ver un presente y un futuro alentador, muchos están viviendo sin sintomatologías y otros han podido vivir muchos años productivos con la enfermedad controlada. La confianza puede estar inspirada en sus

creencias religiosas y espirituales, hay evidencias de que la actitud de esperanza permite un mayor control de los síntomas y por lo tanto una mejor calidad de vida.⁽²⁴⁾

Afrontamiento: Se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes al comprender el significado de la enfermedad y las reacciones subsiguientes. Watson y Greer (1998) “lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer”⁽²⁵⁾; considerado como la capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico.

Para Bayés⁽²²⁾, las estrategias de afrontamiento utilizadas más frecuentemente por estos pacientes son:

- 1) Buscar información: Sobre la enfermedad y los tratamientos, ya que combate la incertidumbre.
- 2) Buscar apoyo y confortación: Elude sentimientos negativos y aumenta el control sobre la situación.
- 3) Atribución: Asignando causas concretas a lo que sucede, favorece la disminución de la incertidumbre y aumenta la sensación de control.
- 4) Evitar confrontaciones: Demuestra una actitud pasiva y distante, evitando implicarse en los problemas que plantea la situación, inhibiendo sentimientos negativos y protegiendo la autoestima.
- 5) Afrontamiento activo: Figura una actitud activa, en búsqueda de soluciones a los problemas desde una perspectiva racional.

2.3.4.3. Factores Sociales

a) Acceso al sistema de salud

La Constitución Ecuatoriana 2008 señala: “La salud es un derecho garantizado por el Estado junto con el derecho al agua, alimentación, nutrición, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. Se garantizará su cumplimiento mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; con el acceso permanente,

oportuno y sin exclusión a programas, acciones, servicios de promoción y atención integral de salud. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución, con enfoque de género y generacional”.⁽²⁶⁾

El sistema de salud del Ecuador está compuesto por el sector público y privado; al primero le corresponde las instituciones de seguridad social como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el Seguro Social Campesino que cubren a la población asalariada afiliada.⁽²⁶⁾ La población que mayor beneficio en salud recibe es aquella que está cubierta por alguno de estos seguros, así el IESS cubre por lo menos a 20% del total de los habitantes.⁽²⁶⁾

Los beneficiarios del IESS están protegidos contra la contingencia de enfermedad por las siguientes prestaciones en salud: asistencia médica y farmacológica, servicios de consulta externa, urgencias, medicina curativa, preventiva y de rehabilitación; atención quirúrgica y hospitalización; atención médica domiciliaria; subsidio monetario por enfermedad, atención en unidades médicas ajenas al IESS, compensación por gastos de atención médica mediante convenios suscritos con diversas clínicas privadas.⁽²⁶⁾

A decir del financiamiento del seguro social se debe a la aportación individual obligatoria de los afiliados, de los empleadores públicos o privados y de la contribución del Estado. ⁽²⁶⁾ En este sentido, aceptando que la posición socioeconómica de los individuos determina en gran medida su condición de salud, el sistema afianza el acceso asegurando igualdad de oportunidades y calidad en la prestación de servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos. Siendo así, que la mortalidad por cánceres prevenibles en poblaciones vulnerables ha disminuido a grandes escalas ya que tienen asequibilidad al diagnóstico y al tratamiento oportuno; puesto que el paciente reconoce su salud como un derecho, entiende la responsabilidad del sistema y su funcionamiento.

Sumado a todo esto se halla la ventaja de costo-beneficio, ya que actualmente el IESS cuenta con equipos de tecnología de punta para procedimientos terapéuticos, que realizados en el sector privado llegarían a costos muy elevados que no se cubrirían ni con la cuarta parte de las aportaciones mensuales individuales. Lo cual evidencia un notorio privilegio en relación con el resto de

población que adolece los mismos casos patológicos, pero que no tienen acceso a ningún servicio de salud. ⁽²⁶⁾

b) El apoyo social y familiar

Una persona que ha sido diagnosticada de cáncer atraviesa al igual que su familia, un proceso de adaptación y aceptación de la enfermedad, del tratamiento y de los efectos secundarios. ⁽²¹⁾

Los familiares que cuidan del paciente con este padecimiento son llamados proveedores informales de atención, desempeñan una función importante al cooperar en la atención médica, se consideran ingredientes fundamentales para el tratamiento eficaz del cáncer, proporcionando una variedad de tareas de apoyo a nivel físico, psicológico, espiritual y emocional. ⁽²⁷⁾

Estudios realizados indican que el apoyo social y familiar se considera factor protector frente al malestar, ya que cubre la necesidad afectiva y de participación social del ser humano. El paciente requiere interactuar con otras personas, establecer lazos de amistad, manifestar y recibir afecto, vivir en familia o en comunidad, pertenecer a un grupo social y sentirse aceptado; el apoyo emocional y social es punto clave para el bienestar psicológico de los individuos especialmente en momentos de transición, crisis o acontecimientos vitales. En la medida en que la persona reciba apoyo externo la adaptación será más fácil y con menor implicación emocional. ⁽²⁴⁾

c) Relación del equipo médico y paciente

Es evidente que los pacientes y el equipo médico que pertenecen a un mismo grupo étnico tienden a compartir creencias culturales, valores y experiencias que los hacen sentir mucho más cómodos entre sí, y por ende incrementa la participación en el proceso de salud. Se ha estudiado también que la información proporcionada por el médico sobre la enfermedad, el método de tratamiento, su propósito y los efectos secundarios, provoca un efecto de satisfacción con el cuidado médico recibido. ⁽²⁰⁾

Por lo tanto aquellos pacientes que se involucran en temas de discusión acerca de su plan de tratamiento mediante el diálogo abierto con los médicos, consiguen empoderarse de la situación, de ahí que el factor relevante en estos casos es

fortalecer el vínculo médico/paciente, para alcanzar a cabalidad el objetivo terapéutico propuesto.⁽²⁰⁾

Se ha demostrado que una adecuada comunicación principalmente entre el profesional de enfermería y el paciente fomenta su participación en el cuidado, existe un notable compromiso por parte del sujeto en el cumplimiento de su tratamiento, aspecto que se ve reflejado con la asistencia puntual a los controles médicos. Es preciso que el personal de salud demuestre actitud e interés ante las preocupaciones que tienen los pacientes, respecto de su diagnóstico, de la naturaleza de la enfermedad y del uso y finalidad de los medicamentos.⁽²⁰⁾

d) Readaptación al entorno y rol social

La rehabilitación del enfermo oncológico amerita un acercamiento comprensivo tanto de las secuelas propias de la enfermedad, cuanto de los procedimientos terapéuticos. En definitiva, el proceso de soporte al paciente debe promover su recuperación física, psicológica, social y laboral tras el restablecimiento de la enfermedad. Este último aspecto, la reinserción laboral es un objetivo primordial en la recuperación sobre todo de los supervivientes más jóvenes, al estar determinada por factores personales, psicosociales, competenciales y estructurales.⁽²⁸⁾

La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) consciente de esta necesidad desarrolla en 1987 el programa de atención integral denominado “Mucho x Vivir” que incluye la inserción laboral como elemento de auto-superación. La inclusión del individuo en un empleo facilita el proceso de reinserción social ya que aporta beneficios como independencia económica, desarrollo de la autoestima, apoyo social y autonomía.⁽²⁸⁾ El trabajo resulta una parte fundamental de la rehabilitación ya que mejora la calidad de vida, por lo que debe incursionarse desde las etapas tempranas de la enfermedad.⁽²⁹⁾

Es necesario que los pacientes tras reincorporarse reciban ayuda en los centros de trabajo durante los períodos laborales. Para ello es necesaria una educación pública y profesional acompañada de programas específicos en salud ocupacional que de cumplimiento con el objetivo de adecuar el hombre al trabajo según sus capacidades y aptitudes tanto físicas como psicológicas, que apoyen su reinserción social.⁽²⁹⁾

Taylor⁽³⁰⁾, demostró que el costo de la rehabilitación psicológica de una persona con cáncer para su readaptación al medio, es inferior a la de un paciente con patología cardíaca, trastorno mental, diabetes, tuberculosis, o problema ortopédico. Un estudio publicado en EEUU. comprobó que los supervivientes de una neoplasia son tan productivos como otros trabajadores, y que no tienen una tasa de deserción laboral mayor que los demás, por tanto una buena parte de los supervivientes son capaces de continuar trabajando o volver a su lugar trabajo, sin limitaciones resultantes de su diagnóstico o de su tratamiento.

La familia y concretamente la pareja son un apoyo extraordinario durante todo el proceso la enfermedad, cuando los tratamientos han concluido y regresa la “normalidad”, el núcleo familiar es el primer centro promotor para que el paciente retome sus funciones y responsabilidades.⁽²⁹⁾

2.3.5 FACTORES DE RIESGO

2.3.5.1. Factores Físicos

a) Desconocimiento en el manejo de la enfermedad y el tratamiento.

La falta de conocimiento para sobrellevar la enfermedad puede empeorar la calidad de vida de la población, debido a las pre concepciones instauradas acerca del cáncer, marcando una sensación profunda de disgusto, repulsión y miedo, se cree que es una enfermedad contaminante al ignorar su naturaleza; algunos la ven como una enfermedad fatal y sienten que sus tratamientos son básicamente ineficaces, otros creen que puede ser contagiosa, y hay quienes la asocian con la muerte y con un incontrolable dolor; esto se debe generalmente a la escasa o nula información adquirida, creando incertidumbre en los pacientes sobre el pronóstico de la patología⁽¹⁸⁾.

El paciente ha llegado a persuadir que los procedimientos de la terapia oncológica son agresivos y que no es posible impedir el daño, mientras el médico piensa en términos de curación, el paciente piensa en deformación por su enfermedad y su tratamiento⁽⁸⁾, razón por la cual ingieren los medicamentos sólo cuando no se sienten bien y los suspenden en cuanto se sienten mejor o cuando han desaparecido los síntomas; también está el caso de quienes toman la medicación cuando la dosis prescrita es mayor, porque consideran que mientras

mayor sea la dosis va a ser mejor, o los descontinúan porque lo consideran ineficaces. ⁽²⁰⁾

b) Deterioro del estado físico y funcional.

Se conoce por deterioro del estado físico y funcional al grado de fuerza o fatiga, sueño, reposo y actividad física que puede realizar un paciente que sufre una enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, al ser aspectos con un efecto desgastante sobre la calidad de vida.

El cáncer y sus tratamientos son altamente destructivos, pues se requiere extirpar células malignas mediante cirugía o terapia con radiación o drogas citotóxicas, procedimientos bastante dolorosos que al final no garantizan la vida, además restringen severamente la capacidad funcional de las personas y produce un considerable estrés psicosocial y económico. A estos factores se añaden otros relativos a las manifestaciones externas de la enfermedad, como deterioro de la imagen, déficit funcional, dependencia personal, incapacidad física temporal o definitiva, etc. ⁽¹⁸⁾

La condición física, funcional y el estado de salud general del paciente está determinado por la estadificación de la enfermedad, que de acuerdo al Instituto Nacional del Cáncer permite establecer la gravedad del cáncer, el tamaño del tumor y su diseminación. Se describen los siguientes estadios: ⁽¹⁴⁾

Estadio 0: Hay células anormales presentes que no se han diseminado al tejido cercano, no se considera cáncer, pero puede desarrollarse.

Estadio I, II, III: Hay cáncer presente. Según el tamaño y la extensión del tumor puede extenderse a los tejidos, órganos y ganglios linfáticos cercanos.

Estadio IV: El cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo.

Los sistemas de estadificación proporcionan un pronóstico, un estadio más alto se refiere a un cáncer más avanzado; de ahí que la selección del plan de tratamiento adecuado influye en la posibilidad de sobrevivencia.

c) Edad

Otro factor que dificulta el logro de un pronóstico favorable es la edad, aunque la relación no está totalmente clara. Según Patridge⁽²⁰⁾, el riesgo se asocia con los extremos de la edad, principalmente en relación al tratamiento y su deserción, pues encontramos que pacientes con menos de 45 y más de 75 u 85 años son los más vulnerables.

La edad avanzada representa un obstáculo en la adherencia al tratamiento puesto que generalmente son pacientes polimedcados, además está influenciado por condiciones psicosociales, como carencia de apoyo social y la incidencia cada vez mayor de trastornos cognitivos como pérdida de memoria. Patridge⁽²⁰⁾ indica que los pacientes con menos de 45 años, con cáncer en estadios tempranos, se perciben inmunes y por tanto tienen mayor riesgo que los adultos mayores de abandonar las terapias.

En lo que concierne a los adolescentes se los ha clasificado como el grupo etario que menos participa en el proceso de su salud, debido a que tienen una comprensión menos desarrollada de su enfermedad, se sienten menos vulnerables, por la conducta rebelde que los caracteriza y en desacuerdo con los padres o con las figuras de autoridad, presentan niveles más altos de negación para incluirse en las terapias. A diferencia de los niños que por lo general están bajo el control y cuidado de los padres y son quienes prácticamente toman las decisiones de mayor relevancia por sus hijos pequeños, debido a que no poseen de juicios de valor.⁽²⁰⁾

En un estudio realizado por Janssen Heijnen en pacientes adultos mayores con cáncer de pulmón, se encontró que el motivo más frecuentes para discontinuar los tratamientos oncológicos, es la respuesta negativa por parte de ellos y de sus familiares, lo cual obedece a una esperanza de vida corta o a una combinación entre edad avanzada, comorbilidad y pobre funcionalidad.⁽²⁰⁾

Debido a que el cáncer se presenta en todos los grupos de edad, se la considera un factor discriminante a la hora de aplicar los procedimientos curativos; numerosos estudios han demostrado una eficacia similar del tratamiento, una misma manifestación de los efectos secundarios y un igual índice de mortalidad entre los jóvenes y los mayores; por ello debe ser la edad biológica y no la

cronológica la que marque la pauta de tratamiento más conveniente, considerando la existencia de comorbilidad, fragilidad, discapacidad y dependencia.⁽³¹⁾

Existe actualmente una tendencia a limitar el tratamiento oncoespecífico, en cuanto a su intensidad y duración, no se están empleando modalidades terapéuticas combinadas y se ofrecen tratamientos modificados derivados de los esquemas convencionales, debido a una serie de criterios objetivos y subjetivos ligados a la edad.⁽³¹⁾

d) Género

Varios estudios mencionan algunas variables socio-demográficos y clínicas entre ellas el género, que emerge como modulador de la respuesta adaptativa al cáncer.⁽³²⁾

De hecho las mujeres obtienen las peores puntuaciones en la valoración de las dimensiones de calidad de vida global, sin embargo, en una muestra heterogénea de pacientes con cáncer de mama, pulmón, colon, cabeza y cuello, las mujeres informan un mayor bienestar funcional durante el tratamiento oncológico que los hombres. En pacientes con cáncer de tiroides, los hombres aparecen más severamente afectados en las dimensiones de funcionamiento físico, dolor corporal y rol emocional.⁽³²⁾

Al analizar los resultados de investigaciones que determinan al género como un factor pronóstico, habría que considerar la localización anatómica del tumor como una variable específica, observamos entonces que en el caso de cáncer de mama es mayor la presencia de malestar emocional en las mujeres que en los hombres, por alteración del factor estético, prevalece más la sintomatología ansiosa posterior a una mastectomía debido al impacto de distorsión de la imagen femenina ante la sociedad, provocando sentimientos de baja autoestima, entre otros.⁽³²⁾

2.3.5.2. Factores Psicológicos

a) Estados emocionales negativos:

Las reacciones comportamentales que se generan en el paciente al momento del diagnóstico de cáncer suele consistir en una respuesta inicial con un bloqueo, conformado con intensas respuestas emocionales tales como: tristeza, enojo, ansiedad, sentimientos de indefensión; seguido del hecho de saber que será sometido a tratamiento, lo cual crea sufrimiento emocional en el individuo porque modifica su capacidad funcional. ⁽⁸⁾

Los factores psicológicos incluyen desde diferentes formas de actuar, hasta una variedad de reacciones y síntomas como:

Miedo: El temor más grande que enfrenta el paciente es la incertidumbre de que pasará, cuánto tiempo le queda de vida, o como se va a desarrollar su enfermedad y el daño que esto acarreará. ⁽⁸⁾

El miedo está asociado a aseveraciones fatalistas acerca del cáncer, determinado por subjetividades negativas respecto a la efectividad de los medicamentos, afirmando que el cáncer tiene una esencia incurable por tanto los tratamientos no funcionan. ⁽²⁰⁾

Holland et al. ⁽¹⁷⁾ proponían “las seis Des” para resumir los miedos que conlleva enfrentarse a un diagnóstico de cáncer:

1. “Death”: La muerte es el temor inmediato posterior al diagnóstico.
2. “Dependency”: El miedo a no valerse por sí mismo y depender de los demás.
3. “Disfigurement”: Preocupación por la deformación de la apariencia y del esquema corporal, como consecuencia de la propia enfermedad o los tratamientos.
4. “Disability”: Sensación de incapacidad para llevar a cabo con los objetivos y metas planteadas a nivel familiar, social, laboral, económico.
5. “Disruption of interpersonal relationship”: Temor a la interrupción o rompimiento de las relaciones interpersonales importantes.

6. “Discomfort”: Dolor y sufrimiento físico en las últimas fases de la enfermedad.

Además Holland⁽¹⁷⁾ añade la “séptima D”, como consecuencia de las características de los tratamientos quimioterapéuticos, radioterapia y cirugía:

7. “Disengagement”: Retiro del entorno hospitalario una vez finalizado el tratamiento, y la reincorporación a una vida casi normal.

Ansiedad: Aparece cuando los factores estresantes superan nuestros recursos personales capaces de tolerarlos, provocando una respuesta desproporcionada a nivel del organismo. El 50% de los pacientes con cáncer presentan ansiedad, que se manifiesta al momento de realizarse pruebas de detección, al conocer el diagnóstico, por limitación funcional, carencia de apoyo social, y por el tipo de tratamiento que va a recibir. La ansiedad puede provocar síntomas físicos y psicológicos puede aumentar el dolor, provocar vómito, producir aislamiento y dependencia.⁽⁸⁾

Depresión: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales considera la depresión como la presencia de estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer en la ejecución de las actividades diarias, por un período de al menos dos semanas. El paciente oncológico es más propenso a la depresión porque su organismo experimenta alteraciones a nivel metabólico y endócrino, además el tratamiento tiende a modificar las respuestas inmunitarias, pudiendo presentar síntomas como pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, alteraciones en el sueño, dificultad de concentración, culpa inapropiada, fatiga, retardo psicomotor observable, pérdida de apetito y peso.⁽⁸⁾

Algunos investigadores han indicado que la depresión y la ansiedad podrían interferir en la decisión de voluntad del paciente para seguir con el tratamiento.⁽²⁰⁾

2.3.5.3. Factores Sociales

a) Falta de apoyo familiar y social

Entre los factores sociales y culturales que se comportan como elemento de riesgo para que el paciente no participe de forma activa en la búsqueda de soluciones a su enfermedad, ya sea colaborando en el tratamiento o mejorando su calidad de vida, sobresalen: el conflicto familiar, falta de ayuda por parte de los

miembros de la familia, el aislamiento social, comunicación deficiente con amigos y parientes. ⁽²⁰⁾

No sólo el paciente cursa cambios físicos y psíquicos, también la familia sufre una serie de alteraciones psicológicas y cada uno de los miembros puede reaccionar de forma diferente, pudiendo presentar crisis emocionales como consecuencia de la enfermedad y por la modificación en su estructura y funcionamiento; el diagnóstico oncológico representa para el paciente y su familia una situación especial de pruebas, tratamientos agresivos, limitaciones físicas, cambios psicosociales y de hábitos de vida.⁽²⁰⁾ Especialmente en algunas etapas del proceso de manejo del cáncer, las relaciones interpersonales son críticas llegando a romperse, provocando que los problemas se extiendan no solo a la familia inmediata, sino a los amigos, médicos y enfermeras. ⁽¹⁸⁾

Por otra parte, en algunos casos la sobreprotección hacia el paciente, también es un riesgo, este aspecto aún siendo comprensible impide el proceso de adaptación a la enfermedad, además limita al enfermo a realizar tareas que podría llevar a cabo con normalidad, haciéndolo sentir como un ser inútil. Es muy aconsejable que el paciente y los miembros de la familia hablen claramente para poder organizarse y colaborar a la vez.⁽³³⁾

b) Consumo de sustancias tóxicas:

Actualmente se reconoce que el consumo social de bebidas alcohólicas carece de efectos dañinos sobre la salud del consumidor, y se lo califica como factor protector para algunas afecciones, es sustentado por la ciencia cuando no se excede el tope estimado por la OMS de 12 g tres veces por semana. Los mecanismos protectores se basan en la producción de efectos antioxidantes, regulación endocrinometabólica, inducción de reductasas esteroideas que disminuyen el nivel de testosterona, presencia de sustancias antiinflamatorias y agonistas estrogénicos contenidas en el alcohol.⁽³⁴⁾

Es importante señalar que estos efectos positivos son mucho más eficientes en casos de afecciones cardiovasculares, no así en los procesos cancerosos, recientemente se ha refutado en estudios metaanalíticos con hallazgos relevantes de que aún en dosis muy moderadas el consumo de alcohol representa factor de

alto riesgo oncológico, por sus componentes altamente tóxicos como las nitrosaminas incluidos en las bebidas como el vino y la cerveza.⁽³⁴⁾

Estudios previos muestran que cuando los regímenes terapéuticos recomendados implican cambios en los hábitos comportamentales, mayor es el nivel de incumplimiento por parte del paciente. Empezar a tomar medicamentos y tener que dejar de fumar o reducir el consumo del alcohol, produce una baja adherencia a los tratamientos. Por ejemplo el tratamiento adecuado después de la cirugía oncológica suele incluir sesiones de radioterapia y ciclos de quimioterapia, cuyo efecto se reduce o puede causar interacción medicamentosa por ingesta de sustancias como alcohol o tabaco.⁽²⁰⁾

c) Uso de medicina complementaria y alternativa:

El uso de medios tradicionales de curación precedido por creencias supersticiosas es otro factor que influye en el pronóstico del cáncer.⁽²⁰⁾ Las terapias complementarias y alternativas son percibidas por los pacientes como efectivas o inocuas, representan una opción muy frecuente para el tratamiento de la mayoría de las patologías, la cual es auto formulada por el enfermo o formulada paralelamente por especialistas en este tipo de medicina.⁽³⁵⁾

Debido a la idealización de la sociedad respecto al cáncer, las personas se acogen a una amplia gama de este tipo de terapias por el trasfondo cultural y religioso que las caracteriza, en un esfuerzo por prolongar su existencia o disminuir sus sufrimientos.⁽³⁵⁾ A su vez los promotores de dichas prácticas terapéuticas sostienen que son poco tóxicas, libres de exposición química, asumen que tienen el propósito de limpiar el cuerpo estimulando sus defensas naturales, destruyendo tumores y curando la enfermedad, afirman que sus niveles de seguridad son relativamente altos en comparación con los tratamientos ortodoxos.⁽³⁵⁾

En lo que concierne a estudios de frecuencia Richardson⁽³⁵⁾ y colaboradores, reportan en una encuesta realizada a 453 personas con cáncer que el 83,3% había usado al menos una vez terapias complementarias y alternativas. En un estudio similar efectuado en 46 pacientes con cáncer prostático, se informó que el 37% usó medicina complementaria y alternativa como parte de su tratamiento. Identificando inclusive que los factores que determinan el uso habitual de este

tipo de terapias son el género femenino, edades entre 35 y 59 años, el nivel de escolaridad, estado avanzado de la enfermedad, influencia de un familiar o amigo con cáncer y asistir a grupos de apoyo o consejería.

Debido al creciente uso de estas terapias para tratar el cáncer, los centros especializados como el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) y el Centro Nacional para la Salud Complementaria e Integrativa (NCCIH) están patrocinando una serie de ensayos clínicos con el fin de evaluar dichas terapias, puesto que la mayoría de estas combinan productos naturales, estimulación inmunológica, dietas especiales, minerales y enzimas, complementos vitamínicos, desintoxicación, oxigenación, regímenes psicológicos o espirituales para promover una curación gradual.⁽³⁶⁾

Un pequeño grupo de terapias de la Oficina de Medicina Complementaria y Alternativa para Cáncer del NCI, que en un comienzo se consideraron enfoques alternativos hoy por hoy están tomando lugar en el tratamiento del cáncer no como curas sino como terapias complementarias, ayudando al paciente a sentirse mejor y recuperarse más rápido, un ejemplo es la acupuntura, musicoterapia, aromaterapia, hipnosis, acupresión, relajación. Según un panel de expertos del NCCIH⁽³⁵⁾, mostró que la acupuntura es eficaz en el manejo de la náusea, vómito y dolor relacionado con la quimioterapia y procesos quirúrgicos, por el contrario algunos sistemas como el uso de plantas medicinales como Laetrile o amigdalina han mostrado ser ineficaces y potencialmente dañinos. Adicionalmente, en los medios de comunicación se han difundido terapias de reciente aparición con un mercado exclusivo, es importante reconocer que estas publicidades no se rigen estrictamente a un criterio científico.

Según creencias populares estas terapias no tienen efectos adversos, no obstante algunas evidencias sugieren que podrían ser perjudiciales. El Instituto Nacional de Cáncer y estudios realizados en centros especializados de Estados Unidos, en sus resultados corroboran que los complementos alimenticios, herbarios y vitaminas no tienen efectividad en el tratamiento y además causan interacción con los medicamentos de la terapia de base, disminuyendo la eficacia de la quimioterapia o radioterapia e incrementando sus efectos secundarios,

pudiendo ser nocivos cuando se tomen solos, con otras sustancias o en grandes dosis.^{(35) (36)}

d) Relación del equipo médico y paciente.

De acuerdo al criterio de autores en investigaciones previas, los problemas de comunicación tienen un impacto negativo en el proceso de toma de decisiones en los pacientes con cáncer. La escasa información acerca de las ventajas y desventajas de los métodos curativos, influye notablemente en la adherencia al tratamiento, poniendo en peligro la salud e incluso la vida del paciente.⁽²⁰⁾

Con relación al eje étnico, el personal de salud en general no ha sido sensible ante la diversidad sociocultural, en cuanto a la forma en que los pacientes culturalmente reconocen, definen y expresan sus síntomas; produciendo una actitud negativa hacia el personal sanitario, esta insatisfacción con los cuidados recibidos constituye una de las razones primarias para desistir de la ayuda médica, lo que puede causar demora en el seguimiento y tratamiento médico.⁽²⁰⁾ En consecuencia el paciente no tendrá una adecuada rehabilitación con un consiguiente aumento de los síntomas y avance de la enfermedad afectando su calidad de vida. En realidad esto supone altos costos de carácter biológico, psicológico y social para el paciente y económico para el sistema de salud.⁽²⁰⁾

En otro ámbito relativo a la política de comunicación, es frecuente que la primera reacción del paciente ante la noticia que sus médicos le proporcionan respecto al diagnóstico sea la negación y que busque otras opiniones para ratificar la información. El hecho de comunicar el diagnóstico y el pronóstico del cáncer ha generado discusiones entre los galenos, argumentan que el paciente tiene derecho a saber la verdad pero también derecho a no saberla si no lo desea, infiriendo que el paciente mejor informado es aquel que sabe lo que quiere saber.⁽⁸⁾

En cualquiera de estas circunstancias, el objetivo principal es que el paciente conozca sobre su estado de salud para que contribuya en el proceso terapéutico, en busca de mejorar su condición de vida⁽⁸⁾, resaltando la importancia en el cumplimiento de sesiones prescritas, con la periodicidad y con la frecuencia indicada, mucho más si se considera que un paciente que interviene junto con el profesional de la salud, tiene una alta probabilidad de sobrevivir.⁽²⁰⁾

2.4 HIPÓTESIS

Los factores físicos, psicológicos y sociales actúan como agentes protectores y de riesgo influyendo en la evolución del pronóstico de la enfermedad oncológica.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores protectores y de riesgo en usuarios del servicio de oncología del hospital “José Carrasco Arteaga”, período septiembre 2017-enero 2018

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a la población objeto de estudio según variables sociodemográficas.
- Identificar los factores físicos, psicológicos y sociales que intervienen como agentes protectores y de riesgo en el proceso de evolución del cuadro clínico de la enfermedad oncológica.
- Proporcionar la información del presente estudio al servicio de oncología del HJCA para contribuir a futuras investigaciones.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

4.1.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio de investigación descriptivo, retrospectivo, tiene un abordaje cuantitativo de corte transversal, el método de selección de muestra utilizado es el probabilístico con la técnica de muestreo aleatorio simple; se ejecutó a través de una ficha de recolección de datos desde la historia clínica y el sistema digital médico AS/400 de los usuarios del servicio de oncología del Hospital José Carrasco Arteaga.

4.1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Nombre de la Institución: Hospital de Especialidades “José Carrasco Arteaga”.

Provincia: Azuay

Ciudad: Cuenca

Dirección: Sector Monay entre las calles Av. Rayoloma, Cuzco, Popayán y Pacto Andino.

FOTO N°1

Vista frontal del Hospital “José Carrasco Arteaga”



Fuente: Hospital José Carrasco A. Disponible en: www.iess.gob.ec

Ubicación geográfica

FOTO N°2



Fuente: Hospital José Carrasco A. Disponible en: www.iess.gob.ec

MISIÓN

Brindar servicios de salud de especialidades a los afiliados y demás ciudadanos de la Red Pública Integral de Salud, como unidad de tercer nivel y centro asistencial docente, con un equipo de profesionales con principios y valores, comprometidos, capacitados y actualizados, equipos médicos de alta tecnología y una cartera de servicios orientada a la problemática de Salud Nacional, que garantice una atención integral con calidad, calidez y eficiencia, dentro del marco de la política del Sistema Nacional de Salud, que a su vez vele por la seguridad de los usuarios internos.

VISIÓN

Ser una unidad bajo el cumplimiento de normativas y estándares de calidad con responsabilidad social y ambiental que garanticen la satisfacción del paciente, consolidándose en uno de los mejores centros de atención de Nivel III del país, y referencia nacional en trasplante de órganos, optimizando tiempos de atención a los pacientes y buscando una excelencia en prestación de servicios de salud

Actividad: Ofrece servicios atención en salud de especialidades de tercer nivel, las 24 horas del día, 7 días a la semana, 365 días al año.

Importancia: El Hospital José Carrasco Arteaga tiene su importancia al brindar servicios en salud de tercer nivel, con preparación científica, tecnológica, financiera y administrativa que permite y garantiza la prestación de servicios y acciones de salud a niveles superiores de atención, a los afiliados y beneficiarios del Sistema de Seguridad Social, con una capacidad resolutive de un aproximado de 30.000 pacientes al año según datos del sistema AS/400.

Cobertura: Pacientes afiliados en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y ciudadanía de la Red Pública Integral de salud.

Ubicación administrativa y área donde se realiza el estudio: Unidad de Oncología y Radioterapia, ubicada en la planta baja con dirección oeste. ⁽³⁷⁾

UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA

FOTO N°3



Fuente: Unidad de Radioterapia. Disponible en www.google.com

a) Antecedentes:

El área de Oncología ofrece sus servicios desde noviembre de 2013, en: consulta externa, hospitalización y radioterapia para pacientes diagnosticados con cáncer. Dispone de un equipamiento con tecnología de punta para brindar servicios en oncología clínica, cirugía, radioterapia, medicina interna, psico oncología.⁽³⁷⁾

Esta unidad de salud ha atendido a 16.000 pacientes en consulta externa, ha realizado 3000 procedimientos de cirugía mayor o menor en pacientes oncológicos, 190 procedimientos de tomografía de planificación de radioterapia, 14.300 campos de tratamiento de radioterapia y 1400 procedimientos de quimioterapia intrahospitalaria y ambulatoria, diariamente se atienden 200 pacientes.⁽³⁷⁾

Cuenta con un tomógrafo simulador de planificación de tratamiento de radioterapia; un acelerador lineal dual elekta para administración de tratamientos; sistemas de software y hardware para planificación de radioterapia tridimensional conformacional; y sistemas de densitometría absoluta y relativa para control de calidad.⁽³⁷⁾

b) Talento Humano:

2 Médicos Oncólogos Clínicos

3 Médicos Cirujanos Oncólogos

2 Médicos Radioterapeutas

1 Psicólogo Oncólogo

1 Médico Internista

1 Cirujano plástico

2 Licenciadas en Enfermería

4 Licenciadas en Imagen con entrenamiento en radioterapia

2 Físicos médicos

3 Auxiliares de Enfermería

Personal de servicios generales

Personal administrativo

c) Horario de atención: La unidad funciona en horario diurno de lunes a viernes de 07:00am a 19:00pm.

d) Infraestructura Física:

Consultorios de oncología clínica, cirugía oncológica, y radioterapia

Estación de Enfermería

Sala de sesiones para radioterapia

Sala para Tac-Simulación

Sala para procedimientos de enfermería

Sala de recepción y espera

Auditorio

Baños para pacientes y personal

Bodega de insumos

4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

La población en la que se llevó a efecto la investigación corresponde a los usuarios del servicio de Oncología del área de consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga, con un universo de 1000 pacientes indistintamente de la edad, género, tipo de cáncer y tratamiento; atendidos en el período desde el 15 de octubre hasta el 15 de diciembre de 2017.

4.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO MUESTRAL: La muestra se obtuvo mediante muestreo aleatorio.

Al ser una amplia población se trabajó aplicando el cálculo de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times a \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times a \times p \times q}$$

Donde:

N= El total de la población

Z²a= 1,96² seguridad deseada del 95%

p= proporción esperada (5% o 0,05)

q= 1-p (en este caso 1- 0,05 = 0,95)

d = precisión (en este caso se desea el 3%)

En este estudio se utilizó:

Seguridad= 95%

Precisión: 3%

Proporción esperada = valor p= 0,5 (50%) que maximiza el tamaño muestral:

$$n = \frac{1000 \cdot 1.96^2 \cdot 0.05 \cdot 0.95}{0.03^2 (1000-1) + 1.96^2 \cdot 0.05 \cdot 0.95} = 168$$

4.2 CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.2.1 CRITERIO DE INCLUSIÓN:

-Todos los pacientes que acuden al servicio de oncología de consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga, de todas las edades, del género femenino y masculino, atendidos en todas las especialidades oncológicas con cualquier tipo de cáncer y tratamiento.

4.2.2 CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

-Fichas con datos incompletos de los pacientes.

4.3 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

4.3.1 TÉCNICA E INSTRUMENTO

Ficha de registro de datos: Validada por expertos en la materia, útil para extraer los datos presentados en la historia clínica individual y cumplir con los objetivos de la investigación.

4.4 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS

4.4.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En primera instancia mediante oficio respaldado por la Universidad se solicitó autorización al personal responsable del HJCA para el acceso a la información requerida desde las historias clínicas o el sistema AS/400, y obtener datos de los pacientes durante el período 15 de octubre al 15 de diciembre de 2017.

4.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable de estudio

-Enfermedad oncológica

Variabes de caracterización

-Factores físicos, psicológicos y sociales

CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<i>Diagnóstico oncológico</i>	Procedimiento por el cual se identifica una entidad oncológica o el estado de salud.	Diagnóstico médico	Cáncer de: -mama -próstata -útero -piel -tiroides -ovario -colo-rectal -vejiga -gástrico -cabeza y cuello -páncreas	-Si -No



			-pulmón	
<i>Edad del paciente</i>	Tiempo cronológico transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la actualidad	Cronológica	Años cumplidos registrados en historia clínica	< de 18 18 a 30 31 a 50 51 a 70 70 a 90
<i>Escolaridad</i>	Grado de conocimientos adquiridos	Nivel de educación	-Primaria incompleta -Primaria completa -Bachillerato incompleto -Bachillerato completo -Universidad completa -Universidad incompleta	-Si -No
<i>Sexo</i>	Es la composición de la población en hombres y mujeres	Biológica	Fenotipo registrado en la historia clínica	-Masculino -Femenino
<i>Ocupación laboral</i>	Actividad laboral o tipo de trabajo que realiza la persona	-Hogar -Empleado (a) -Trabajador independiente -Estudiante -Jubilado	Actividad laboral registrada en historia clínica	-Si tiene actividad laboral -No tiene actividad laboral
<i>Estado civil</i>	Condición que caracteriza los vínculos personales de una persona con un individuo de otro sexo	<i>Social</i>	Estado civil registrado en historia clínica	Soltero (a) Casado (a) Separado (a) Divorciado(a) Viudo (a) Unión libre
<i>Procedencia</i>	Lugar de origen	Área Geográfica	Registro establecido en la historia clínica	-Provincia -Otra provincia -Extranjero
<i>Religión</i>	Creencias religiosas, normas de comportamiento y ceremonias de oración propias del ser humano con las que reconoce una relación con la divinidad.	Espiritual	Creencias y valores religiosos	-Católica -Evangélica -Otra -Ninguna
<i>Tratamiento</i>	Medios (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya	-Quimioterapia -Radioterapia -Cirugía Oncológica	Tipo de tratamiento recibido registrado en	-Recibe -No recibe



<i>oncológico</i>	finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.	-Seguimiento	historia clínica	
<i>Estado de salud</i>	Condiciones médicas obtenidas de los cuidados de salud.	Salud	Registro establecido en la Historia Clínica	-Bueno -Regular -Malo
<i>Estadio de la enfermedad</i>	Período de una enfermedad en el que los síntomas se manifiestan con mayor intensidad.	Salud	Etapas de la enfermedad registrado en historia clínica	-Estadio 0 -Estadio I -Estadio II -Estadio III -Estadio IV
<i>Efectos Emocionales</i>	Son los modos en como el sujeto se ve afectado por lo que experimenta.	Depresión Estrés Ansiedad Autoestima Optimismo Esperanza	Efectos secundarios registrados en la historia clínica	-No presenta -Leve -Moderado -Severo
<i>Efectos Sociales</i>	Dinámica e interacción entre las personas, familias, grupos, mediante la comunicación.	Relaciones familiares Relaciones sociales Aislamiento social	Efectos secundarios registrados en la historia clínica	-Nada -Poco -Bastante -Mucho
<i>Efectos físicos</i>	El paciente presenta cambios y efectos secundarios debido a la enfermedad	Náuseas Vómito Dolor Pérdida de peso	Efectos secundarios registrados en la historia clínica	-Siempre -Algunas veces -Nunca
<i>Estilos de vida</i>	Actitudes y comportamientos que desarrollan las personas para satisfacer sus necesidades.	-Uso medicina complementaria -Alcohol -Tabaco -Ejercicio físico -Alimentación adecuada -Adherencia al tratamiento -Ninguno	Registro establecido en la historia clínica	-Realiza -No realiza

4.6 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez determinada la población de estudio, se recolectaron los datos por medio de fichas para posteriormente analizarlas por separado en la base de datos en el programa SPSS y EXCEL, aplicando medidas de tendencia central. Se utilizaron tablas para analizar los resultados de cada variable en base a frecuencias y porcentajes; finalmente se elaboró una tabla de frecuencias de factores de riesgo y protectores, analizados mediante asociación de predominio entre variables cuantitativas y cualitativas.

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

Alusivo a los aspectos ético-legales relacionados al manejo de la información y la realización de la investigación, las respectivas fases de recolección de datos se siguieron dentro de las normas establecidas por el Hospital José Carrasco Arteaga, según los requerimientos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en salud. Previa solicitud escrita avalada por la Universidad Católica de Cuenca, dirigida al Dr. Marco Rivera, Coordinador General de Investigación, se aprobó el proyecto al tratarse de una intervención que no constituye riesgo a la integridad física, psicológica y social del grupo objeto de estudio.

Autorizando el acceso a las diferentes dependencias fuentes de información, como son la Unidad Técnica de Oncología y Radioterapia para la revisión de historias clínicas, Coordinación General de Planificación y Estadísticas proveyendo los diagnósticos CIE-10, Coordinación TIC's con la clave de usuario y contraseña para el sistema médico AS/400; instancias que otorgaron información con la mayor optimización de recursos.

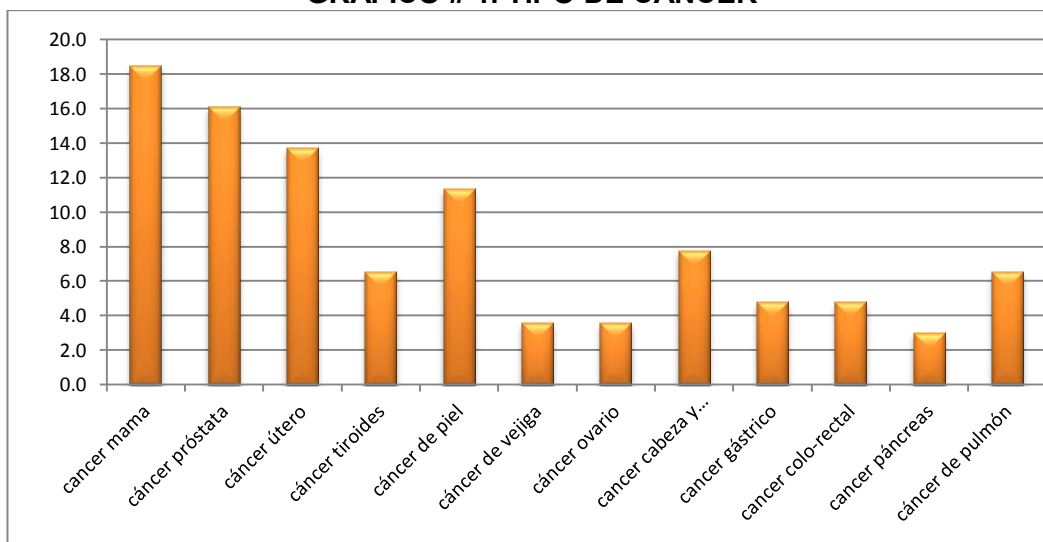
5.2 TABLAS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

TABLA # 1. TIPO DE CÁNCER

Tipo de cáncer	Frecuencia	Porcentaje
cáncer mama	31	18,5%
cáncer próstata	27	16,1%
cáncer útero	23	13,7%
cáncer tiroides	11	6,5%
cáncer de piel	19	11,3%
cáncer de vejiga	6	3,6%
cáncer ovario	6	3,6%
cáncer cabeza y cuello	13	7,7%
cáncer gástrico	8	4,8%
cáncer colo-rectal	8	4,8%
cáncer páncreas	5	3,0%
cáncer de pulmón	11	6,5%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga.

GRÁFICO # 1. TIPO DE CÁNCER



Fuente: Tabla #1

Autora: Jessica Rodríguez

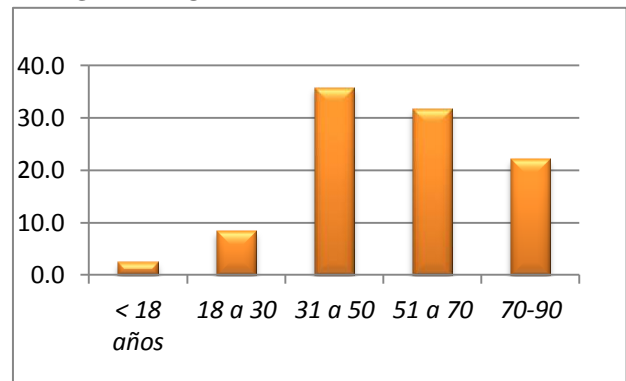
Los resultados obtenidos referentes al tipo de cáncer fueron los siguientes: con porcentajes mayores están presentes el cáncer de mama 31%, cáncer de próstata 27%, cáncer de útero 23%; lo que indica que son los cánceres que afectan con mayor frecuencia a los pacientes, colocándolos en situación de riesgo por las características propias de la enfermedad ya sea por su alta incidencia y mortalidad.

TABLA #2. EDAD DEL PACIENTE

Edad	Frecuencia	Porcentaje
< 18 años	4	2,4%
18 a 30	14	8,3%
31 a 50	60	35,7%
51 a 70	53	31,5%
70-90	37	22,0%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga.

GRÁFICO #2. EDAD DEL PACIENTE



Fuente: Tabla #2

Autora: Jessica Rodríguez

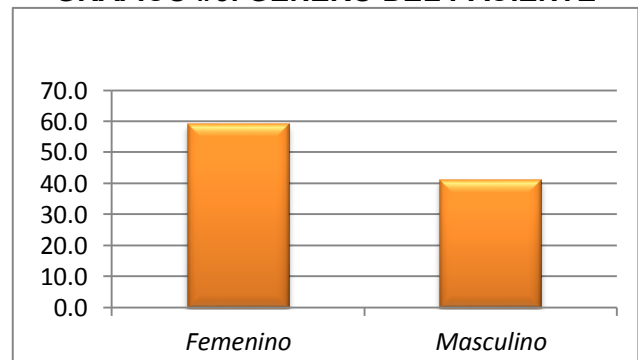
Respecto a la edad del paciente, los resultados obtenidos fueron: un porcentaje mayoritario 35.7 % se encuentra en las edades comprendidas entre 31 a 50 años, en tanto que un 2.4% corresponde a los pacientes menores a 18 años. Lo que hace que sea un agente positivo, si analizamos que durante esta fase cronológica el ser humano ha conseguido una madurez biológica, fisiológica y psicológica, facilitando su rehabilitación, a diferencia de ciclos de edades más tempranas o mayores. A su vez puede constituirse un factor de riesgo ya que es considerada la edad de productividad laboral del individuo.

TABLA #3. GÉNERO DEL PACIENTE

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	99	58,9%
Masculino	69	41,1%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga.

GRÁFICO #3. GÉNERO DEL PACIENTE



Fuente: Tabla #3

Autora: Jessica Rodríguez

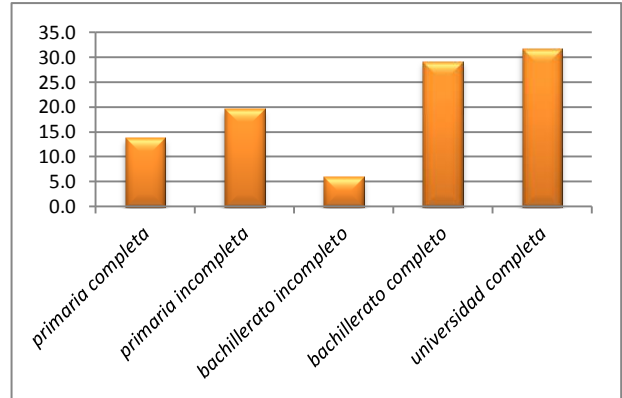
En la tabla y gráfico 3 que hace referencia al género, se observa que el género femenino es el más afectado con un porcentaje de 58.9%, mientras que 41.1% corresponde al género masculino. Al comparar las variables tipo de cáncer y sexo, se explica la prevalencia de cáncer de mama y útero, por lo que se deduce son factores de riesgo.

TABLA # 4. GRADO DE ESCOLARIDAD

Grado de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Completa	23	13,7%
Primaria Incompleta	33	19,6%
Bachillerato Incompleto	10	6,0%
Bachillerato Completo	49	29,2%
Universidad Completa	53	31,5%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga.

GRÁFICO # 4. GRADO DE ESCOLARIDAD



Fuente: Tabla #4
Autora: Jessica Rodríguez

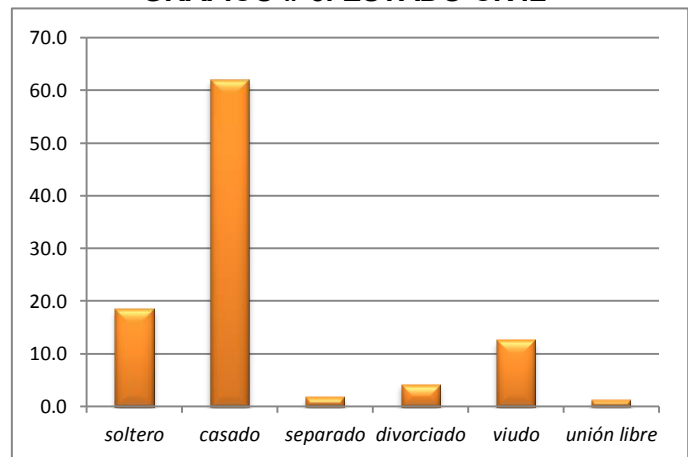
El ítem escolaridad revela que la instrucción educativa con mayor porcentaje es universidad completa en un 31,5% frente a una minoría del 6,0% con bachillerato incompleto. El nivel de educación de una persona funciona como agente protector, en cuanto que los conocimientos que tiene de sí mismo y del medio permite su participación en la prevención de enfermedades, curación y rehabilitación de la salud, ejecución de prácticas saludables y mejores relaciones con el entorno.

TABLA # 5. ESTADO CIVIL

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	31	18,5%
Casado	104	61,9%
Separado	3	1,8%
Divorciado	7	4,2%
Viudo	21	12,5%
Unión Libre	2	1,2%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga

GRÁFICO # 5. ESTADO CIVIL



Fuente: Tabla #5
Autora: Jessica Rodríguez

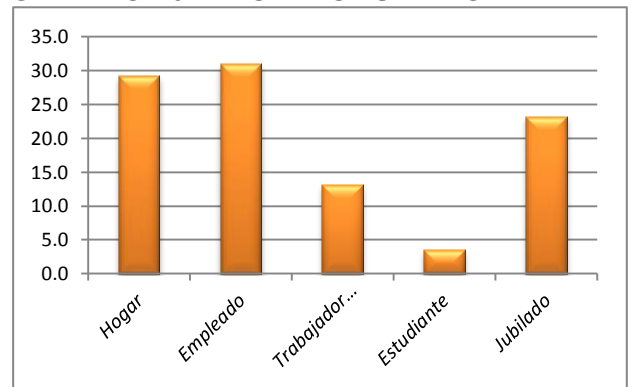
Los resultados indican un alto porcentaje para las personas de estado civil casado con un 61,9%. Se lo identifica como factor protector ya que el conyugue representa un pilar fundamental de soporte a nivel físico, emocional, económico, social y moral; puesto que cumple funciones de acompañante o cuidador en la medida que suple las necesidades básicas del paciente.

TABLA #6. TIPO DE OCUPACIÓN

Tipo de ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	49	29,2%
Empleado	52	31,0%
Trabajador independiente	22	13,1%
Estudiante	6	3,6%
Jubilado	39	23,2%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga.

GRÁFICO #6. TIPO DE OCUPACIÓN



Fuente: Tabla #6
Autora: Jessica Rodríguez

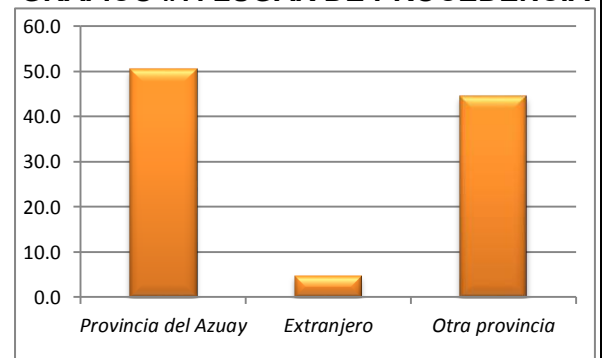
Una gran cantidad de pacientes que representan el 31%, realizan actividades laborales como empleados, frente a un 13.1% que trabajan como trabajadores independientes o en libre ejercicio profesional. Se determina como riesgo ya que limita la asistencia de los pacientes a las terapias o citas médicas, debido al factor tiempo al tener que cumplir con los horarios de trabajo. Adicionalmente se convierte en un elemento de riesgo porque el individuo se ve obligado a apelar por la jubilación anticipada, reprimiendo su rol social prematuramente.

TABLA #7. LUGAR DE PROCEDENCIA

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Provincia del Azuay	85	50,6%
Extranjero	8	4,8%
Otra provincia	75	44,6%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga.

GRÁFICO #7. LUGAR DE PROCEDENCIA



Fuente: Tabla #7
Autora: Jessica Rodríguez

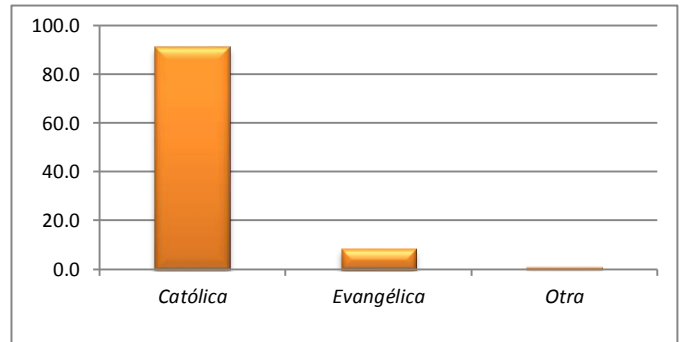
Los datos de la tabla y gráfico 7, indican que el 50.6% de personas son procedentes y residentes de la Provincia del Azuay, versus el 4.8% que provienen del extranjero. Lo cual es un factor positivo porque al estar ubicados cerca de la casa de salud favorece la asistencia a los controles médicos de manera regular y oportuna, y una mejor sujeción a los tratamientos.

TABLA # 8. TIPOS DE CREENCIA RELIGIOSA

Creencia religiosa	Frecuencia	Porcentaje
Católica	153	91,1%
Evangélica	14	8,3%
Otra	1	0,6%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga

GRÁFICO # 8. TIPOS DE CREENCIA RELIGIOSA



Fuente: Tabla #8
Autora: Jessica Rodríguez

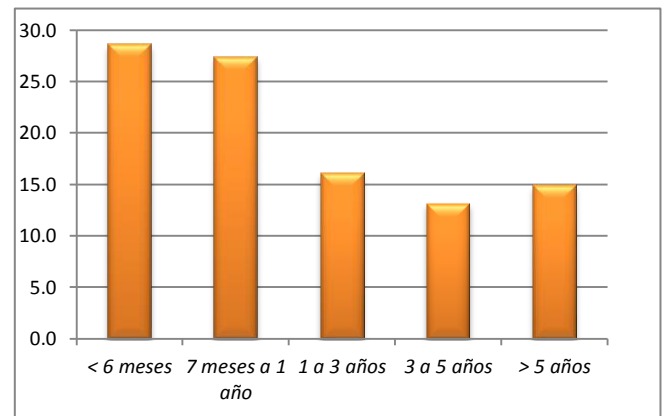
De las 168 personas estudiadas el 91.1% es de la religión católica, un 8.3% de la población es evangelista, y solo un 0.6% corresponde a otro tipo de religión. Se atribuye como factor de protección por cuanto fortalece el eje espiritual de la persona, dado que es parte de su vivencia y sus creencias.

TABLA # 9. TIEMPO DE DIAGNÓSTICO

Tiempo de diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
< 6 meses	48	28,6%
7 meses a 1 año	46	27,4%
1 a 3 años	27	16,1%
3 a 5 años	22	13,1%
> 5 años	25	14,9%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga

GRÁFICO # 9. TIEMPO DE DIAGNÓSTICO



Fuente: Tabla #9
Autora: Jessica Rodríguez

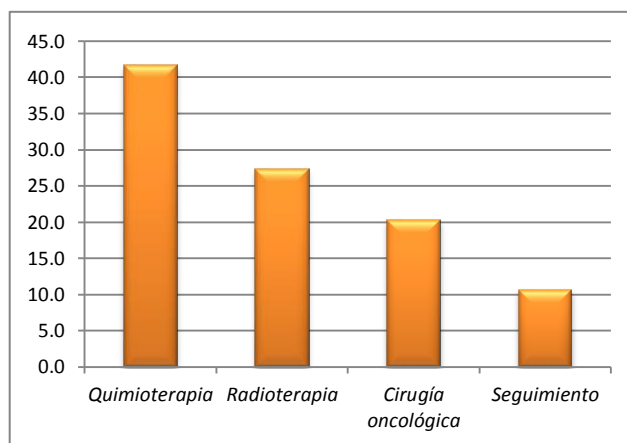
Los resultados revelan porcentajes mayores para las personas con un tiempo de diagnóstico de cáncer menor a 6 meses con un 28.6%, seguido de una mínima diferencia está el diagnóstico entre 7 meses a 1 año con el 27.4%, mientras que el menor porcentaje corresponde al tiempo de diagnóstico comprendido entre 3 a 5 años con 13.1%. Se establece como un agente protector debido a que mientras menor sea el tiempo de desarrollo de la enfermedad, mayor es la probabilidad de recuperación.

TABLA #10. TIPO DE TRATAMIENTO

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Quimioterapia	70	41,7%
Radioterapia	46	27,4%
Cirugía oncológica	34	20,2%
Seguimiento	18	10,7%
Total	68	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga

GRÁFICO #10. TIPO DE TRATAMIENTO



Fuente: Tabla #10

Autora: Jessica Rodríguez

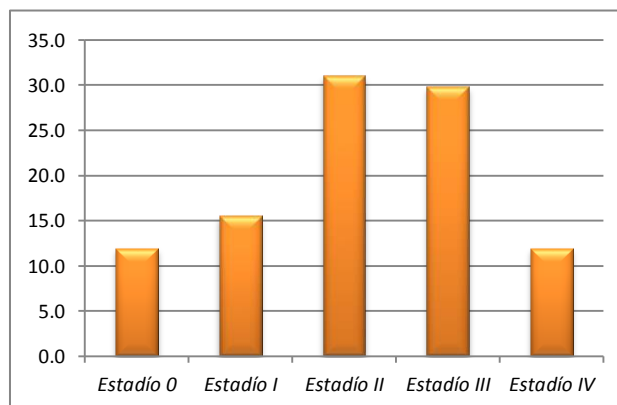
Referente al tipo de tratamiento, se evidencia que la Quimioterapia es el tratamiento más utilizado en los pacientes oncológicos con un 41.7%, en un menor número representado por el 10.7% se realizan seguimientos post-tratamientos o de control. Este tipo de tratamiento se determina como factor de riesgo por la severidad de sus efectos secundarios, en comparación con otros procedimientos, resultan ser más agresivos deteriorando la estructura corporal y funcional del paciente.

TABLA #11. ESTADO DE LA ENFERMEDAD

Estado de la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Estadío 0	20	11,9%
Estadío I	26	15,5%
Estadío II	52	31,0%
Estadío III	50	29,8%
Estadío IV	20	11,9%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga

GRÁFICO #11. ESTADO DE LA ENFERMEDAD



Fuente: Tabla #11

Autora: Jessica Rodríguez

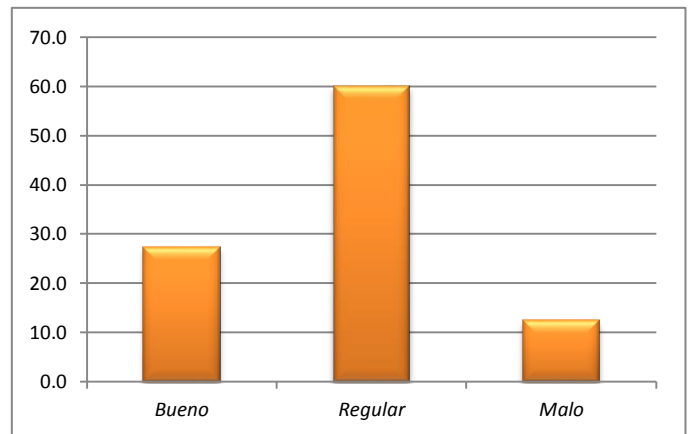
Se puede notar como un alto porcentaje de pacientes, correspondiente al 31.0% presentan cáncer en Estadío II, con un mínima variación de porcentaje sigue el Estadío III con un 29.8%, en tanto que el Estadío 0 está presente en el 11.9% de los sujetos. Por lo cual se traduce en un factor de riesgo ya que implica cambios anatomofisiológicos importantes y el uso de tratamientos invasivos, repercutiendo en la calidad de vida del individuo.

TABLA # 12. ESTADO DE SALUD

Estado de salud	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	46	27,4%
Regular	101	60,1%
Malo	21	12,5%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga

GRÁFICO # 12. ESTADO DE SALUD



Fuente: Tabla #12
Autora: Jessica Rodríguez

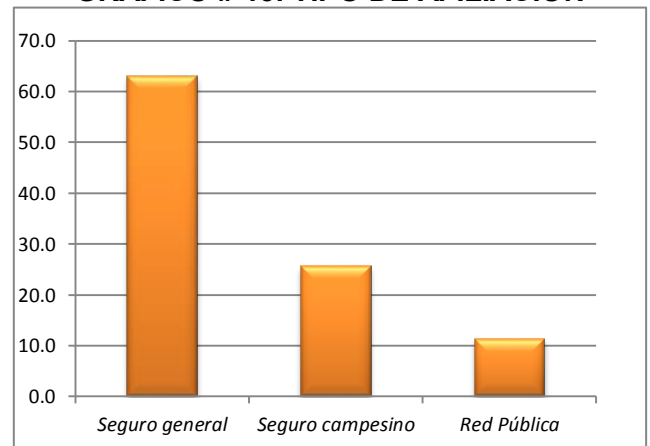
Los resultados que arrojan la tabla y gráfico 12 respecto al estado de salud, muestran que el 60.1% de los pacientes presentan un estado de salud regular, en relación al estado de salud bueno con un 27.4%. Este factor de riesgo está vinculado con la etapa del cáncer, mientras mayor sea el grado de enfermedad, menor será el estado de salud de la persona.

TABLA # 13. TIPO DE AFILIACIÓN

Tipo de afiliación	Frecuencia	Porcentaje
Seguro general	106	63,1%
Seguro campesino	43	25,6%
Red Pública	19	11,3%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga

GRÁFICO # 13. TIPO DE AFILIACIÓN



Fuente: Tabla #13
Autora: Jessica Rodríguez

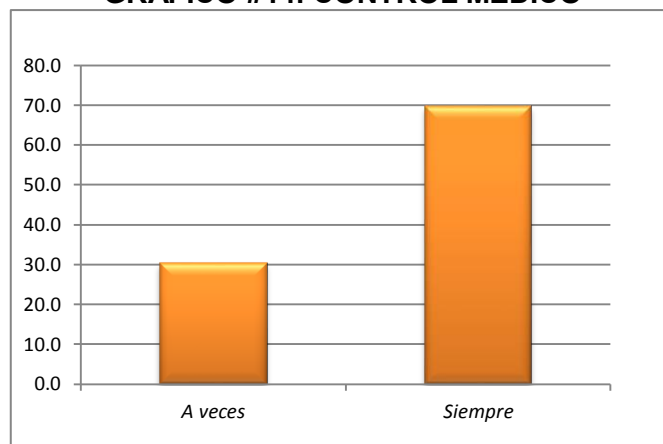
Los datos nos indican que existe un porcentaje mayor de pacientes afiliados al seguro general (IESS) con un 63.1%, en un número menor están los pacientes que pertenecen a la Red pública de salud con un 11.3%. El acceso oportuno a programas de prevención, curación y rehabilitación lo convierte en un mecanismo de protección en virtud de las características propias del sistema de salud como son nivel de cobertura, fuentes de financiamiento, recursos humanos, físicos y materiales.

TABLA #14. CONTROL MÉDICO

Control médico	Frecuencia	Porcentaje
A veces	51	30,4%
Siempre	117	69,6%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga

GRÁFICO #14. CONTROL MÉDICO



Fuente: Tabla #14

Autora: Jessica Rodríguez

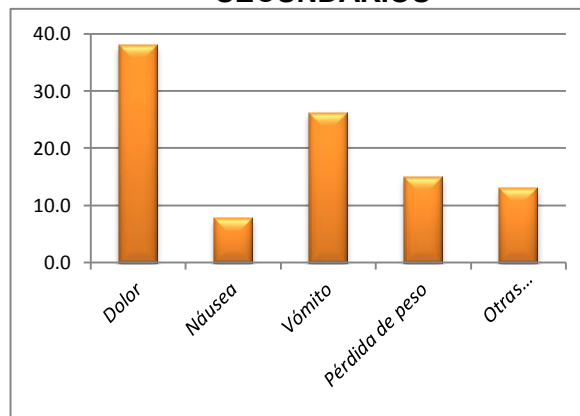
En relación al control médico los resultados demuestran que el 69.6 % de pacientes asisten siempre a las consultas de seguimiento y control; y un menor porcentaje perteneciente al 30,4% asiste a veces. En este sentido el control médico se torna un factor protector ya que los pacientes que acuden frecuentemente a las citas médicas tienen un mejor cumplimiento en el tratamiento, mejor control de los efectos secundarios y sus complicaciones y un mayor control de la situación.

TABLA #15. EFECTOS FÍSICOS SECUNDARIOS

Efectos físicos	Frecuencia	Porcentaje
Dolor	64	38,1%
Náusea	13	7,7%
Vómito	44	26,2%
Pérdida de peso	25	14,9%
Otras complicaciones	22	13,1%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga

GRÁFICO # 15. EFECTOS FÍSICOS SECUNDARIOS



Fuente: Tabla #15

Autora: Jessica Rodríguez

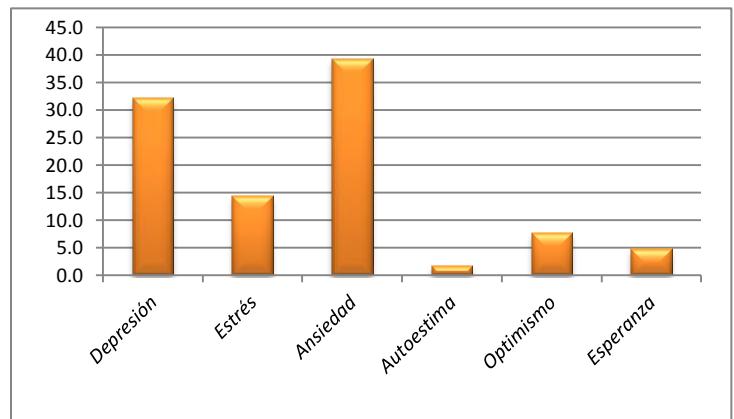
Observamos que los efectos físicos que manifiestan frecuentemente los pacientes con un alto porcentaje son dolor 38.1% y vómito con 26.2%; en un porcentaje mínimo los pacientes refieren náusea con un 7.7%. Se muestra como factor de riesgo por cuanto estos efectos producidos por la enfermedad o por el tratamiento, influyen negativamente sobre la calidad de vida y estado de salud del paciente.

TABLA# 16. EFECTOS PSICOLÓGICOS SECUNDARIOS

Efectos psicológicos	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	54	32,1%
Estrés	24	14,3%
Ansiedad	66	39,3%
Autoestima	3	1,8%
Optimismo	13	7,7%
Esperanza	8	4,8%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga

GRÁFICO #16. EFECTOS PSICOLÓGICOS SECUNDARIOS



Fuente: Tabla #16
Autora: Jessica Rodríguez

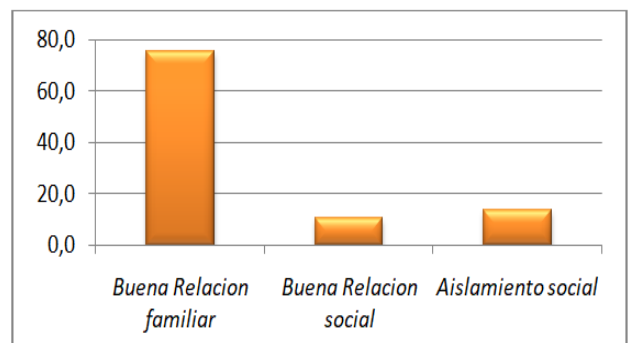
Los resultados muestran que los efectos emocionales negativos manifestados frecuentemente por los pacientes en un alto porcentaje son: ansiedad 39.3%, seguido por la depresión con un 32.1%. Por otra parte los síntomas emocionales positivos presentes con menor porcentaje son optimismo con 7.7% y sentimientos de esperanza con 4.8%. Debido a que el puntaje mayor se presenta en los efectos negativos se comprende que es un factor de riesgo por la repercusión sobre el estado de salud mental y espiritual de la persona.

TABLA# 17. EFECTOS SOCIALES SECUNDARIOS

Efectos sociales	Frecuencia	Porcentaje
Buena Relación familiar	127	75,6%
Buena Relación social	18	10,7%
Aislamiento social	23	13,7%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga

GRÁFICO #17. EFECTOS SOCIALES SECUNDARIOS



Fuente: Tabla #17
Autora: Jessica Rodríguez

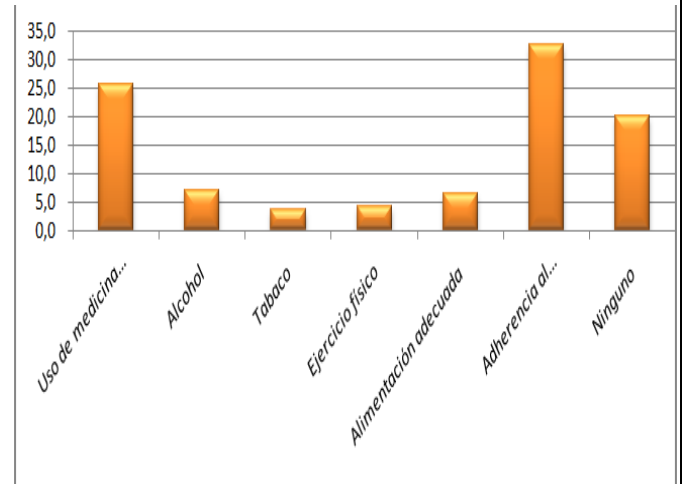
Dentro de los efectos sociales positivos sobresalen las buenas relaciones familiares como factor social protector con un porcentaje mayoritario correspondiente al 75.6%, mientras que el aislamiento social se muestra con un porcentaje menor que corresponde al 13.7%. Su importancia reside en que la familia cumple un rol modulador fomentando expectativas positivas y facilita la adaptación al proceso de salud enfermedad.

TABLA #18. ESTILOS DE VIDA

Estilos de vida	Frecuencia	Porcentaje
Uso de medicina complementaria	43	25,6%
Alcohol	12	7,1%
Tabaco	6	3,6%
Ejercicio físico	7	4,2%
Alimentación adecuada	11	6,5%
Adherencia al tratamiento	55	32,7%
Ninguno	34	20,2%
Total	168	100,0%

Fuente: Registro del sistema médico AS400 del Hospital José Carrasco Arteaga

GRÁFICO #18. ESTILOS DE VIDA



Fuente: Tabla #18
Autora: Jessica Rodríguez

De los sujetos estudiados el 32.7% muestran adherencia al tratamiento, con una leve variación de puntaje sigue el uso de medicina complementaria con 25.6%; y, en un porcentaje inferior indican realizar ejercicio físico el 4.2% y consumo de tabaco un 3.6%. De esta manera los estilos de vida positivos presentes en los sujetos de estudio, se conforman como factores protectores, incidiendo positivamente en su calidad de vida.

RESULTADOS:

Frecuencias de factores protectores y de riesgo predominantes

En la tabla 19 se puede observar los factores de riesgo y protectores predominantes en la población estudiada, en base al porcentaje más alto. Encontramos que los factores de riesgo predominantes en la variable diagnóstico son: cáncer de mama, próstata y útero. A decir de la variable género hay un mayor predominio en las mujeres, lo cual indica que en este grupo la incidencia del cáncer es mayor, en relación con el género masculino. Para la variable ocupación el factor de riesgo constituye para quienes realizan actividades como empleados, al considerarse como un limitante para que el paciente pueda asistir tanto a las citas médicas como con el cumplimiento en el tratamiento. En cuanto a la distribución de las variables según el estadio de la enfermedad se observa claramente que los estadios II y III se mantienen como factores de riesgo.

Dentro del tipo de tratamiento presenta un puntaje superior la quimioterapia, se considera factor de riesgo debido a sus efectos adversos sobre el paciente, al ser más agresivos que el resto de terapias. En los niveles de estado de salud, los resultados muestran como factor de riesgo en la escala de likert la categoría “estado de salud regular”. En los sujetos que presentan efectos físicos secundarios los factores de riesgo con puntajes altos son el dolor, seguido de la escala otras complicaciones y vómito. En los casos de sujetos que presentan efectos psicológicos secundarios los factores de riesgo que predominan con puntajes superiores son la ansiedad y la depresión.

Para los factores protectores predominantes, en la variable edad encontramos los rangos de 31 a 50 siendo la categoría de edad en las que se presenta con más frecuencia la enfermedad oncológica. En la variable grado de escolaridad encontramos a la universidad completa con puntajes superiores. Para el estado civil el factor protector corresponde a la categoría casado. Según el lugar de procedencia se visualiza que más de la mitad de pacientes viven dentro de la provincia del Azuay; con respecto a la religión la categoría religión católica se establece como factor protector con puntajes superiores con relación al resto de variables.

Otro factor importante consiste en el tiempo de enfermedad con un porcentaje mayor para el diagnóstico menor a los seis meses. Para la variable tipo de afiliación registra un puntaje alto el sector afiliado al seguro social. La variable control médico indica que más de la mitad de los pacientes asisten a sus citas médicas en la escala de likert “siempre”. Los efectos sociales indican claramente a la variable relaciones familiares como factor positivo al presentan un puntaje mayor. En el caso de los sujetos que practican estilos de vida óptimos predomina el factor adherencia al tratamiento.

TABLA #19. FRECUENCIAS DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

Variables operacionales	Factor de Protección predominante	%	Factor de riesgo predominante	%
Diagnóstico			cáncer de mama cáncer de próstata cáncer de útero	31% 27% 23%
Edad	31 a 50 años	35.7%		
Género			Género femenino	58.9%
Escolaridad	Universidad completa	31.5%		
Estado civil	Casado	61.9%		
Ocupación			Empleado	31%
Procedencia	Provincia del Azuay	50.6%		
Religión	Católica Evangélica	91.1% 8.3%		
Tiempo de enfermedad	<6 meses 7 meses a 1 año	28.6% 27.4%		
Estadio de la enfermedad			Estadio II Estadio III	31.0% 29.8%
Tipo de Tratamiento			Quimioterapia	41.7%
Estado de salud			Regular	60.1%
Afiliación	Seguro general	63.1%		
Control médico	Siempre	69.6%		
Efectos físicos			Dolor Vómito	38.1% 26,2%
Efectos psicológicos			Ansiedad Depresión	39.3% 32.1%
Efectos sociales	Relaciones familiares	75.6%		
Estilos de vida	Adherencia al tratamiento	32.7%		

Fuente: Tablas # 1-18

Autora: Jessica Rodríguez

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

La aplicación de la ficha de recolección de datos desde la Historia clínica personal, permite identificar factores de riesgo y protectores, es decir, de aquellos elementos inherentes a la enfermedad, al tratamiento y al individuo. Observando los resultados encontramos que los factores de riesgo predominantes y de mayor relevancia en este estudio son las variables: tipo de cáncer, género, estadio de la enfermedad, tipo de tratamiento, estado de salud, efectos físicos, efectos psicológicos negativos. Los factores protectores más frecuentes son: edad, tiempo de enfermedad, procedencia, estilos de vida.

Al analizar el tipo de diagnóstico médico notamos la prevalencia puntual de patologías que encabezan la lista de cánceres más comunes descritos por el Instituto Nacional del Cáncer⁽¹⁴⁾. Información corroborada por los datos estadísticos del Hospital donde se realizó el estudio, como causas de atención más frecuentes. En un estudio realizado por Costa G, Ballester R⁽³²⁾ sobre la influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida del paciente oncológico, el caso de cáncer de mama destaca la mayor presencia de malestar en las mujeres que en los hombres, resultados similares presenta nuestra investigación.

Numerosos estudios señalan desde el punto de vista clínico, el estadio de la enfermedad como un factor de riesgo elemental, por ser una etapa crítica y de alta vulnerabilidad dentro del proceso de tratamiento y recuperación. Las estadísticas del presente estudio arrojan altas cifras de manifestación de la patología en estadios II 31.0% y III 29.8%, que según la literatura semejantes a la etapa terminal o IV conllevan cambios anatómicos, biológicos y fisiológicos importantes con repercusiones de gran magnitud sobre la salud y calidad de vida, ya que generalmente involucran la administración de tratamientos mucho más agresivos o la aplicación de cuidados paliativos, en contraste con los estadios tempranos que al ser diagnosticados, controlados y tratados oportunamente garantizan menor daño al paciente y mayor supervivencia.

En el 41.7% de los sujetos estudiados, la quimioterapia se presentó como el tratamiento más utilizado, frente a la radioterapia con 27.4%, cirugía oncológica 20.2, seguimiento 10.7%, esto se debe a que en la actualidad el tipo de cáncer y su estadio influyen en la decisión del método de tratamiento más adecuado. Estudios previos alegan que el factor de riesgo obedece a la severidad de los efectos adversos producidos por este procedimiento terapéutico sobre el paciente, limitándolo física y funcionalmente, ya que la mayoría de las ocasiones el paciente requiere reposo, compensación total o parcial en sus actividades de autocuidado y suplencia en la ejecución normal de sus tareas habituales.

El análisis del estado de salud global de las personas con enfermedad crónica oncológica usando las escalas bueno, regular, malo, mantiene como factor de riesgo a la categoría “regular” con 60.1%; podemos hipotetizar que este resultado se relaciona con la estadificación de la enfermedad, cuanto más avanzada esté menor será la calidad de vida, por ende se verá afectado el estado general de salud. O a su vez tal como lo describe el Instituto Nacional del Cáncer entre otros autores, un nivel de salud bajo estaría vinculado a conductas perjudiciales como abuso de alcohol o tabaco, sedentarismo, nutrición inadecuada, uso de medicina herbaria, etc.

Dentro de la evaluación de problemas relacionados con la manifestación de síntomas físicos en personas con enfermedad crónica oncológica, los hallazgos en el presente estudio muestran dolor, vómito, otras complicaciones orgánicas y funcionales, pérdida de peso, náusea; molestias que según reportes de varios estudios generalmente presentan las personas con diagnóstico inicial o surgen como efecto secundario a la aplicación del tratamiento. Esta variación en la manifestación de síntomas físicos puede tener una significativa relación entre el tipo de cáncer, estadios de la enfermedad y el sitio anatómico del tumor.

En la valoración de la dimensión psicológica se encontraron percepciones negativas referidos por los pacientes como síntomas anímicos con episodios de ansiedad depresión, estrés, baja autoestima, como resultado de la enfermedad y del tratamiento. Similar a los hallazgos en un estudio realizado en Cali-Colombia, en pacientes con cáncer de cérvix, con ítems que evalúan ansiedad, depresión y temor presentes en el 72.9%. Al verse afectado el eje emocional se debilitan las expectativas de autoeficacia en el afrontamiento de la enfermedad y participación en el manejo de la misma, aquello es perceptible en la baja o nula adherencia a los tratamientos, ausencias a controles médicos, el sujeto interpreta como inútil cualquier esfuerzo de curación o rehabilitación, catalogando a la enfermedad como irremediable, o como una de las peores experiencias vividas.

A decir de los factores protectores que son aquellas condiciones que contribuyen de forma activa al bienestar del paciente, encontramos:

Un primer aspecto significativo relacionado con la enfermedad es la etapa etaria en la que esta ocurre, en este estudio se determinan los rangos de edad de los pacientes 31 a 50 años (35.7%) lo que hace que sea un agente positivo, al ser una edad que marca un mayor desarrollo anatómico y funcional, a diferencia de ciclos de edades más tempranas o mayores que corren el riesgo de no lograr una recuperación adecuada, tal como lo describe Patridge⁽²⁰⁾ al encontrar asociación entre el abandono del tratamiento y la edades extremas del paciente, debido a que no han logrado un desarrollo total de su funciones orgánicas o a su vez por el cese de las mismas.

Este estudio nos revela que el 56% de casos comparados, presentan un tiempo de enfermedad menor a 6 meses y entre los 7 meses a 1 año; lo cual permite un diagnóstico oportuno y una actuación médica inmediata, de ahí que el especialista puede optar por una o varias alternativas de tratamiento preventivo o curativo, disminuyendo los efectos iatrogénicos inducidos en el paciente, evitando además complicaciones inminentes de la patología. Al ser diagnosticada tempranamente, es probable que el cáncer se halle en sus primeras etapas donde el daño causado al organismo es menor aunque no menos importante, contrariamente a lo que sucedería en etapas terminales donde la única posibilidad es administrar un tratamiento paliativo.

El 50.6% de los pacientes que son atendidos y reciben tratamiento oncológico en esta casa de salud, son procedentes y/o residentes de la provincia del Azuay. Se incluyen también pacientes oriundos de provincias lejanas que debido a la complejidad de los tratamientos ya sea porque implican sesiones de largos períodos o requieren de procedimientos meticulosos, actualmente se hospedan en albergues que son promovidos por juntas beneficiarias precisamente para las personas en esta situación, permaneciendo dentro de la provincia el lapso de tiempo necesario, optimizando recursos en tiempo, espacio, economía, salud, etc.; favoreciendo la asistencia a los controles médicos y procedimientos de tratamiento, a diferencia de quienes deben viajar largas horas desde provincias como Morona Santiago, Loja, El Oro, Cañar, Orellana, Zamora Chinchipe, etc.; incurriendo en gastos de transporte, manutención, alojamiento traduciéndose en un factor de riesgo.

Los 167 casos observados se auto identifican con un determinado tipo de religión, ratifican sus creencias religiosas ya sea dentro del catolicismo o evangelista. Registros de los reportes médicos en psicooncología reflejan expresiones de los pacientes afirmando su convencimiento de que su enfermedad es un designio de Dios, aceptan su voluntad y guardan la firme esperanza de que su poder supremo proveerá sanación. Frente a un 0.6% que es un porcentaje relativamente mínimo, que considera su enfermedad como un castigo divino, dicen: “Dios no me quiere”, “Dios me ha abandonado”.

Otro aspecto importante responde al hecho de brindar apoyo al individuo, comprendiendo y aceptando la enfermedad, asumiendo cambios drásticos en el rol de cada uno de los integrantes, en el reemplazo de las funciones que antes el paciente realizaba con normalidad y al momento se ve limitado orgánica, funcional o socialmente. Nuestra investigación sugiere que el 75.6% de los participantes cuenta con la familia como ente protector. La literatura menciona como factor protector al seno familiar, ya que origina un desarrollo emocional activo, satisface la necesidad sana y natural de estima y valorización, se convierte en un espacio contenedor de las ansiedades que él individuo experimenta.

Los datos de este estudio muestran la práctica de hábitos positivos. Se nota que es más amplio el grupo que conlleva un estilo de vida definido, en cambio es menor el conjunto de pacientes que emplean sustancias como productos herbarios, o que abusen del alcohol o tabaco, lo cual traería graves repercusiones sobre la salud y el tratamiento de un paciente oncológico.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

7.1 CONCLUSIONES

El desarrollo del presente estudio aportó conocimientos en base al análisis de la situación del cáncer en el Ecuador, y de manera particular en nuestra región, estableciendo las siguientes conclusiones:

Participaron 168 personas con enfermedad crónica oncológica, cuyas características socio demográficas muestran predominio del sexo femenino, con edades comprendidas entre los 30 y 50 años, de estado civil casado, niveles de educación superior, procedentes y residentes de la provincia del Azuay, realizan actividades laborales como empleados públicos o privados.

Se determinó que en la Unidad de Oncología y Radioterapia del área de Consulta Externa del Hospital José Carrasco Arteaga, existe una mayor incidencia de personas que son atendidas por diagnóstico de cáncer de mama, útero y próstata; en estadios intermedios (II) y (III).

Este estudio permitió identificar como factores de riesgo al tipo de cáncer, género, tipo de ocupación o actividad, estadio de la enfermedad, tipo de tratamiento, estado de salud, efectos físicos y efectos psicológicos negativos. Y como factores protectores a la edad, grado de escolaridad, estado civil, lugar de procedencia, creencias religiosas, tiempo de diagnóstico, acceso al sistema de salud, vigilancia médica, efectos sociales positivos y estilos de vida.

De acuerdo a los resultados de la presente investigación y lo detallado en la literatura se observa que además de una relación intervariables, algunas de ellas se comportan a la vez como agente de riesgo y protector, se evidencia que los factores físicos, psicológicos o sociales interfieren significativamente sobre la rehabilitación de la salud del paciente con trastorno oncológico.

7.2 RECOMENDACIONES

1. Es importante que el profesional de enfermería reconozca que tanto la enfermedad del cáncer como su tratamiento generan cambios físicos, psicológicos, sociales y espirituales, con gran impacto sobre el paciente, la familia, los sistemas de salud y la sociedad.
2. Promover una convicción cultural de que el cáncer es una enfermedad de características crónico no transmisibles, erradicando el significado social atribuido a esta enfermedad como sinónimo de sufrimiento, dolor y muerte.
3. Integrar acciones asistenciales y educativas a nivel hospitalario y comunitario, en pro de mejorar la calidad de vida de personas que padecen la enfermedad, impulsando la adherencia al tratamiento y evitando el abandono del mismo.
4. Dentro de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital José Carrasco Arteaga, se recomienda mantener los procesos humanizados implementados, de manera que garanticen la calidad de atención de personas con enfermedades crónicas oncológicas, enfatizando el acceso oportuno a los tratamientos y la preservación la de vida de los usuarios.

Asimismo, se recomienda la integración de procesos investigativos como herramienta para asegurar la calidad de atención de personas con cáncer, también es necesario estudiar los factores asociados al comportamiento de la enfermedad y el efecto sobre las condiciones de salud de los pacientes y sus familiares.
5. Fortalecer los procesos de formación del profesional en enfermería acorde a las necesidades de salud, con la adquisición de competencias asistenciales, educativas, investigativas, tecnológicas, administrativas y sociales que permitan el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes oncológicos.
6. Reforzar los programas de atención mediante la investigación teórica, aplicada y disciplinar de enfermería en los niveles de atención en salud, optimizando las estrategias de promoción de la salud, prevención de patologías, diagnóstico precoz, atención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, y cuidados paliativos.

7.3 BIBLIOGRAFÍA

1. Cueva P. El cáncer en el Ecuador. El cáncer segunda causa de muerte en el país. *Revista Salud Total*. [Internet]. 2015 [citado 6 de octubre de 2017]. Recuperado de: <https://www.saludsapersonas.com/vivesaludtotal/index.php/cancer/el-cancer-en-el-ecuador/423-el-cancer-en-el-ecuador>
2. Eu Marcela DF, Eu Sylvia GN, Eu Juan Carlos LC, Eu Aracely TM. Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2013;24(4):694-704.
3. Jorge Maté, María F. Hollenstein y Francisco L. Gil. *Insomnio, Ansiedad Y Depresión En El Paciente Oncológico* [Internet]. L'Hospitalet, Barcelona; 2014. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404120211A/16254>
4. Redacción Médica. Hospital José Carrasco Arteaga. Más de 200 pacientes con cáncer son atendidos diariamente [Internet]. 2016 [citado 6 de octubre de 2017]. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/m-s-de-200-pacientes-son-atendidos-diariamente-87405>
5. Salaverry O. La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(1):137-41.
6. Echemendía Tocabens B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Rev Cuba Hig Epidemiol*. 2011;49(3):470-81.
7. Munist M, Santos H, Ojeda E, Infante F. *Manual de identificación y promoción de la resiliencia, en niños y adolescentes* [Internet]. 525 twenty -third street N.Y Washington DC; 1998. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resilman.pdf>
8. Medina X, Salvador A. Psicooncología. *Revista Médica Hospital José Carrasco Arteaga IESS*. 2011;3(2):190-6.
9. EcuRed. Oncología [Internet]. [citado 6 de octubre de 2017]. Recuperado de: <https://www.ecured.cu/Oncolog%C3%ADa>
10. Castañeda A. *Calidad de Vida y adherencia al tratamiento en personas con enfermedad oncológica* [tesis en Internet]. [Bogotá]: Universidad de Colombia; 2014. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/40201/1/539773.2014.pdf>
11. Sociedad Americana contra el Cáncer. Términos que describen el cáncer y su tratamiento [Internet]. [citado 20 de octubre de 2017]. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/los-ninos-y-el-cancer/cuando-alguien-en-la-familia-tiene-cancer/como-afrontar-el-diagnostico/palabras-a-ser-usadas.html>
12. Narvaéz G, Ramón M, Orellana J. *Reacciones emocionales y comportamientos en pacientes cob cáncer de mama mastectomizadas en el hospital José Carrasco Arteaga* [Tesis en Internet]. [Cuenca-Ecuador]: Universidad del Azuay; 2014. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21692/1/TESIS.pdf>

13. Organización Mundial de la Salud. Cáncer 2017 [Internet]. [citado 9 de octubre de 2017]. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
14. Instituto Nacional del Cáncer. Tipos comunes de cáncer [Internet]. National Cancer Institute. 2017 [citado 9 de octubre de 2017]. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol>
15. Fundaciones ECO. Generalidad de Oncología [Internet]. s/f. Recuperado de: <https://www.fundacioneco.es/wp-content/uploads/2014/04/1.Generalidades.pdf>
16. Fernández D. Cuidados de enfermería en los efectos secundarios de la quimioterapia [Internet]. Universidad de Valladolid Palencia; 2015. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/13253/1/TFG-L869.pdf>
17. Villoria E. Terapia de activación conductual para la prevención de los trastornos emocionales y la promoción de la calidad de vida en pacientes oncológico [Tesis en Internet]. [España]: Universidad de Oviedo; 2012. Recuperado de: <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjNgK2StuvWAhWF4SYKHaa5AUIQFggIMAA&url=http%3A%2F%2Fdigibuo.uniovi.es%2Fdspace%2Fbitstream%2F10651%2F13424%2F2%2FTesis%2520Erica%2520Villoria.pdf&usq=AOvVaw2lpBR7USE5ePbK4xJmhuq8>
18. Perales J. Calidad de vida en pacientes sobrevivientes con cáncer de seno [Tesis en Internet]. [Bogotá-Colombia]: Pontificia Universidad Javeriana; 2008. Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis27.pdf>
19. Montalvo-Prieto A, Cabrera-Nanclares B, Quiñones-Arrieta S. Enfermedad crónica y sufrimiento: Redalyc. 2012;12(2):134-43.
20. Palacios X, VL. Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: Redalyc. 2011;8(2-3):423-40.
21. Encalada M. Guía práctica de enfermería para el desarrollo de protocolos de oncología, en los estudiantes de quinto ciclo de enfermería de la Universidad Católica de Cuenca [tesis en internet]. [Riobamba- Ecuador]: Universidad Nacional del Chimborazo; 2017. Recuperado de: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4053/1/unach-ec-ipg-bio-2017-0016.pdf>
22. Rodríguez I. Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico [tesis en internet]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2006. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1
23. Temprano M. Comunicación y resiliencia ante la enfermedad en la relación terapéutica médico-paciente. [Tesis en Internet]. [Salamanca]: Universidad de Salamanca; 2015. Recuperado de: <https://www.google.com.ec/search?q=Temprano+M.+Comunicaci%C3%B3n+y+resiliencia+ante+la+enfermedad+en+la+relaci%C3%B3n+terap%C3%A9utica+m%C3%A9dicopaciente.+%5BTesis+en+Internet%5D.+%5BSalamanca%5D%3A+Universidad+de+Salamanca%3B+2015>.

24. Impacto del Tratamiento Quimioterapéutico en pacientes que asisten a la Unidad de Oncología del Hospital Vicente Corral Moscoso [tesis en Internet]. [Cuenca -Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2013. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4908/1/ENF187.pdf>
25. Montalvo M. Subjetividad y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón [tesis en Internet]. [Guayaquil-Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2012. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5978/1/tesis%20subjetividad%20y%20afrontamiento%20en%20pacientes%20con%20cancer%20d.pdf>
26. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador. Revista Scielo. 2011;53(16):177-87.
27. National Cancer Institute. Familiares a cargo de pacientes de cáncer: funciones y desafíos [Internet]. [citado 18 de octubre de 2017]. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/familia-y-amigos/familiares-a-cargo-pro-pdq>
28. Río M, Cano C, Villafaña F, Valdivia C. Inserción laboral en mujeres después de un cáncer de mama: una ayuda a la integración social. Revista Psicooncología. 2010;7(1):143-52.
29. Sociedad Española de Oncología Médica. Largos Supervivientes [Internet]. 2014. Recuperado de: <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Oncovida25.pdf>
30. Molina, R. La reinserción laboral: un nuevo reto en el paciente con cáncer. Revista Psicooncología. 2010;8(1):45-51.
31. Abizanda P. Discriminación por edad de los tratamientos oncológicos de ancianos con cáncer de colon y mama. Revista Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2015 [citado 11 de octubre de 2017];2(40). Recuperado de: <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj6zO3Ci-pdf>
32. Costa G, Ballester R. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. Revista Psicooncología. 2010;7(2):453-62.
33. Colección Oncovida [Internet]. [citado 17 de octubre de 2017]. Recuperado de: <https://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/publicaciones/103150-coleccion-oncovida>
34. González Menéndez R. El uso no social de alcohol como factor de riesgo oncológico. Rev Cuba Salud Pública. 2011;37:686-94.
35. Sánchez R, V M. Medicinas complementarias y alternativas en el tratamiento del cáncer. Revista Colomb Cancerol. 2008;12(3):157-60.

36. National Cancer Institute. Medicina complementaria y alternativa para profesionales de salud [Internet]. [citado 18 de octubre de 2017]. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/mca/pro>

37. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Hospital José Carrasco Arteaga. Plan Médico Funcional. Coordinación de planificación y estadísticas [Internet]. 2015. Recuperado de: <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/3321620/PMF+HOSPITAL+JOSE+CARRASCO+ARTEAGA.pdf>

8. ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El cronograma de actividades está diseñado en base al tiempo de duración de la investigación, correspondiente a cinco meses.

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES														
	Septiembre 2017			Octubre 2017			Noviembre 2017			Diciembre 2017			Enero 2018		
Presentación del tema de trabajo de investigación															
Redacción del protocolo de trabajo de graduación y elaboración y/o selección del instrumento de recolección de datos.															
Presentación y aprobación del protocolo de trabajo de graduación															
Recolección de los datos															
Análisis e interpretación de los datos															
Elaboración y presentación de la información															
Redacción de la conclusiones y recomendaciones															
Entrega del informe final															

Fuente: Autora

ANEXO 2. RECURSOS NECESARIOS

PRESUPUESTO

Concepto	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Tipo de Financiamiento
RECURSOS HUMANOS				
Director del Proyecto	1			
Investigador	1			
RECURSOS FISICOS				
Carpetas	20	\$ 0.50	\$ 10.00	Aporte Personal de la autora del trabajo de investigación.
Esféros	10	\$ 0.25	\$ 2.50	
Fotocopias de hojas de investigación	500 Hojas	\$ 0.10 ctvs c/u	\$ 50.00	
Impresiones de documentos borradores y finales	900 Hojas	\$ 0.10 ctvs c/u	\$ 90.00	
Empastado y anillado	9		\$ 120.00	
Documentos varios	20	\$ 5.00	\$ 100.00	
Transporte	60	\$ 3.00	\$ 180.00	
Alimentación		\$2.00	\$ 80.00	
Otros		\$ 60.00	\$ 60.00	
TOTAL			\$ 692.50	

Fuente: Autora

ANEXO 3

Ficha de recolección de datos



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE ENFERMERÍA

“FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, PERÍODO SEPTIEMBRE 2017-ENERO 2018”

El presente instrumento de investigación tiene como objetivo determinar los Factores Protectores y de Riesgo presentes en los pacientes del servicio de oncología del Hospital José Carrasco A., todos los datos recolectados se mantendrán bajo estricta confidencialidad y serán utilizados únicamente para fines académicos e investigativos.

N° de Ficha: _____

N° H.C.: _____


<p>1. Diagnóstico:</p> <p>_____</p>	<p>10. Tiempo que lleva con el diagnóstico de enfermedad oncológica</p> <p><input type="checkbox"/> 0 a 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 7 meses a 1 año</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 3 años</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 5 años</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 5 años</p>
<p>2. Edad</p> <p><input type="checkbox"/> < de 18</p> <p><input type="checkbox"/> De 18 a 30</p> <p><input type="checkbox"/> De 31 a 50</p> <p><input type="checkbox"/> De 51 a 70</p> <p><input type="checkbox"/> De 70 a 90</p>	<p>11. Tipo de tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Quimioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Radioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Cirugía Oncológica</p> <p><input type="checkbox"/> Seguimiento</p>
<p>3. Género</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p>	<p>12. Estadío de la enfermedad</p> <p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> I</p> <p><input type="checkbox"/> II</p> <p><input type="checkbox"/> III</p> <p><input type="checkbox"/> IV</p>
<p>4. Grado de escolaridad</p> <p><input type="checkbox"/> Primaria incompleta</p> <p><input type="checkbox"/> Primaria completa</p> <p><input type="checkbox"/> Bachillerato incompleto</p> <p><input type="checkbox"/> Bachillerato completo</p> <p><input type="checkbox"/> Universidad completa</p> <p><input type="checkbox"/> Universidad incompleta</p>	<p>13. Estado de salud en general (calidad de vida)</p> <p><input type="checkbox"/> Bueno</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Malo</p>



5. Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Unión libre	14. Asistencia a citas de control médico <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre
6. Ocupación <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleado (a) <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otros: _____	15. Efectos físicos: <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Otras complicaciones
7. Lugar de procedencia <input type="checkbox"/> Provincia del Azuay <input type="checkbox"/> Del extranjero <input type="checkbox"/> Otra provincia: _____	16. Efectos emocionales: <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Autoestima <input type="checkbox"/> Optimismo <input type="checkbox"/> Esperanza <input type="checkbox"/> Otro: _____
8. Tipo de afiliación <input type="checkbox"/> Seguro general <input type="checkbox"/> Seguro campesino <input type="checkbox"/> Red Pública <input type="checkbox"/> Otros: _____	17. Efectos sociales: <input type="checkbox"/> Relaciones familiares <input type="checkbox"/> Relaciones sociales <input type="checkbox"/> Aislamiento social
9. Religión <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Otra	18. Estilos de vida <input type="checkbox"/> Uso medicina complementaria <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Ejercicio físico <input type="checkbox"/> Alimentación adecuada <input type="checkbox"/> Adherencia al tratamiento <input type="checkbox"/> Ninguno

Fuente: Autora

ANEXO 4. APROBACIÓN DEL PROYECTO POR EL CONSEJO DIRECTIVO




COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CONSEJO DIRECTIVO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

EL suscrito Secretario de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca.- CERTIFICA, que: El Honorable Consejo Directivo; en Sesión del 27 de Septiembre de 2017, **APROBÓ** el **PROYECTO DE TITULACIÓN "FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA PERIODO SEPTIEMBRE 2017- ENERO 2018"** bajo la dirección de la Lcda. Nancy Godoy Durán; de la estudiante: JESSICA PATRICIA RODRIGUEZ SANMARTIN, de la Carrera de Enfermería Sede Azogues.

Cuenca, 27 de Septiembre de 2017.



Dr. William León Cedillo
SECRETARIO-ABOGADO
CONSEJO DIRECTIVO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y
BIENESTAR



Certifico que la fotocopia
es igual al original que
fue presentada en esta
Secretaría

SECRETARIA

Cuenca: Av. Las Américas y Tarqui. Telf.: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande" (frente al Terminal Terrestre). Telf.: 2241613, 2243444, 2245205 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo. Telf.: 2235268, 2235870 San Pablo de La Troncal: Cda. Universitaria Km 72 Quinceava Este y Primera Sur. Telf.: 2424110 Macas: Av. Cap. Villanueva s/n Telf.: 2700392, 2700393

WWW.UCACUE.EDU.EC

ANEXO 5. OFICIO DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO



Azogues, 21 de Noviembre de 2017

Dra. María Gualpa

**RESPONSABLE DE TITULACIÓN Y COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA SEDE AZOGUES.**

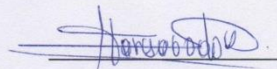
En su despacho.

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo deseándole éxito en sus labores diarias, por medio de la presente pongo a su conocimiento como Directora de tesis de la estudiante Rodríguez Sanmartín Jessica Patricia, sobre el tema **“FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, PERIODO SEPTIEMBRE 2017 – ENERO 2018”**; que se realizaron las revisiones correspondientes y la aprobación del protocolo, para que pueda continuar con la investigación.

Suscribe de Ud ;

Atentamente,



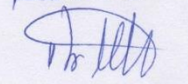
Lcda. Narcisca Godoy

DIRECTORA DE TESIS

UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO
Lcda. Narcisca Godoy D.
DOCENTE



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO
Dra. María Clementina Gualpa L.
DOCENTE



21. 11. 2017
14:00

ANEXO 6. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN AL HOSPITAL



CARRERA DE ENFERMERÍA

Oficio Nro. UCACUE-UASB-E-099- 2017-OF
 Azogues, 21 de noviembre de 2017

Asunto: Autorización

Doctor
 Marco Rivera Ullauri
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA
 Presente.-

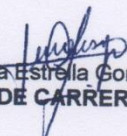
De mi consideración

Por medio de la presente me permito hacerle llegar un atento y cordial saludo y deseos de éxitos en tan delicadas funciones, que usted acertadamente lo viene dirigiendo y paso a exponer.

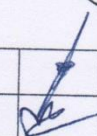
Que, pongo en su conocimiento que la alumna: **RODRIGUEZ SANMARTIN JESSICA PATRICIA**, se encuentra realizando el Trabajo de Titulación con el tema: "FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA PERIODO SEPTIEMBRE 2017 – ENERO 2018, por lo que es necesario que realicen fichas de recolección de datos por medio de las historias clínicas dirigidas a los pacientes de la Unidad de Oncología y Radioterapia del área de consulta externa, de sexo masculino y femenino, en tal virtud acudo a su Autoridad para solicitar de la manera más comedida se sirva conceder la autorización respectiva para que los estudiantes puedan realizar las encuestas y de esta manera alumnas obtengan resultados acorde a la verdad.

Este protocolo ha sido aprobado por el Honorable Consejo Directivo, en Sesión del 27 de septiembre del 2017.

Por la favorable acogida que se sirva dar a la presente anticipo mis sinceros agradecimientos.


 Lic. María Estrella González Mgs
SUBDIRECTORA DE CARRERA DE ENFERMERÍA




Elaborado por	Valeria Vázquez Villavicencio	
Revisado por	Lic. María Estrella González Mgs	



ANEXO 7. ACTA DE RECEPCIÓN Y ACEPTACIÓN DEL PROYECTO EN EL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”

179




INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA
COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN

**ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN
PROTOCOLO DE INVESTIGACION**


En la ciudad de Cuenca, con fecha 14 de noviembre del presente año, recibo Documento.

FECHA DE RECEPCION	14/11/2017
FECHA DE ACEPTACION	22/11/2017
REVISADO POR:	<i>[Handwritten Signature]</i> HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA RIVERA ULLAUTI
TITULO	FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, SEPTIEMBRE 2017- ENERO 2018
CONTENIDO	PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN
FIN DE PROYECTO	ENERO 2018
AUTORES	JESSICA PATRICIA RODRÍGUEZ SANMARTÍN CI: 0302104203
CORREO ELECTRONICO	jezsyrodriguez@gmail.com
DIRECCIÓN	AZOGUES PARROQUIA GUAPÁN
TELEFONO	
CELULAR	0984079534

Para constancia de lo actuado se firma en original y una copia



CLAUDIA CABRERA TORAL
SECRETARIA



JESSICA PATRICIA RODRÍGUEZ S.
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Av. José Carrasco Arteaga entre Popayan y Pacto Andino Conmutador: 07 2861500 Ext. 2053 P.O. Box 0101045 Cuenca – Ecuador, Investigación telf: 07 2864898 E-mail: idocenciahjca@hotmail.com

ANEXO 8. AUTORIZACIÓN DE INGRESO AL ÁREA DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA



Memorando Nro. IESS-HJCA-CGI-2017-0226-M

Cuenca, 22 de noviembre de 2017

PARA: Sr. Dr. Andrés Sebastián Rodríguez Balarezo
Jefe de la Unidad Técnica de Radioterapia

ASUNTO: Dar facilidades a Jessica Patricia Rodriguez Sanmartin, estudiante de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca

De mi consideración:

La Coordinación General de Investigación, informa a usted, haber autorizado a Jessica Patricia Rodriguez Sanmartin, estudiante de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, con el fin de que pueda desarrollar su investigación, sobre el tema: FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, SEPTIEMBRE 2017- ENERO 2018, recomiendo dar las facilidades necesarias en su departamento para la ejecución de dicha investigación.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Marco Vinicio Rivera Ullauri
**COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES - JOSÉ CARRASCO ARTEAGA**

ANEXO 9. AUTORIZACIÓN DE INGRESO AL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA



Memorando Nro. IESS-HJCA-CGI-2017-0231-M

Cuenca, 27 de noviembre de 2017

PARA: Sr. Ing. Manuel Leonardo Luzuriaga Orellana
Coordinador General de Planificación y Estadísticas - Hospital de Especialidades - José Carrasco Arteaga

ASUNTO: Dar facilidades a Jessica Patricia Rodríguez Sanmartín estudiante de la Universidad Católica de Cuenca

De mi consideración:

La Coordinación General de Investigación, informa a usted, haber autorizado a Jessica Patricia Rodríguez Sanmartín, estudiante de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, con el fin de que pueda desarrollar su investigación, sobre el tema: FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, SEPTIEMBRE 2017- ENERO 2018, recomendando dar las facilidades necesarias en su departamento para la ejecución de dicha investigación, con la información de mes de septiembre 2017 a diciembre 2017 de los diagnósticos CIE-10:

C-50	C-760	C-53	C-20
C-61	C-43	C-18	C-25
C-16	C-44	C-56	C-21

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

jezsy.rodriguez@gmail.com

Dr. Marco Vinicio Rivera Ullauri
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES - JOSÉ CARRASCO ARTEAGA



ANEXO 10. AUTORIZACIÓN DE ACCESO AL SISTEMA AS/400



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL "JOSÉ CARRASCO ARTEAGA"
COORDINACION TIC's**

Cuenca, 22 de noviembre de 2017.

Señora/ita:
RODRIGUEZ SANMARTÍN JESSICA PATRICIA
Presente;

ASUNTO. Entrega de Usuario para el SISTEMA MULTIEMPRESA AS/400.

Mediante el presente, comunico a usted que la clave de usuario y la contraseña para el ingreso al Sistema AS/400 son las que constan en la parte inferior.

Acuerdo de Confidencialidad:

Según lo dispuesto en el Reglamento de Información Confidencial Del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se establece la obligatoriedad de contar con un sistema adecuado de custodia digital y física de los datos pertenecientes a la esfera de la intimidad de las personas, el usuario se obliga y compromete a:

Respetar los datos de carácter confidencial contenidos en el Sistema MIS o demás documentación clínica, en concordancia con el Art. 66, numeral 9, 10 y 19 de la Constitución de la República; Art. 6 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Art. 4 de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente.

Por tanto, entiende que es de su exclusiva responsabilidad la utilización de la clave de acceso a dicho sistema; y, que se encuentra expresamente prohibido el uso, divulgación por cualquier medio, reproducción, o cualquier acto que infrinja el dispositivo legal vigente y que atente contra la intimidad de las personas; hecho susceptible de ser sancionado con la pena privativa de libertad de uno a tres años, según el Art. 178 del Código Orgánico Integral Penal vigente.

Particular que deo constancia para los fines pertinentes.

USUARIO:	IF0103161
CONTRASEÑA:	IF0103161

Atentamente,

**Ing. María Rosa Fárez S.
CENTRO DE CÓMPUTO**

c.cArchivo.

ANEXO 11. INFORME DE ORIGINALIDAD

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1%
2	Submitted to Corporación Universitaria Remington Trabajo del estudiante	<1%
3	ri.uaemex.mx Fuente de Internet	<1%
4	www.derechoecuador.com Fuente de Internet	<1%
5	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	<1%
6	Submitted to Universidad de Santander Trabajo del estudiante	<1%
7	Submitted to Universidad de Salamanca Trabajo del estudiante	<1%

8	Submitted to Unviersidad de Granada Trabajo del estudiante	<1 %
9	147.96.1.34 Fuente de Internet	<1 %
10	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	siacurn.curnvirtual.edu.co:8080 Fuente de Internet	<1 %
12	www.dspace.espol.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
13	Submitted to Universidad Nacional de Colombia Trabajo del estudiante	<1 %
14	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	id.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
16	repositorio.flacsoandes.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
17	repositorio.uasb.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Universidad San Francisco de Quito Trabajo del estudiante	<1 %

19	repositorio.utp.edu.co Fuente de Internet	<1 %
20	www.paho.org Fuente de Internet	<1 %
21	www.ucr.ac.cr Fuente de Internet	<1 %
22	www.medicosentampico.com Fuente de Internet	<1 %
23	www.medigraphic.com Fuente de Internet	<1 %
24	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	<1 %
25	www.virtual.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %
26	Submitted to Universidad Sergio Arboleda Trabajo del estudiante	<1 %
27	unaids.org Fuente de Internet	<1 %
28	Submitted to Universidad de San Martin de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
29	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	<1 %

30

www.unicef.org.co

Fuente de Internet

<1 %

31

www.fjguzman.cl

Fuente de Internet

<1 %

32

Submitted to Universidad Tecnologica de Honduras

Trabajo del estudiante

<1 %

33

www.greenmap.com

Fuente de Internet

<1 %

34

www.monografias.com

Fuente de Internet

<1 %

35

faea.uncoma.edu.ar

Fuente de Internet

<1 %

36

genesishcc.com

Fuente de Internet

<1 %

37

web.educastur.princast.es

Fuente de Internet

<1 %

38

www.ecured.cu

Fuente de Internet

<1 %

39

www.jove.com

Fuente de Internet

<1 %

40

www.defensoria.gov.ve

Fuente de Internet

<1 %

41	www.scienceleadership.org Fuente de Internet	<1 %
42	google.redalyc.org Fuente de Internet	<1 %
43	www.ieanet.com Fuente de Internet	<1 %
44	www.gentesur.com.mx Fuente de Internet	<1 %
45	aprendeonline.udea.edu.co Fuente de Internet	<1 %
46	www.health-news-and-information.com Fuente de Internet	<1 %
47	interbilingue.ajusco.upn.mx Fuente de Internet	<1 %
48	www.academia.edu Fuente de Internet	<1 %
49	noticias.eluniversal.com Fuente de Internet	<1 %
50	www.kioskoderevistas.com Fuente de Internet	<1 %
51	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
52	revista.iered.org Fuente de Internet	<1 %

<1%

53

repositorio.ucam.edu

Fuente de Internet

<1%

54

contenidos.usco.edu.co

Fuente de Internet

<1%

55

www.redalyc.org

Fuente de Internet

<1%

56

tesis.pucp.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

57

www.farmacologiavirtual.org

Fuente de Internet

<1%

58

www.semfy.com

Fuente de Internet

<1%

59

prezi.com

Fuente de Internet

<1%

60

www.cfnavarra.es

Fuente de Internet

<1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado