



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“Malestar emocional en pacientes con cáncer que reciben tratamiento sistémico
general en SOLCA - Cuenca.”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

Autores:

Andrea Antonieta Avendaño Rodríguez

Doménica Fernanda Osorio Ponce

Directores:

Mst. Juan Sebastián Herrera Puente

Dr. Andrés Fernando Andrade Galarza (SOLCA)

Cuenca - Ecuador

2020

DEDICATORIA

Dedico mi tesis principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado a este momento tan importante de mi formación profesional. A mis amados padres quienes, con su amor, paciencia, apoyo incondicional me han brindado la oportunidad de llegar a cumplir un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades porque Dios está conmigo siempre. A mis hermanas y sobrino por su cariño durante este proceso, por estar conmigo en todo momento. A mi angelito, mi abuelita, y demás familia por sus consejos, palabras de aliento, ya que de una u otra manera, me acompañaron a lo largo de mi carrera.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a mi mejor amiga, Doménica Osorio, por su cariño, apoyo en todo momento, por extenderme su mano en momentos difíciles, y por la paciencia, ya que estamos concluyendo un sueño que iniciamos juntas.

Andrea Antonieta Avendaño Rodríguez

DEDICATORIA:

Dedico este esfuerzo a Dios por haberme concedido la fuerza de voluntad y constancia para esta tarea; a mis padres, Fernando y Mónica, quienes han sido mi soporte incondicional y han permitido que sea posible cumplir este logro en mi vida, tanto de manera espiritual como material. A mis hermanos Kátherin y Xavier que han sido un ejemplo de dedicación y apoyo para la realización de este trabajo. A mi esposo Mateo, que con quien hemos continuado juntos en las buenas y en las malas y ha sabido motivarme para alcanzar mis metas. A mis hijos, Juan Sebastián y Rafaela, mi motor, por quienes ha valido cada esfuerzo y llenan mis días de alegrías y bendiciones.

A los pacientes de SOLCA – Cuenca, que se merecen la admiración por su ejemplo de lucha diaria frente a su enfermedad y el gran legado de valentía que nos dejan, en especial a alguien muy cercano, mi prima María Fernanda Aguirre Ponce, quien siempre será una guerrera para nosotros.

A mi gran amiga, colega y compañera, Andrea Avendaño, con quien a través de lágrimas y risas se logró concluir este trabajo de investigación y nuestra vida universitaria juntas.

Doménica Fernanda Osorio Ponce

AGRADECIMIENTOS:

Mst. Juan Sebastián Herrera Puente

PhD. Yolanda Dávila Pontón

Mst. Lucía Cordero Cobos

Dr. Andrés Andrade Galarza

Dr. Fray Martínez Reyes

Mst. Juan Pablo Bueno León

Arq. Katherine Osorio Ponce

Ing. Xavier Talbot Cuenca

Ing. Juan Gerardo Maldonado

Dr. Lucio Balarezo Chiriboga

Dra. Martha Ponce García

Mst. Irene Aguirre Ponce

Universidad del Azuay

Instituto del Cáncer SOLCA: Núcleo Cuenca

Andrea Avendaño Rodríguez

Doménica Fernanda Osorio Ponce

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	II
DEDICATORIA:.....	III
AGRADECIMIENTOS:.....	IV
ÍNDICE DE CONTENIDO	V
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	VIII
ÍNDICE DE ANEXOS	IX
RESUMEN:	X
ABSTRACT.....	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
ONCOLOGÍA CLÍNICA	3
Introducción:	3
1.1 Generalidades del cáncer.....	3
1.1.1 Concepto	3
1.1.2 Etiología:.....	4
1.1.3 Causas del cáncer	5
1.1.4 Epidemiología	8
1.2 Tipos de cáncer más frecuentes en adultos.....	9
1.2.1 Carcinomas.....	10
1.2.2 Sarcomas	10
1.2.3 Linfomas	10
1.2.4 Leucemias	10
1.3 Clasificación de etapas del cáncer	10
1.3.1 Estatificación T-N-M:.....	10

1.3.2	Estadios clínicos	11
1.3.3	Grado histológico:	11
1.4	Tratamientos	13
1.4.1	Tratamiento general sistémico:	13
1.4.1.1	Quimioterapia:	13
1.4.1.2	Hormonoterapia:	14
1.4.1.3	Inmunoterapia o bioterapia:.....	14
1.4.2	Tratamiento en etapas terminales	15
1.5	Manifestaciones frente al cáncer:.....	15
1.5.1	Manifestaciones físicas:	16
1.5.2	Manifestaciones psicológicas:.....	18
1.5.2.1	Malestar emocional en la etapa diagnóstico.....	18
1.5.2.2	Malestar emocional en el tratamiento	19
1.5.2.3	Hospitalización:	20
1.5.2.4	Ambulatorio:.....	20
1.5.2.5	Tipos y manifestaciones según Cruzado en su libro “Tratamiento Psicológico en pacientes con cáncer”:.....	21
1.5.2.6	Malestar emocional en recidivas o recaídas.....	22
1.5.2.7	Malestar emocional en supervivencia – sobrevida	23
1.5.2.8	Malestar emocional en paliativos y FTO (Fuera de Tratamiento Oncológico)	23
1.6	Conclusiones:.....	24
CAPÍTULO II.		25
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		25
Introducción		25
2.1	Tipo de estudio: descriptivo transversal	27
2.2	Muestreo	27

2.2.1	Estimación de la muestra en cuestión.....	27
2.2.2	Datos generales de los entrevistados	28
2.3	Validación de los test aplicados.....	34
2.3.1	Inventario de depresión de Beck (BDI-2).....	34
2.3.2	Inventario breve de 18 síntomas (BSI)	36
2.3.3	Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS).....	39
2.3.4	Inventario de Distres Emocional Percibido (IDEP).	41
2.4	Conclusiones:.....	45
	DISCUSIÓN:	46
	CAPÍTULO III.	49
	PROPUESTA PSICOEDUCATIVA.....	49
	Introducción	49
3.1	Psicoeducación y cáncer.....	50
3.1.1	Psicoeducación en la fase de tratamiento.....	51
3.2	Guía de psicoeducación.....	54
3.2.1	Fases de la psicoeducación	54
3.2.2	Aspectos básicos: ¿Qué deben saber los pacientes?	58
3.3	Dificultades a considerar en la psicoeducación:	61
3.4	Conclusiones.....	62
	CONCLUSIONES GENERALES:	63
	RECOMENDACIONES:.....	64
	REFERENCIAS:	65
	ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sexos y edades de personas parecientes.....	8
Tabla 2. Personas con cáncer por provincias.	9
Tabla 3. Porcentaje de personas en área ambulatoria y hospitalizada.....	28
Tabla 4. Resumen de los datos generales de los entrevistados.	29
Tabla 5. Diagnóstico por géneros.....	32
Tabla 6. Cruce de las variables área vs diagnóstico.	33
Tabla 7. Resultados del BSI-18.....	36
Tabla 8. Promedio dimensiones IDEP de los hospitalizados.....	42
Tabla 9. Promedio dimensiones IDEP de los ambulatorios.....	42
Tabla 10. Puntos básicos de la psicoeducación.....	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Causas del cáncer</i>	5
Figura 2. <i>Tipos de cáncer más frecuentes en adultos</i>	9
Figura 3. <i>Guía de práctica oncológica</i>	12
Figura 4. <i>Resultados de diagnóstico de los pacientes</i>	31
Figura 5. <i>Cruce de variables entre el género vs el diagnóstico del paciente.</i> ...	32
Figura 6. <i>Cruce de variables entre las áreas vs el diagnóstico de los pacientes</i>	33
Figura 7. <i>Resultados Beck - Hospitalización</i>	35
Figura 8. <i>Resultados Beck - Ambulatorio</i>	35
Figura 9. <i>Significancia según BSI-18 en el área ambulatoria</i>	37
Figura 10. <i>Significancia según BSI-18 en el área ambulatoria</i>	38
Figura 11. <i>Significancia por factores en Ambulatorio</i>	38
Figura 12. <i>Significancia por factores en Hospitalización</i>	39
Figura 13. <i>Escala Hamilton del test realizado</i>	40
Figura 14. <i>Hamilton ansiedad hospitalizado/ambulatorio</i>	40
Figura 15. <i>Correlación de las variables obtenidas vs el género</i>	43
Figura 16. <i>Análisis de edades</i>	43
Figura 17. <i>Correlaciones del estado civil vs las variables de los test</i>	44

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A Consentimiento informado.....	67
Anexo B Ficha socio-demográfica	69
Anexo C HARS	71
Anexo D BSI-18.....	72
Anexo E Inventario de depresión de Beck.....	73
Anexo F Inventario de distres emocional percibido.....	77

RESUMEN:

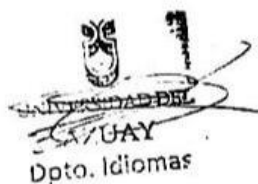
La presente investigación tuvo como objetivo establecer los niveles de malestar emocional en pacientes con cáncer que reciben tratamiento sistémico en SOLCA-Cuenca, su relación con la modalidad de tratamiento, hospitalario o ambulatorio, y con las condiciones sociales de los pacientes. Se realizó un estudio cuantitativo transversal de tipo descriptivo correlacional compuesto por una muestra de 120 participantes adultos, a quienes se les aplicó cuatro test para valorar su condición psicológica: BSI, HARS, Inventario de Depresión de Beck e Inventario de distres emocional percibido. Los datos arrojaron que, los niveles de malestar emocional entre los pacientes hospitalizados y ambulatorios tienen similitud entre sí, es decir existe alteraciones psicológicas en pacientes con cáncer, sin embargo, se pudo diferenciar que depresión y ansiedad son más evidentes en pacientes hospitalizados, mientras que somatización e ira tienen mayor prevalencia en pacientes que reciben tratamiento de manera ambulatoria.

Palabras clave: malestar emocional; cáncer; tratamiento; hospitalización; ambulatorio.

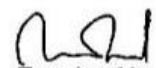
ABSTRACT

This research aimed to establish the levels of emotional discomfort in cancer patients receiving systemic treatment at SOLCA from Cuenca, its relationship with the treatment modality (hospitalized and outpatient) and the social conditions of the patients. A quantitative, cross-sectional, descriptive and correctional study with a sample of 120 adult participants was carried out. Four tests were applied to assess their psychological condition: BSI, HARS, Beck's Depression Inventory and the Perceived Emotional Distress Inventory. The data showed that levels of emotional distress among hospitalized and outpatients had similarities to each other. There were psychological disorders in cancer patients. However, it was possible to differentiate that depression and anxiety were more evident in hospitalized patients, while somatization and anger were more prevalent in patients receiving outpatient treatment.

Keywords: emotional distress, cancer, treatment, hospitalization, outpatient.



UNIVERSIDAD DEL
CAYUAY
Dpto. Idiomas



Translated by
Ing. Paúl Arpi

“La mente es el único órgano que está implicado en todo paciente con cáncer”

(Alfredo Die Goyanes y Javier Die Trill, 2003)

INTRODUCCIÓN

Cáncer, la enfermedad que ha perseguido a la humanidad desde hace siglos, consumiendo a las personas que la padecen y a su familia posicionándose en los últimos años como una de las principales causas de malestar psicológico e inclusive causa de muerte.

Cáncer, es el nombre dado a las enfermedades en las que las células mutan, tornándose anormales, y se multiplican sin control invadiendo tejidos cercanos, formando tumores o neoplasias malignas denominadas de tipo oncológico. Asimismo, las células de cáncer se pueden diseminar hacia otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático, desarrollando enfermedades cancerígenas de tipo hematológico (NIH, 2014).

El malestar emocional como la depresión, ansiedad, desesperanza, catastrofismo, somatización, estrés, entre otros, son inherentes a los padecimientos del ser humano, sobre todo en el proceso de enfermedades de tipo oncológico y hematológico, ya que afectan al sujeto a nivel tanto físico, como psicosocial, por lo tanto, la ausencia de datos e información precisa de los niveles de dicho malestar, conllevan a un problema de carencia de atención para la salud psicológica de los pacientes con cáncer, puesto que requieren un acompañamiento y atención psicoterapéutica durante el proceso de la enfermedad (Hernández et al., 2013).

“Al diagnosticar el cáncer una persona entra a un viaje largo que puede afectar la salud física, bienestar mental y relaciones con sus seres queridos” (Burke, 2016), debido a que existe variables psicológicas implicadas en la manifestación de la enfermedad o que pueden desencadenar alteraciones y/o trastornos durante el proceso de la misma, una de las alteraciones psicológicas de carácter clínicamente significativo es el malestar emocional que experimentan los pacientes desde el momento del diagnóstico, siguiendo

por el tratamiento e inclusive remisión de la afección, debido a la incertidumbre sobre su pronóstico (Hernández et al., 2013).

A pesar que los avances médicos han permitido alcanzar tratamientos viables para las afecciones oncológicas, la parte psicológica no ha sido una prioridad en dichos avances lo cual ha provocado que el cáncer no sea comprendido a profundidad, sino de manera superficial y tan solo médica, lo cual no es suficiente para una recuperación integral del paciente. El proceso de tratamiento conlleva cambios significativos durante la vivencia de la enfermedad, como es la alteración de la autoimagen y autoconcepto por la pérdida del cabello y apariencia física en general causada por el tratamiento mismo o cirugías que éste requiera, astenia, efectos físicos secundarios recurrentes como náuseas y vómitos, alteración del sueño, dificultad en las relaciones interpersonales, aspectos psicosexuales, entre otros (Cruzado, 2010), lo cual refuerza la inestabilidad psicológica del paciente.

En las instituciones encargadas de tratar el cáncer en Cuenca-Ecuador, como lo es SOLCA, no existe una base de baterías de evaluación de rutina para valorar la condición psicológica de los pacientes; además la existencia de un registro o evidencia que representen la atención psicológica frente al malestar emocional en los pacientes de SOLCA, inclusive a nivel nacional, es nula, razón por la cual se identificó la necesidad de generar un estudio que permita demostrar los altos niveles de malestar emocional que padecen las víctimas de enfermedades oncológicas que se encuentran recibiendo tratamiento sistémico general en dicha institución, lo cual permitirá brindar un servicio de salud integral para su bienestar y profundizar la comprensión de la vivencia de los pacientes en el proceso su enfermedad.

Según investigaciones realizadas en diferentes países como Chile, Argentina, Guatemala, Colombia y Estados Unidos, demuestran que entre el 24% y 40% de los sujetos que padecen cáncer y se encuentran recibiendo tratamiento, radioterapéutico o sistémico, evidencian altos niveles de malestar emocional y requieren de atención psicológica para mejorar su salud mental durante el proceso de tratamiento hospitalizado o ambulatorio (Cruzado, 2012).

CAPÍTULO I.

ONCOLOGÍA CLÍNICA

Introducción:

El término oncología, deriva del griego *onkos* (masa o tumor) y el sufijo *logos* (estudio de), por lo tanto, oncología es la ciencia médica que se dedica al estudio de neoplasias (tumores). Desde la época egipcia de 1600 a.C., existe la referencia del cáncer; igualmente se cree que Hipócrates fue el primero en usar el término *karkinos* (relativo al cangrejo) al observar las protuberancias de las venas del cuello en un paciente con cáncer y relacionarlo con el cuerpo y patas del cangrejo (Acuña et al., 2014; Muñoz, 2004).

Por otro lado la palabra cáncer, se asocia también al término latín *cangros*, atribuido a un animal nocturno que vive en las profundidades del pantano, mismo que utiliza movimientos impredecibles e descoordinados para desplazarse, capturando y torturando así a su presa hasta la muerte (Die Trill, 2005). Esta asociación ha contribuido a que se relacione inevitablemente al cáncer con el sufrimiento y la muerte.

Para combatir al cáncer existen varios tipos de tratamiento, tales como la cirugía y la radioterapia, los cuales actúan a nivel local y se utilizan fundamentalmente en estadios precoces de la enfermedad, mientras que la quimioterapia, hormonoterapia o inmunoterapia, actúan a nivel sistémico, es decir en todo el cuerpo y organismo del paciente, siendo empleados fundamentalmente cuando la enfermedad está extendida; su objetivo es eliminar las células cancerosas dispersas por el cuerpo, por ello, los medicamentos tienen que llegar a la sangre y distribuirse por los tejidos (Guillem Porta, 2015).

1.1 Generalidades del cáncer

1.1.1 Concepto

El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento más allá de los límites normales que invaden tejidos sanos (American Cancer Society,

2019). No todos los tumores son cancerosos; puede haber tumores benignos y tumores malignos.

El cáncer se inicia por la transformación de una célula, o grupo de células, que evolucionan y/o mutan formando un tumor que crece de forma indefinida, ya que se alteran, fundamentalmente, la capacidad de proliferación celular, diferenciación y la organización cromosómica genética, provocando la invasión de tejidos u órganos vecinos y es capaz de expandirse por metástasis, hasta su progresión, que podría llevar a la muerte del paciente sino ha habido ningún tratamiento efectivo o se encuentra en una etapa muy avanzada (Cruzado, 2010; Puente y De Velasco, 2017).

En algunos casos, el cáncer, puede evolucionar hacia una remisión espontánea, y en otras el paciente sobrevive a largo tiempo por crecimiento lento o estabilización de la enfermedad, sin embargo, no existe una cura definitiva debido a que varios factores tanto hereditarios y biológicos como químicos (exposición a combustibles, gases, alimentación, etc.) y emocionales están involucrados en la aparición de esta enfermedad (Cruzado, 2010).

1.1.2 Etiología:

El cáncer es una enfermedad que no se encuentra sola, se va asociando a una serie de procesos clínicos, en base a una proliferación anormal de células que se van esparciéndose por todo el cuerpo, generalmente por invasión y metástasis (Instituto Nacional del Cáncer (NIH), 2015), siendo la invasión “la migración y penetración directa de las células cancerosas en el tejido vecino”, mientras que la metástasis, según Cruzado, es “la circulación de las células cancerosas a través de los vasos sanguíneos y linfáticos que invaden el tejido normal en otras partes del cuerpo” (Cruzado, 2010).

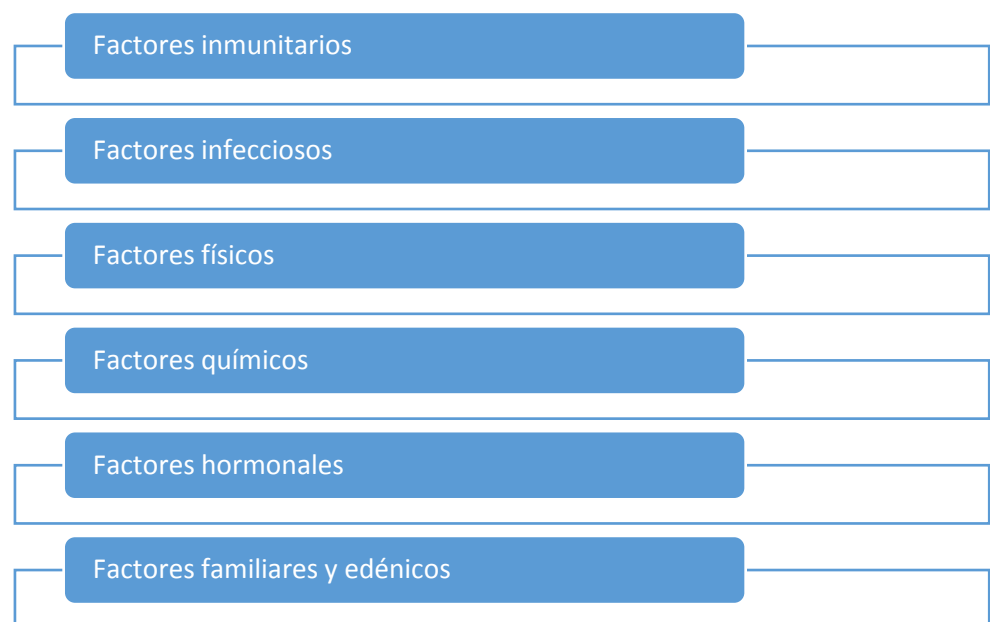
Según el paradigma de salud desarrollado en el siglo XXI, define al cáncer como cualquier enfermedad causada por el crecimiento descontrolado e invasivo de un grupo anormal de células, en un organismo con un sistema inmune y red psico-neuro-inmune-endocrino (PNIE) disfuncional, que no tiene la capacidad para reconocerlas y eliminarlas (Dubourdieu y Nasi, 2017).

La formación de una neoplasia (tumor) supone un desbalance entre los factores de crecimiento y los de destrucción, lo que conduce al crecimiento desmesurado de un clon celular. Los componentes principales del tejido neoplásico son las alteraciones heredadas en el genoma y una invasión hacia la regulación anormal del crecimiento, sin embargo se puede llegar a la cronicidad por hábitos no saludables como: estrés crónico, nutrición pobre, sedentarismo, alternación del ciclo de sueño, conflictos vinculares y emocionales (Die Trill, 2005).

1.1.3 Causas del cáncer

A continuación, se definen y muestran los factores que están asociados de manera directa a las causas del cáncer (ver figura 1):

Figura 1. *Causas del cáncer.*



Fuente: Las autoras (2019).

Dentro de las cuales se definen:

- *Factores inmunitarios*: en condiciones normales algunas células del sistema inmune participan en el reconocimiento y destrucción de células

aberrantes, por lo que alteraciones en la inmunidad de los pacientes impiden la destrucción de estas células extrañas al organismo, favoreciendo así su proliferación (Die Trill, 2005). La destrucción de estas células aberrantes se lleva a cabo por los linfocitos B, linfocitos NK y por macrófagos activados, por ejemplo: Linfocitos T son anormales en la enfermedad de Hodgkin en los algunos tumores diseminados; hay defectos en los linfocitos B en la leucemia linfocítica crónica, en el mieloma y en el cáncer de ovario (Die Trill, 2005).

- *Factores infecciosos*: determinados virus y parásitos están involucrados en la oncogénesis, provocando la formación de antígenos tumor-específicos en la membrana y en el citoplasma de las células infectadas (Die Trill, 2005).

- Virus de Epstein-Barr (VEB): están implicados en carcinomas nasofaríngeos y en el linfoma Burkitt, de igual manera involucrado en la enfermedad de Hodgkin y con el carcinoma laríngeo.

- Papiloma virus humano: cáncer de la cavidad oral y de la laringe y principal cáncer de cérvix.

- Virus del herpes: tumores faríngeos cáncer de cérvix.

- Virus de la hepatitis B Y C: de manera crónica están relacionando causalmente con el hepatocarcinoma.

- Retrovirus (VIH): Sarcoma de Kaposi y linfomas no Hodgkin
- Otros factores importantes:

- Parásitos: Scchistosoma Haematobium han contribuido a la aparición de cáncer de vejiga y el Clonorchis Sinensis al hepatocarcioma.

- Helicobacter: linfomas gástricos y posible factor etiológico del adenocarcinoma del estómago.

- *Factores físicos*: la ingestión de cáusticos, las inflamaciones crónicas y por cuerpos extraños (prótesis y asbestos), y los traumatismos repetidos,

actúan induciendo la proliferación celular, aumentando así la posibilidad de transformación tumoral (Die Trill, 2005).

- *Factores químicos*: hay carcinógenos orgánicos e inorgánicos que interviene en procesos industriales que afectan al organismo de los seres humanos. El tabaco es un carcinógeno principal, se considera que siete casos de cáncer se le son atribuible, al igual que la polución (Die Trill, 2005).
- *Factores hormonales* (vida sexual y reproductiva) (Die Trill, 2005):
 - Inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad, número alto de embarazos: cáncer de cérvix.
 - Menarquia precoz y menopausia tardía: cáncer de mama y el endometrio.
 - Nuliparidad: cáncer de mama, endometrio y ovario.
 - Edad tardía del embarazo: cáncer de mama.
 - Utilización de estrógenos en la menopausia: cáncer endometrial.
- Factores familiares y edénicos (Die Trill, 2005):
 - Cáncer de mama mutaciones de los genes.
 - Síndrome de neoplasias endocrinas múltiples (MEN): Alteraciones en los cromosomas 10 y 11 y pérdida de genes reguladores, originándose tumores múltiples en las glándulas endocrinas como la tiroides, hipófisis, paratiroides y o suprarrenales.
 - Síndrome de Lynch o Cáncer colorrectal hereditario no polipoideo: alteraciones en los cromosomas 2,3 y 7, con mutaciones en diversos genes responsables de la reparación del ADN.

Cabe recalcar que existen algunos factores de riesgo para cada tipo de cáncer: tabaco, dieta en exceso, consumo de alcohol, exposición a sustancias tóxicas, consumo de drogas, riesgos ocupacionales, infecciones y alteraciones genéticas (Cruzado, 2010).

1.1.4 Epidemiología

“La Sociedad de Lucha contra el Cáncer, Núcleo de Cuenca, permanentemente se esfuerza por cumplir su propósito de prevenir, diagnosticar y tratar a personas enfermas de cáncer” (Alvarado, 2013).

Según las estadísticas del Instituto, los padecimientos con neoplasia más frecuentes, sobre todo en la población rural, son el cáncer de próstata, seguido del cáncer de estómago, glándula mamaria, cuello uterino, colon, recto y ano, tiroides, sistema hematopoyético (Instituto del Cáncer SOLCA-Cuenca, 2015).

“El cáncer más frecuente en la mujer es el de mama, útero, estómago, tiroides, ovario, colon y en el hombre el de próstata, estomago, sistema hematopoyético, pulmón y colon”. Sin embargo, la prevalencia del cáncer es mayor en los hombres que las mujeres (Instituto del Cáncer SOLCA-Cuenca, 2015).

Tabla 1. Sexos y edades de personas parecientes.

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%
00-04	30	0,75%	43	1,77%	73	1,13%
05-09	45	1,12%	45	1,86%	90	1,40%
10-14	27	0,67%	30	1,24%	57	0,88%
15-19	40	1,00%	65	2,68%	105	1,63%
20-24	55	1,37%	43	1,77%	98	1,52%
25-29	102	2,54%	74	3,05%	176	2,73%
30-34	181	4,50%	53	2,19%	234	3,63%
35-39	271	6,74%	58	2,39%	329	5,11%
40-44	339	8,44%	84	3,47%	423	6,57%
45-49	397	9,88%	104	4,29%	501	7,78%
50-54	398	9,91%	126	5,20%	524	8,14%
55-59	385	9,58%	175	7,22%	560	8,69%
60-64	382	9,51%	242	9,99%	624	9,69%
65-69	336	8,36%	309	12,75%	645	10,01%
70-74	320	7,96%	302	12,46%	622	9,66%
75+	710	17,67%	670	27,65%	1380	21,43%
Total	4018	100,00%	2423	100,00%	6441	100,00%

Fuente: Adaptado de: SOLCA 2012-2016

Tabla 2. *Personas con cáncer por provincias.*

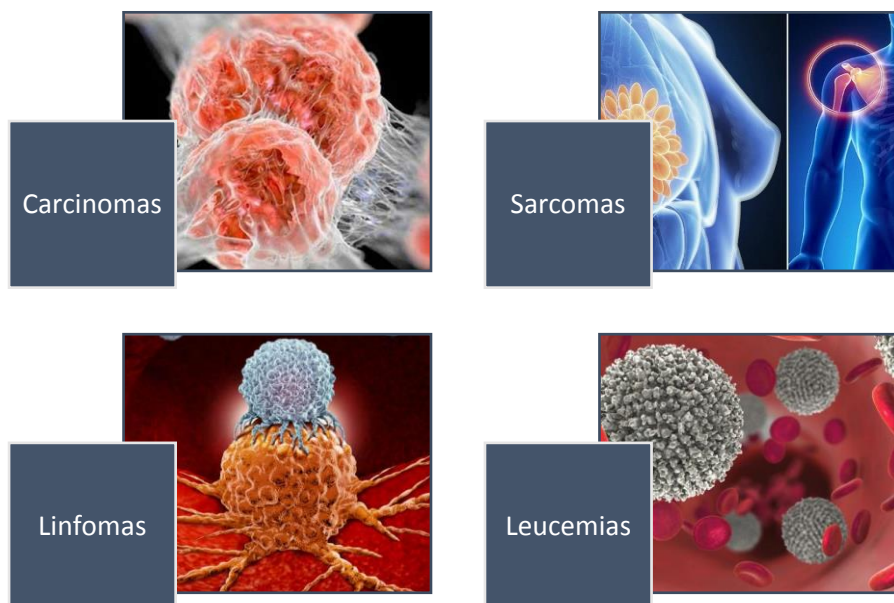
Provincia	Total	
	#	%
AZUAY	3885	59,85%
EL ORO	855	13,17%
CAÑAR	845	13,02%
LOJA	276	4,25%
MORONA SANTIAGO	273	4,21%
GUAYAS	115	1,77%
OTRAS PROVINCIAS	242	3,73%
TOTAL	6491	100,00%

Fuente: SOLCA (2013-2018)

1.2 Tipos de cáncer más frecuentes en adultos

Según el Doctor Juan Antonio Cruzado, de la Universidad Complutense de Madrid, en su manual de Tratamiento Psicológico en Pacientes con Cáncer clasifica cuatro tipos de cáncer más comunes que se suelen presentar en los pacientes:

Figura 2. *Tipos de cáncer más frecuentes en adultos.*



Fuente: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/cancer/leucemia.html>

1.2.1 Carcinomas

El más común entre los diferentes tipos de cáncer, proviene de las células que cubren las superficies internas y externas del cuerpo. Los más frecuentes son: cáncer de mama, pulmón y colon-gástricos.

1.2.2 Sarcomas

Surgen de las células que se encuentran en los tejidos que sostienen el cuerpo como el hueso, cartílago, tejido conectivo, músculo y grasa.

1.2.3 Linfomas

Se originan en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico existen dos tipos: HODGKIN Y NO HODGKIN.

1.2.4 Leucemias

Cánceres de células inmaduras de la sangre producidas en la médula ósea que tienden a acumularse dentro del torrente sanguíneo.

Existen una gran variedad de nombres técnicos para distinguir las diferentes clases de tipos de cáncer, por lo general se utilizan diferentes prefijos que representan el nombre de la célula afectada, es decir el prefijo “osteo” significa hueso y el prefijo “adeno” glándula; entonces, el cáncer se presentará en el hueso (ej: osteosarcoma) o en una glándula (ej: adenocarcinoma), respectivamente (Cruzado, 2010).

1.3 Clasificación de etapas del cáncer

1.3.1 Estadificación T-N-M:

Los cánceres se suelen clasificar por su extensión, para lo que se suele utilizar una clasificación T-N-M, siendo T a la cual se asigna un número de acuerdo con el tamaño o la invasión del tumor primario, se asigna otro número a N de acuerdo con los ganglios linfáticos afectados, y otro número a M si hay metástasis a distancia (Cruzado, 2010).

A cada combinación de números para T-N-M, se le asigna un grado de extensión global que se relaciona con la probabilidad de combinación. Este grado de combinación se llama estadio (American Society of Clinical Oncology (ASCO), 2018).

1.3.2 Estadios clínicos

No todos los cánceres se estadifican utilizando el sistema T-N-M. Esto se debe a que algunos cánceres, como la leucemia, no forman tumores ni se esparcen de la misma forma. Por lo tanto, se utilizan otros sistemas como los estadios clínicos (American Society of Clinical Oncology (ASCO), 2018).

Con base en los valores T-N-M y otros factores se asigna un estadio al cáncer, estos están diseñados para probar nuevas formas de tratar el cáncer, detectarlo y diagnosticarlo, prevenirlo y tratar sus síntomas o los efectos secundarios de su tratamiento (American Society of Clinical Oncology (ASCO), 2018).

- Estadio 0: Están presentes células anormales, pero estas no se han propagado.
- Estadio I, II, III: Se refiere al tamaño del tumor y a cuanto se ha propagado el cáncer a los ganglios linfáticos.
- Estadio IV: La enfermedad se ha propagado a otros órganos y tejidos.

1.3.3 Grado histológico:

Es la descripción de un tumor según cuán anormales se ven las células y los tejidos cancerosos al microscopio y cuán rápido se podrían multiplicar y diseminar las células cancerosas. Las células cancerosas de grado bajo se parecen más a las células normales y tienden a multiplicarse y diseminarse de forma más lenta que las células cancerosas de grado alto. Los sistemas de clasificación para cada tipo de cáncer son diferentes. Se usan para ayudar a planificar el tratamiento y determinar el pronóstico (NIH, 2014).

Figura 3. Guía de práctica oncológica

NCCN®

Guías de Práctica
Oncológica – v.1.2005

[Índice de Guías](#)
[Estadificación, MS, Referencias](#)

Etapificación

Tabla 1

Etapificación TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC)

Tumor primario (T)

- TX No puede determinarse tumor primario
- T0 No hay evidencia de tumor primario
- Tis Carcinoma in situ: tumor intraepitelial sin invasión a la lamina propia
- T1 El tumor invade lamina propia o submucosa
- T2 El tumor invade muscularis propia o subserosa
- T2a El tumor invade muscularis propia
- T2b El tumor invade subserosa
- T3 El tumor penetra serosa (peritoneo visceral) sin invasión a estructuras adyacentes ‡
- T4 El tumor invade estructuras adyacentes

Ganglios linfáticos regionales (N)

- NX No pueden determinarse ganglios regionales
- N0 No hay metástasis linfáticas regionales
- N1 Metástasis en 1 a 6 ganglios linfáticos regionales
- N2 Metástasis en 7 a 15 ganglios linfáticos regionales
- N3 Metástasis en más de 15 ganglios linfáticos regionales

Metástasis a distancia (M)

- MX No pueden determinarse metástasis a distancia
- M0 No hay metástasis a distancia
- M1 Metástasis a distancia

Grado histológico (G)

- GX No puede determinarse el grado
- G1 Bien diferenciado
- G2 Moderadamente diferenciado
- G3 Poco diferenciado
- G4 Indiferenciado

Agrupamiento por etapas

Etapa 0	Tis	N0	M0
Etapa IA	T1	N0	M0
Etapa IB	T1	N1	M0
	T2a/b	N0	M0
Etapa II	T1	N2	M0
	T2a/b	N1	M0
	T3	N0	M0
Etapa IIIA	T2a/b	N2	M0
	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
Etapa IIIB	T3	N2	M0
Etapa IV	T4	N1-3	M0
	T1-3	N3	M0
	T	N	M1

* Usado con permiso del American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. El original y fuente primaria de información es el AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002) publicado por Springer-Verlag New York. (Para más información, visite www.cancerstaging.net) Cualquier cita o anotación a este material debe ser acreditada a la AJCC como fuente primaria. La inclusión de esta información no autoriza su reutilización o redistribución sin el permiso escrito de Springer-Verlag New York en representación de la AJCC.

Fuente: (National Comprehensive Cancer Network, 2016)

1.4 Tratamientos

Tal y como se menciona anteriormente, los varios tipos de tratamiento oncológico como la cirugía radioterapia, braquiterapia y terapia sistémica, procuran combatir el cáncer para brindar una esperanza de sobrevivida a los pacientes, ya sea con fines de remisión de manera paliativa.

1.4.1 Tratamiento general sistémico:

1.4.1.1 Quimioterapia:

Consiste en la administración de fármacos llamados citostáticos que impiden la reproducción de células malignas.

Forma de aplicación de la quimioterapia:

- Neoadyuvante: se aplica antes de la cirugía y nos permite valorar su efectividad y hacer operables algunos que no lo eran (Die Trill, 2005).
- Adyuvante: en el caso de la quimioterapia, se llaman fármacos adyuvantes a aquellos que son administrados, posterior a un tratamiento previo, como es el caso de la cirugía, es decir el paciente es intervenido y posteriormente recibe su tratamiento sistémico.
- Alternante: permite usar secuencialmente dos pautas con citostáticos distintos para evitar resistencias dadas la heterogeneidad de las células tumorales (Die Trill, 2005).
- Intra-arterial: con ellas se aplica una dosis muy alta directamente, al tumor se usa sobre todo a través de la arteria apática para tratar metástasis en hígado de cánceres colorrectales (Die Trill, 2005).
- Intraperdicardica: aplicable a derrames pericárdicos malignos, al igual que la intrapleural y la intraperitoneal los derrames de esas cavidades, fundamentalmente de ovario y mesoteliomas (Die Trill, 2005).
- Intratecal: tratamiento mediante el que se inyectan medicamentos contra el cáncer en el espacio lleno de líquido que está entre las capas delgadas de tejido que cubren el encéfalo y la médula espinal, se administra en diagnósticos hematológicos, como lo son leucemias y linfomas (NIH, 2014).

1.4.1.2 Hormonoterapia:

Se utiliza en aquellos tumores que depende de hormonas para su crecimiento, ya que este tratamiento impide que las células cancerosas utilicen la hormona para crecer. Es un tratamiento que genera poca toxicidad (Die Trill, 2005).

Modalidades de Hormonoterapia:

- Hormonoterapia ablativa: Hace referencia a la eliminación completa de los esteroides del sexo del cuerpo humano a través de la castración quirúrgica, la radiación o químicos (Die Trill, 2005). Este tipo de terapia consiste en la ovariectomía, orquiectomía, suprarrenalectomía e hipofisectomía, esto último conduce a la supresión de la secreción de gonadotropina, evitando la producción de estrógenos y/o andrógenos. Simultáneamente desaparecen la somatotropina y la prolactina, también implicadas en el crecimiento tumoral (Die Trill, 2005).
- Hormonoterapia aditiva: Se emplea los estrógenos en el cáncer de próstata, progestágenos en cánceres de mama, endometrio, riñón y en ciertos casos también de próstata y los corticoides como euforizantes (Die Trill, 2005).
- Hormonoterapia competitiva: Antiestrógenos, antiandrógenos (Die Trill, 2005).

1.4.1.3 Inmunoterapia o bioterapia:

Tiene como objetivo estimular las defensas del organismo contra el tumor. La mayor parte de las técnicas de este tipo de terapia sistémica, se encuentran aún en fase de experimentación, inclusive a nivel mundial, sin embargo, se procura psicoeducar a la población y preparar a los profesionales de la salud en el área oncológica y hematológica, ya que es un tratamiento menos invasivo y con efectos secundarios menos agresivos, en comparación a la quimioterapia.

El Instituto del Cáncer SOLCA – Cuenca, en conjunto con especialistas extranjeros y el área de genética procuran introducir tanto teóricamente como de manera práctica este tratamiento en pro del proceso contra el cáncer.

Los principales son los anticuerpos monoclonales que se utilizan en el caso de linfomas, cáncer de mama y/o cáncer colorrectal. Las citoquinas que se utilizan en caso de leucemias, melanomas y ciertos casos de sarcomas. La terapia celular adoptiva se basa en la transferencia de células inmunológicas en casos de infiltraciones tumorales que tengan gran actividad tumoral (Die Trill, 2005).

1.4.2 Tratamiento en etapas terminales

Cuando la enfermedad ha llegado a un estadio clínico avanzado (etapa clínica IV), a causa de metástasis o progresión, se evalúa la situación y condiciones clínicas del paciente para que posteriormente, en el caso de SOLCA, a través de una sesión conjunta de los médicos tratantes y demás equipo clínico analizan si brindar tratamiento oncológico paliativo o dejar al sujeto FTO (Fuera de Tratamiento Oncológico) y tan solo con manejo de dolor, es decir el paciente podría recibir radioterapia, cirugía o terapia sistémica sin fines de remisión hasta su máximo beneficio o simplemente se controlaría la sintomatología ocasionada por la enfermedad hasta que llegue a su deceso (Cruzado, 2010).

1.5 Manifestaciones frente al cáncer:

La quimioterapia, terapia endócrina y bioterapia son formas de tratamiento sistémico de cáncer. Los objetivos para cada uno de estos tratamientos son alcanzar a la remisión, aumento de supervivencia o intención paliativa.

El desconocimiento frente al tratamiento y el temor que genera el estereotipo de esta enfermedad pueden provocar actitudes negativas y conceptualizaciones erróneas sobre el cáncer. A su vez los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos provocan cambios físicos difíciles de tolerar por parte del paciente, pues todos ellos dificultan la adaptación emocional, por los cambios en su estilo de vida, durante el tratamiento por parte de la familia y de quien padece la enfermedad (Die Trill, 2005).

1.5.1 Manifestaciones físicas:

Existen manifestaciones físicas inherentes a la enfermedad o al tratamiento, las cuales desencadenan y refuerzas las manifestaciones psicológicas por las que atraviesas los pacientes frente a la realidad del cáncer, Cruzado (2010) define a las siguientes manifestaciones físicas como las más frecuentes:

Dolor: puede estar ocasionado por el propio tumor o los tratamientos contra el cáncer. El dolor puede ser somático, visceral o neuropático (por lesiones del sistema nervioso) (Cruzado, 2010). Es el síntoma más temido, sin embargo, el Instituto del Cáncer SOLCA, procura brindar atención primaria a dicho malestar físico a través del departamento del manejo del dolor.

Astenia: el cansancio es una queja común en el paciente con cáncer, cerca de un 91% lo experimenta, lo cual les impide llevar a cabo “una vida normal”. Principalmente se presenta por la quimioterapia o la radioterapia y puede mantenerse aún después de culminar el tratamiento (Cruzado, 2010).

Problemas respiratorios: son frecuentes y más molesto en personas con cáncer avanzado, es común en el cáncer de pulmón y en los pacientes que reciben trasplante de médula ósea. La disnea restringe mucho la actividad física y social (Cruzado, 2010).

Linfedema: hace referencia a la acumulación de linfa en una extremidad, que no se puede drenar, por lo que se produce hinchazón. Ocurre con cierta frecuencia a causa de la cirugía en el cáncer de mama. El linfedema provoca debilidad, limitación en rango de movimiento y dolor, además afecta la imagen corporal (Cruzado, 2010).

Problemas cognitivos: déficits cognitivos relativos a atención, memoria o confusión se dan en determinados protocolos de quimioterapia, radioterapia o inmunoterapia, pueden desencadenar ansiedad o depresión (Cruzado, 2010).

Dificultades de comunicación: es evidente, y generalmente inevitable, en pacientes con cáncer de laringe, esófago, cabeza y cuello, y cerebral que afectan la calidad de vida (Cruzado, 2010).

Problemas relativos al embarazo: las mujeres afectadas de cáncer muestran preocupaciones de quedar embarazada durante el tratamiento, lo cierto es que el cáncer diagnosticado durante el embarazo ocasiona un alto nivel de estrés y ansiedad ya que existe incertidumbre acerca la recurrencia o pronóstico de la enfermedad, inclusive

creencias erróneas como “contagiar” al feto con la enfermedad. El tratamiento en las mujeres embarazadas con cáncer es más complicado y debe tener en cuenta el riesgo para el feto acerca de la quimioterapia, radioterapia o cirugía (Cruzado, 2010).

Infertilidad: la histerectomía, ooforectomía (extirpación testicular), la radiación en órganos pélvicos y la quimioterapia (puede producir una menopausia prematura, en el caso de las mujeres.) provocan infertilidad. La infertilidad en los hombres puede suceder como resultado del daño en la espermatogénesis (origen de los espermatozoides) tras una cirugía, radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal (Cruzado, 2010), cabe recalcar que la hormonoterapia también influye en la fertilidad o periodo de lactancia de las mujeres (en el caso de cáncer de mama).

Olores: en ocasiones, como resultado de la enfermedad los pacientes pueden emitir olores, lo cual tiene un fuerte impacto y puede provocar síntomas depresivos y/o aislamiento social. Estos olores pueden resultar de estomas, fistulas urinarias o fecales o necrosis del tumor que pueden ocurrir en cavidades corporales o en úlceras superficiales (Cruzado, 2010). De igual manera el cáncer de cuello uterino, vagina u oral tienen olores específicos, propios de la misma enfermedad como tal.

Náusea y vómito: los protocolos de quimioterapia pueden inducir náuseas y vómitos, a pesar de premedicación que SOLCA suele administrar para controlar los efectos secundarios de los tratamientos. En ocasiones los pacientes pueden experimentar náuseas y vómitos de manera anticipatoria o condicionada con estímulos asociados al tratamiento (Cruzado, 2010) ya que existe una predisposición provocada por un condicionamiento.

Deficiencias nutricionales y carencia de apetito: algunos pacientes presentan problemas nutricionales previamente al tratamiento, debido a problemas de alcohol y tabaco u otros, como a veces ocurre en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (Cruzado, 2010), sin embargo el propio cáncer dificulta una alimentación adecuada, como por ejemplo en el caso de cáncer de estómago. Asimismo, dependiendo del tratamiento que reciban, existen restricciones y dietas estrictas que los pacientes requieren según sus necesidades y en pro de su proceso de la enfermedad.

Cabe recalcar que la pérdida de apetito es frecuente en estadios de cáncer avanzados, se puede deber a la enfermedad o a los tratamientos, tal como se menciona anteriormente, así como a efectos de la depresión. La debilidad producida puede provocar

problema para realizar actividades de la vida diaria y dañar las relaciones sociales (Cruzado, 2010).

Síntomas orales: en muchos casos aparecen infecciones y hemorragias gingivales, estomatitis y mucositis, boca seca, cambios en el gusto, dificultad para masticar y pérdida de piezas dentales, propias del mismo tratamiento o la enfermedad, en caso de ser un cáncer de la cavidad oral o faringe. Así mismo pueden darse problemas para deglutir la comida (Cruzado, 2010).

Incontinencia y problemas de vejiga: es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes con cáncer de próstata o infecciones urinarias. En pacientes con cáncer colorrectal hay frecuentes problemas de diarrea y estreñimiento (Cruzado, 2010), razón por la cual el primer procedimiento, en este tipo de cáncer, es una colostomía.

Problemas de funcionalidad: el cáncer puede presentar dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, en ocasiones incluyendo el autocuidado (alimentarse, alimentase, vestirse), movilidad (capacidad para moverse en casa y en el exterior), actividades físicas (caminar, levantarse, inclinarse) y actividades de rol (trabajo, tareas caseras). La presencia de estas limitaciones es proporcional al estado depresivo (Cruzado, 2010), sin embargo es de vital importancia recalcar a los pacientes y a sus familiares la necesidad de mantener un ritmo de vida “lo más normal posible” a pesar de encontrarse en tratamiento, pues esto influye en la salud mental del paciente.

1.5.2 Manifestaciones psicológicas:

“El malestar es la experiencia emocional aversiva que impacta el funcionamiento cognitivo, conductual, social, emocional y espiritual de los pacientes con cáncer” (Hernández et al., 2013).

Las manifestaciones psicológicas intervienen con la capacidad de afrontar el cáncer debido a sus síntomas físicos y el tratamiento oncológico.

1.5.2.1 Malestar emocional en la etapa diagnóstico

El proceso de diagnóstico de cáncer, está asociado con altos niveles de ansiedad e incertidumbre. Entre las primeras reacciones frente al diagnóstico se evidencia negación, aceptación pasiva, rumiaciones cognitivas persistentes, miedo y un impacto emocional,

pues se podría considerar que en la mayoría de los casos el diagnóstico es inesperado, convirtiéndose en una amenaza a la supervivencia, al bienestar psicológico, social y a los proyectos vitales del paciente y de su familia (Cruzado, 2010).

Las reacciones emocionales en diagnóstico de cáncer están influenciadas por diversos factores, por ejemplo, la edad, las personas jóvenes suelen responder con mayor ansiedad, debido a la facilidad de acceder a más información a través de medios digitales lo cual puede generar falsas creencias y expectativas, además no solo se preocupan por su vida sino por su imagen corporal, proyectos vitales y situación económica (Cruzado, 2010).

Por otra parte, las personas con mayor edad responden con menor ansiedad debido a pensamientos de resignación, de haber cumplido su tiempo de vida; sin embargo, esto es relativo a cada realidad de los pacientes, dependiendo de la etapa de su ciclo vital en la que se encuentre, género, estado civil, creencias religiosas y su nivel de instrucción (Cruzado, 2010).

1.5.2.2 Malestar emocional en el tratamiento

Los niveles de malestar emocional varían durante el transcurso del cáncer, sin embargo, en ciertas fases como la del tratamiento, puede intensificarse debido a los cambios físicos y psico-sociales que atraviesan al recibir los tratamientos oncológicos, pues su estilo de vida cambia por la condición de la misma enfermedad y los cuidados específicos que deben tener.

Asimismo, el miedo que pueden experimentar puede producir reacciones negativas extremas como, por ejemplo, pacientes que adoptan medidas agresivas o tendencia a aislarse adoptando la evitación y la delegación de decisiones, existiendo cierta pérdida de identidad o desvalorización, lo cual influye significativamente en su estabilidad emocional (Cruzado, 2010).

1.5.2.3 Hospitalización:

En SOLCA, la hospitalización constituye un evento estresante por el impacto emocional derivado del ambiente hospitalario, conlleva a una pérdida de intimidad, cambios habituales de conducta, desorganización del ambiente familiar y separación, preocupaciones, estar cerca de pacientes en mejor o peor estado, lo cual genera expectativas y anticipaciones negativas, y, sobre todo, el tiempo limitado que existe para que los familiares tengan contacto con el paciente (Cruzado, 2010).

A más de, se considera un impacto emocional porque existe una baja laboral, ausencia temporal del desempeño en los roles familiares, sociales, académicos o en el tiempo libre y deportes, pues esto repercute negativamente en su autoconcepto, siendo factores que favorecen a la presencia de malestar emocional (Cruzado, 2010).

1.5.2.4 Ambulatorio:

Dependiendo del tipo de cáncer, según su estadio y estadificación, se definen diversos tipos de esquemas y medicamentos que el paciente puede recibir como tratamiento para buscar una remisión de la enfermedad, siendo estos esquemas en ocasiones recibidos de manera ambulatoria.

Con respecto a la terapia sistémica, en SOLCA – Cuenca, existe la unidad de Quimioterapia Ambulatoria, en la cual asisten los pacientes a recibir su tratamiento de quimioterapia sin necesidad de hospitalizarse, ya que las dosis pueden ser recibidas en menos de 24 horas. De igual manera la hormonoterapia se podría considerar ambulatoria ya que las dosis son recetadas por el medio tratante y son suministradas en casa.

Cabe recalcar que con la bioterapia el procedimiento sería similar al de la hormonoterapia, sin embargo, este tratamiento no es aplicado a todos los tipos de cáncer y aún se encuentra en estudio.

A pesar de que algunos tipos de cáncer reciben su tratamiento de manera ambulatoria, existe la presencia de malestar emocional debido a las afecciones físicas propias de la enfermedad y del tratamiento, ya que de todas maneras existe el temor,

incertidumbre, expectativas y la analogía de la enfermedad con la muerte, además del condicionamiento generado al relacionar a SOLCA con pensamientos catastróficos por las experiencias no satisfactorias propias del proceso.

1.5.2.5 Tipos y manifestaciones según Cruzado en su libro “Tratamiento Psicológico en pacientes con cáncer”:

- Depresión: “En pacientes con cáncer la depresión se identifica mejor por la intensidad del humor depresivo, la pérdida de interés y placer, el grado de sentimientos de desesperanza, la culpa, la infravaloración personal y la ideación suicida” (Cruzado, 2010).
- Ansiedad: La ansiedad es un sentimiento o una sensación de inquietud que a menudo se experimenta cuando se enfrenta una situación de tensión e incertidumbre. La ansiedad puede conllevar temor a lo desconocido (no saber qué puede pasar) o temor a lo conocido (saber qué puede pasar) y anticiparse ante aquello debido a la preocupación del pronóstico que pueden tener como pacientes oncológicos (Chemocare, 2019).
- Autoconcepto y autoimagen: Durante el tratamiento contra el cáncer se puede ver afectada la percepción y valoración de uno mismo (autoconcepto personal).

La imagen corporal se refiere a la concepción, percepción y sentimientos de una persona acerca de su cuerpo y en la manera que encaja según las normas sociales, por lo tanto, estos dos conceptos se suelen ver afectados debido a la vulnerabilidad que los pacientes sienten por el cambio físico evidente a causa del proceso de la enfermedad (Cruzado, 2010), por ejemplo la caída del cabello, palidez, pérdida de peso, en el caso de cirugías radicales (como en el cáncer de mama), afecciones en los dientes, entre otros, con respecto a la alteración de autoimagen.

El autoconcepto puede verse deteriorado, además de por los cambios físicos, por debilidad que pueden experimentar, lo que conlleva a una inactividad social y laboral, incapacidad de continuar con estudios, en el caso de los jóvenes debido a la hospitalización, pérdida de roles sociales, laborales y familiares, y, como se menciona

anteriormente, en ocasiones se puede dar una inestabilidad en la toma de decisiones e identidad de los pacientes.

- Sexualidad: En los pacientes con cáncer puede existir alteraciones en su vida sexual, ya que puede existir una notable pérdida de interés o disminución de la libido, asimismo extrema preocupación por su imagen corporal lo cual afecta la autoestima y el valor que pueden otorgarse a sí mismos (Cruzado, 2010). Por lo general, “las personas más jóvenes se sienten más estresadas a consecuencia de los problemas sexuales asociados con el cáncer” (Cruzado, 2010). Se pueden derivar estados emocionales de ansiedad y depresión.
- Irritabilidad u hostilidad: En los pacientes con cáncer es común, que debido al malestar físico y las condiciones en las que se encuentran o frustraciones que pueden atravesar, experimenten irritabilidad u hostilidad frente a su situación actual y la demuestren con el personal médico y/o familiares (Nieves del Pozo et al., 2008).
- Aislamiento social: Estudios previos han sugerido que el apoyo social puede mejorar los resultados en la salud del paciente con cáncer, ya que el aislamiento social ha sido vinculado con un aumento en el riesgo de muerte a causa de enfermedades crónicas severas (BBC News, 2009).
- Sin embargo, en pacientes con cáncer, sobre todo en jóvenes, suele darse la tendencia a aislarse debido a los factores que involucran el atravesar por la enfermedad, cambios físicos, debilidad, el propio malestar emocional e inclusive los mismos cuidados requeridos durante el tratamiento por la alteración de sus defensas.

1.5.2.6 Malestar emocional en recidivas o recaídas

La recidiva es considerada como un fracaso tanto para el paciente como para el equipo médico, causando reacciones emocionales como frustración, indecisión, desesperanza y sentimientos de descontrol, recaída o recidiva es considerada traumática y más devastadora debido a que esto induce a expectativas mucho más pesimista, que el diagnóstico inicial (Cruzado, 2010).

1.5.2.7 Malestar emocional en supervivencia – sobrevida

En el momento de ser dados de alta no se dispone de una capacidad plena para asumir las funciones que eran habituales, debido a la inactividad previa en la que se encontraban y por lo tanto facilita las frecuentes sensaciones de incertidumbre de poder ser capaces de lograrlo “con normalidad como antes” (Cruzado, 2010).

De igual manera, los estados de ansiedad pueden persistir o aumentar por preocupaciones sobre el retorno del cáncer; las revisiones periódicas se asocian al temor a una recidiva y pueden provocar altos niveles de ansiedad en los días previos a las pruebas y en el tiempo de espera de los resultados, poniendo en gran riesgo su calidad de vida (Cruzado, 2010).

1.5.2.8 Malestar emocional en paliativos y FTO (Fuera de Tratamiento Oncológico)

Se considera que esta fase es de mayor desafío, tanto para el equipo médico como para el paciente y su familia debido a las decisiones que se requieren tomar, la información que se debe dar, incertidumbre, la falta de participación de decisiones en ocasiones por parte del paciente y de la familia, la pérdida de roles, la sensación de dependencia, inutilidad, situaciones de falta de intimidad, soledad, separación de la familia o rechazo y sobre todo el miedo a la muerte, lo cual induce a estados emocionales de ansiedad y depresión, así como el estrés existencial (Cruzado, 2010).

“La muerte, el aislamiento, la trascendencia de la vida se hacen progresivamente más importantes para las personas con cáncer avanzados” (Cruzado, 2010).

1.6 Conclusiones:

- Lo que hasta ahora llamamos cáncer, sería el emergente de un sistema en desequilibrio, pues, cáncer incluye, no solo las células de crecimiento descontrolado, sino a todo el sistema fallido que permite su aparición, es decir, tal y como las leyes de la percepción o una de las leyes de la Gestalt estipulan: figura y fondo forman parte de una totalidad, por lo tanto, mirar al cáncer solo como un conjunto de células anormales e invasivas es enfocarse en la figura: “Sería como mirar las manecillas de un reloj sin tener el fondo de referencia”. En síntesis, el cáncer es la manifestación de una disfunción global en el ser humano como sistema complejo multidimensional (Dubourdieu y Nasi, 2017; Rueda, 2012).
- Frente a la presencia de un sistema inmune y red PNIE (psico-neuro-inmune-endócrina) “en falla”, un grupo de células acumulan múltiples mutaciones, provocadas por factores cancerígenos y la inactivación de mecanismos de reparación y desarrollo de un fenotipo de malignidad, invadiendo el cuerpo, por lo que puede llevar a la muerte (Dubourdieu y Nasi, 2017), por lo tanto la oncogénesis no solo radica en la mutación biológica y factores químicos externos a los que el ser humano puede estar expuesto, sino la salud mental juega un papel muy importante en la aparición de esta enfermedad, pues el ser humano es cuerpo y mente.
- La presencia de malestar emocional es inherente al padecimiento del cáncer, no solo por el impacto que provoca desde el diagnóstico, sino que el ser humano trabaja como unidad, y tanto factores físicos como emocionales influyen significativamente antes y durante el transcurso de la enfermedad.

CAPÍTULO II.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Introducción

El presente estudio tuvo como objetivo identificar los niveles de malestar emocional en pacientes que reciben tratamiento sistémico en modalidad hospitalaria y ambulatoria en SOLCA – Cuenca. El mismo se efectuó a 120 personas, 60 de cada área.

De acuerdo a varias investigaciones realizadas en distintos países, la prevalencia de malestar emocional varía dependiendo de múltiples factores como el nivel económico, número de hijos, lugar de trabajo, zona de vivienda, etc.; es decir, el factor socioeconómico es de gran importancia en este tipo de casos. Como ejemplo se puede indicar que en países como Estados Unidos existe una prevalencia del 19.7% de malestar emocional, por otra parte países de Latinoamérica como Chile presenta una prevalencia de 17.9%, en Guatemala la prevalencia es del 19,2%, en Colombia la prevalencia del malestar emocional va desde el 3% hasta el 12%, y en Ecuador según la INEC la prevalencia del malestar emocional es del 3.8% (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2018).

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación se enfoca en identificar los niveles de malestar emocional en los pacientes de SOLCA- Cuenca que se encuentran en la fase de tratamiento, tomando en cuenta bases médicas oncológicas para posteriormente abordar a profundidad los aspectos psicológicos que se ven involucrados en el proceso como parte de un estudio integral, ya que el cáncer no afecta al individuo solo físicamente, sino también psicológicamente.

El trabajo será desarrollado, a través de un estudio descriptivo correlacional transversal. Con 120 pacientes con cáncer que reciben tratamiento sistémico, hospitalario y ambulatorio (60 – 60 respectivamente), según criterios de inclusión y exclusión, los cuales establecen lo siguiente:

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Sujetos que se encuentren recibiendo tratamientos sistémico, hospitalizados o de manera ambulatoria.
- Sujetos que se encuentren entre los 18 y 70 años de edad y con libre instrucción.
- Sujetos que no se encuentren recibiendo tratamientos paliativos.
- Sujetos que firmen el consentimiento informado sobre la investigación.
- Sujetos que no se encuentren recibiendo iodoterapia.
- Sujetos que se encuentren en pleno goce de su capacidad cognoscitiva.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Sujetos que se encuentren recibiendo tratamientos paliativos.
- Sujetos que no reciban tratamiento sistémico, es decir cirugía, radioterapia o braquiterapia.
- Sujetos que no firmen el consentimiento informado sobre la investigación.
- Sujetos que se encuentren recibiendo iodoterapia, ya que a pesar de que es un tratamiento sistémico, los pacientes que reciben este tratamiento se deben mantener en aislamiento.
- Sujetos menores de edad o mayores a 70 años.
- Sujetos que no se encuentren en pleno goce de su capacidad cognoscitiva.

Para llevar a cabo la metodología, se evaluará la Ansiedad con la Escala de Hamilton (HARS), la depresión a través del Test de Beck, la sintomatología psicopatológica prevalente en población de estudio mediante el BSI 18 (Inventario Breve de 18 síntomas) y se aplicará el Inventario de Distres Emocional Percibido que será procesado para obtener los niveles de malestar emocional y corroborar los datos conseguidos a partir de las otras pruebas psicológicas. Además, se aplicará un instrumento con un conjunto de preguntas para identificar la modalidad de tratamiento y las características sociales de los pacientes (ficha sociodemográfica); todo será posible posterior a la aceptación del consentimiento informado que se le dará a conocer al participante.

Con los datos recolectados se realizará el respectivo análisis de acuerdo a los objetivos planteados (a través del programa SPSS), los cuales estipulan caracterizar la población, describir las manifestaciones psicológicas que presentan los pacientes, analizar de manera descriptiva los datos obtenidos y correlacionar el malestar emocional con sus condiciones sociales, incluyendo la modalidad de recepción de tratamiento, es decir hospitalizado o ambulatorio para poner a prueba la hipótesis de la existencia de malestar emocional en los pacientes de SOLCA que reciben tratamiento sistémico general y brindar un aporte significativo en el área de abordaje psicológico en el Instituto del Cáncer SOLCA.

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud OMS, 2011), el Ecuador tiene un nivel medio alto en lo referente al malestar emocional y se encuentra décimo en cuanto a los países de Latinoamérica que lo padecen, en el mismo informe se indica que la prevalencia del malestar emocional es del 7.5% en mujeres, mientras que del 5.5% en los hombres, a nivel general.

2.1 Tipo de estudio: descriptivo transversal

Son estudios diseñados para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo. Este tipo de estudio considera lo siguiente:

- Útiles para evaluar necesidades del cuidado de la salud y para el planeamiento de la provisión de un servicio.
- Particularmente importantes para enfermedades crónicas que requieren atención médica durante su duración.
- También pueden usarse para evaluar el impacto de medidas preventivas dirigidas a reducir la carga de una enfermedad en una población

2.2 Muestreo

2.2.1 Estimación de la muestra en cuestión

Se puede definir a la muestra como: “un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible (Arias, 2012)”. En este sentido, se puede definir a la

muestra como un subconjunto en el espacio de un conjunto poblacional completo. De esta manera, se puede estimar la muestra para este proyecto como:

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

Donde:

Z=nivel de confianza (valor tabulado); que para el caso de este proyecto se tomará del 95% (0,95).

N=Población. En el caso de SOLCA, se cuenta con un total estimado de 174 pacientes

p: Probabilidad (considerada de 0.5)

q: No probabilidad (sería la diferencia hasta 1, es decir 0.5)

e: Error (0.05 puesto que es el faltante de la confianza)

$$n = \frac{1.96^2 \times 174 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (174 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = 120 \text{ evaluaciones}$$

2.2.2 Datos generales de los entrevistados

En esta sección, se desarrollan y establecen los datos generales de los entrevistados y el resumen de los resultados obtenidos de acuerdo a la aplicación de las evaluaciones psicológicas. La muestra que se ha desarrollado corresponde a 120 encuestas. Siendo distribuido de la siguiente manera (ver tabla 3):

Tabla 3. *Porcentaje de personas en área ambulatoria y hospitalizada.*

Áreas	Total Evaluados	Porcentaje	Total Masculino	Total Femenino
Hospitalización	60	50%	36	24
Ambulatorio	60	50%	29	31
Total	120	100%	65	55

Fuente: Las autoras (2019).

Esto, fue distribuido de esta manera de acuerdo a requerimientos institucionales y para tener un análisis equitativo de cada área. Ahora bien, se muestra en la siguiente tabla (ver tabla 4) el resumen de resultados obtenidos de las personas encuestadas en SOLCA.

Tabla 4. Resumen de los datos generales de los entrevistados.

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Total	
			Porcentual	Entero
Forma de pago				
General	12	10,00%	100%	120
Convenios	108	90,00%		
Género				
Masculino	65	54,17%	100%	120
Femenino	55	45,83%		
Nivel académico				
Educación básica incompleta	1	0,83%	100%	120
Educación básica completa	35	29,17%		
Educación básica hasta décimo año	20	16,67%		
Bachillerato completo	32	26,67%		
Nivel tecnológico	6	5,00%		
Nivel superior	20	16,67%		
Nivel postgrado	6	5,00%		
Edad				
18 - 30 años	39	32,50%	100%	120
31 o más	81	67,50%		
Religión				
Cristiano	89	74,17%	100%	120
Católico	31	25,83%		
Otros	0	0,00%		
Estado civil				
Soltero/a	36	30,00%	100%	120
Unión de hecho	12	10,00%		
Casado/a	46	38,33%		

Separado/a (de hecho)	0	0,00%		
Divorciado/a (legalmente)	14	11,67%		
Viudo/a	12	10,00%		
Número de hijos				
1 o 2 hijos	62	51,67%	100%	120
3 o más	58	48,33%		
Personas con las que vive				
Ambos padres y hermanos	2	1,67%	100%	120
Esposo/a o pareja	46	38,33%		
Ambos padres, hermanos y otros familiares	0	0,00%		
Sólo con padre o madre	13	10,83%		
Vive sólo	1	0,83%		
Otros	58	48,33%		
Actividad que desarrolla actualmente				
Obrero	17	14,17%	100%	120
Ama de casa	19	15,83%		
Estudiante	18	15,00%		
Empleado público o privado	38	31,67%		
Ninguna	28	23,33%		
Diagnóstico				
Oncológico	67	55,83%	100%	120
Hematológico	53	44,17%		
Tiempo del último tratamiento				
1 - 6 meses	45	37,50%	100%	120
7 - 12 meses	45	37,50%		
12 o más meses	30	25,00%		
Antecedentes familiares				
Abuelos paternos	5	4,17%	100%	120
Abuelos maternos	3	2,50%		
Padre	11	9,17%		
Madre	19	15,83%		
Hermanos	18	15,00%		
Tíos (as) maternos	10	8,33%		

Tíos (as) paternos	31	25,83%		
Ninguno	23	19,17%		

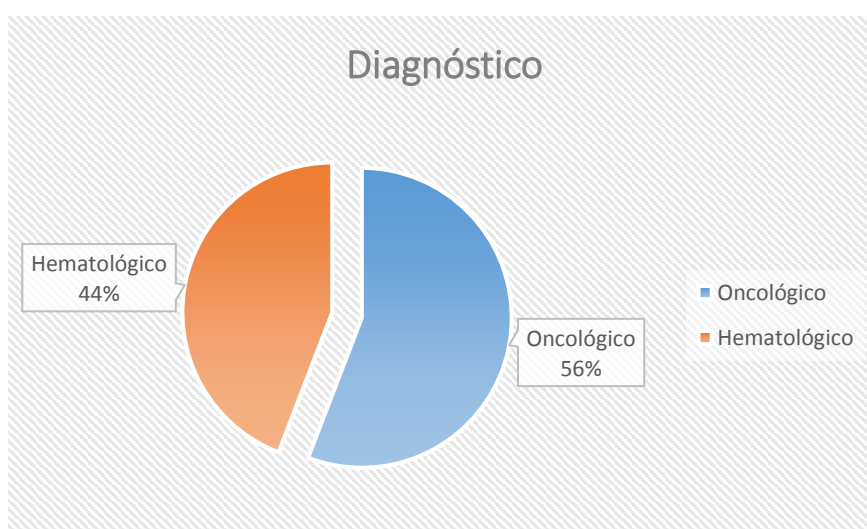
Fuente: Las autoras (2019).

De esto, pueden verse que se cumple un indicador que básicamente es mundial y es referente a que la gran mayoría de las personas afectadas con cáncer son en gran parte hombres. La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha establecido que:

Un hombre de cada 5 y una mujer de cada 6 en el mundo, desarrollará un cáncer durante su vida, mientras que uno de cada 8 hombres y una de cada 11 mujeres morirá de esta enfermedad, según las últimas cifras presentadas. (Organización Mundial de la Salud OMS, 2011).

Se puede decir además que gran parte de la población utiliza como método de pago la forma por convenio, ya sea con el IESS o a través del Ministerio de Salud, esto pues, por el factor económico que es el más predominante en este caso. Por otro lado, dentro de la tabla se definen los factores socio-económicos que precisan a cada paciente encuestado. Cabe destacar, que, respecto a los diagnósticos, se tienen los resultados siguientes:

Figura 4. Resultados de diagnóstico de los pacientes



Fuente: Las autoras (2019).

Esto, puede establecer que predominan más pacientes oncológicos que hematológicos dentro de SOLCA. Una de las relaciones que más se puede dejar en claro en este tipo de análisis es la relación de cuántas personas por género tienen un diagnóstico específico; esto es:

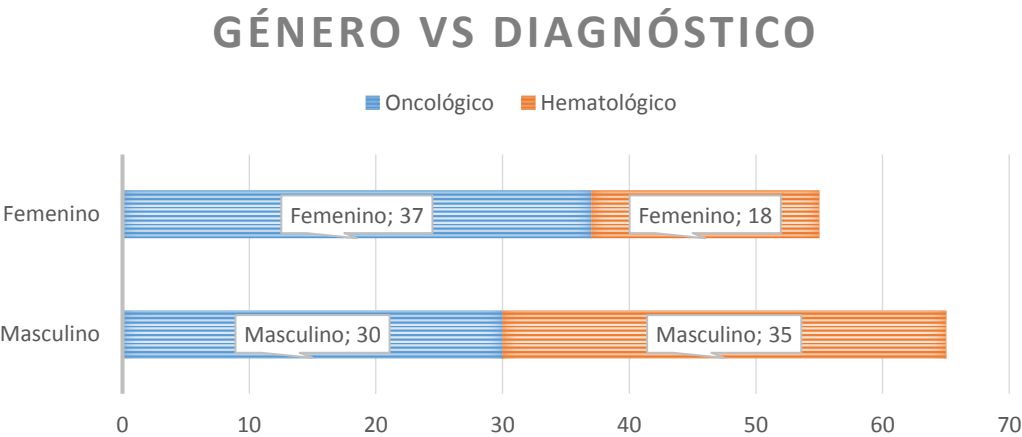
Tabla 5. *Diagnóstico por géneros.*

		Diagnóstico		
		Oncológico	Hematológico	
Género	Masculino	30	35	65
	Femenino	37	18	55
		67	53	120

Fuente: Las autoras (2019).

Gráficamente, se puede ver lo que sigue:

Figura 5. *Cruce de variables entre el género vs el diagnóstico del paciente.*



Fuente: Las autoras (2019).

Se observa una predominancia por parte de las mujeres en cuánto a un diagnóstico del tipo oncológico. Otra de las variables a ser cruzadas de mayor importancia dentro de este proyecto es la variable área vs el diagnóstico. En base al cruce obtenido, se tuvo lo siguiente:

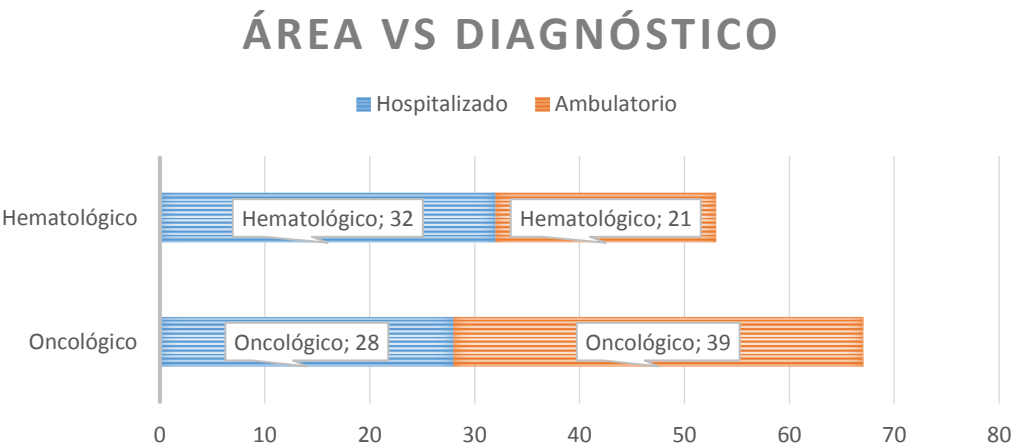
Tabla 6. *Cruce de las variables área vs diagnóstico.*

		Diagnóstico		
		Oncológico	Hematológico	
Área	Hospitalización	28	32	60
	Ambulatorio	39	21	60
		67	53	120

Fuente: Las autoras (2019).

Es importante mencionar entonces que, dentro de la escala, predomina un valor de 39 pacientes con patología oncológica dentro del área ambulatoria, gráficamente es:

Figura 6. Cruce de variables entre las áreas vs el diagnóstico de los pacientes



Fuente: Las autoras (2019).

2.3 Validación de los test aplicados

2.3.1 Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

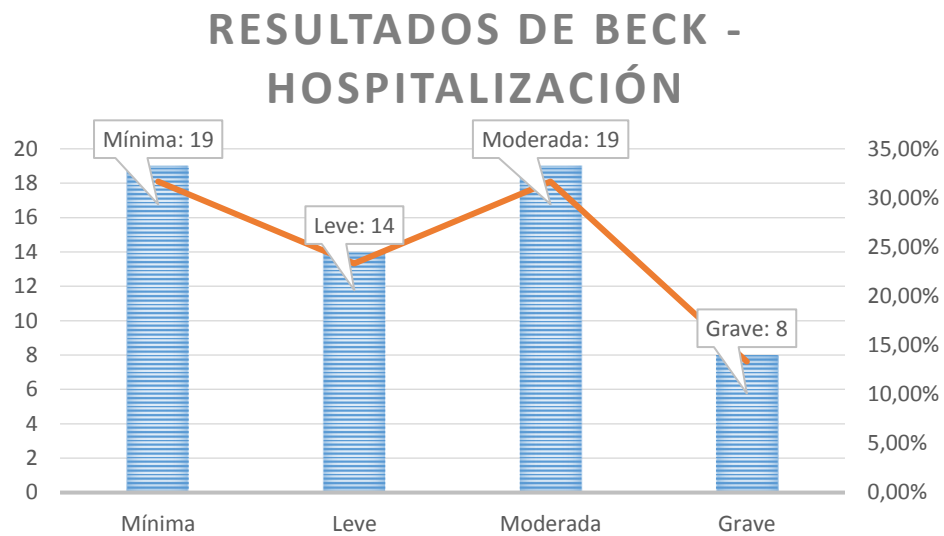
El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad.

Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas.

El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para detección o chequeo. En este caso, para identificar la presencia de esta manifestación psicológica como malestar emocional durante el tratamiento.

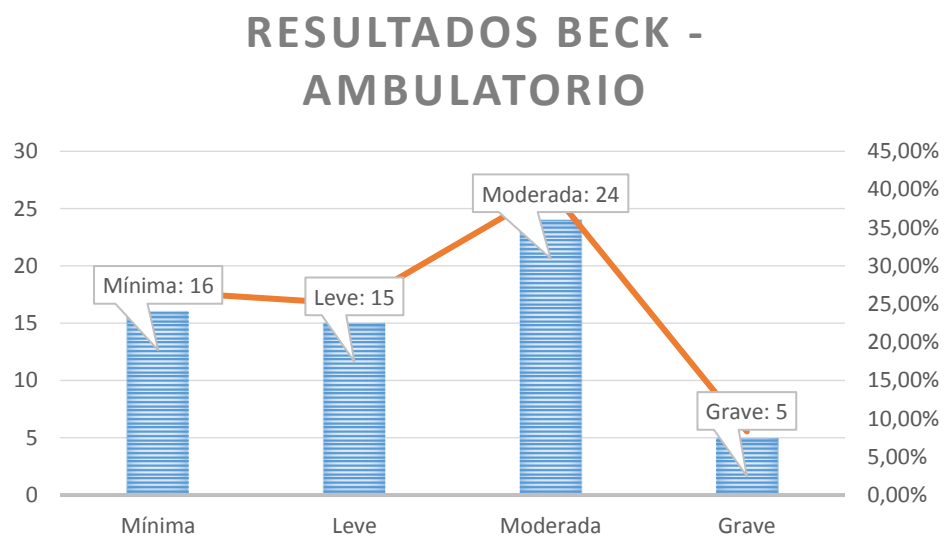
Dentro del inventario de depresión de Beck, se realizaron estudios de acuerdo al cuestionario propio del método; y estos han arrojado valores cuantitativos para cada paciente. Una vez la comparación de estos resultados en pro a los Baremos, se han obtenidos datos de hospitalización y ambulatorios. Estos se muestran a continuación en las siguientes figuras:

Figura 7. Resultados Beck - Hospitalización



Fuente: Las autoras (2019).

Figura 8. Resultados Beck - Ambulatorio



Fuente: Las autoras (2019).

Como se ha mencionado con anterioridad, el BDI es un test de depresión, por lo que se puede considerar que existe una predominancia moderada de tal manifestación psicológica en las áreas de hospitalización y ambulatorio de SOLCA. Sin embargo, es

relevante destacar que dentro del área de hospitalización existe una cantidad considerable de ocho (8) pacientes con depresión grave, mientras que en ambulatorio son cinco (5).

2.3.2 Inventario breve de 18 síntomas (BSI)

El BSI-18 es un autoinforme que proporciona información sobre el nivel de malestar psicológico y los síntomas psiquiátricos más prevalentes de los trastornos psicológicos en población general y médica. Consta de 18 ítems (o síntomas) por medio de los cuales el evaluado indica el grado de malestar producido por cada uno de los síntomas durante los últimos 7 días. BSI-18 estima un Índice Global de Gravedad, y ofrece puntuaciones en tres dimensiones: Somatización, Depresión y Ansiedad.

Al aplicar el BSI a los 120 pacientes, que se tomaron como muestra para la investigación, se obtuvieron los siguientes resultados que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 7. Resultados del BSI-18.

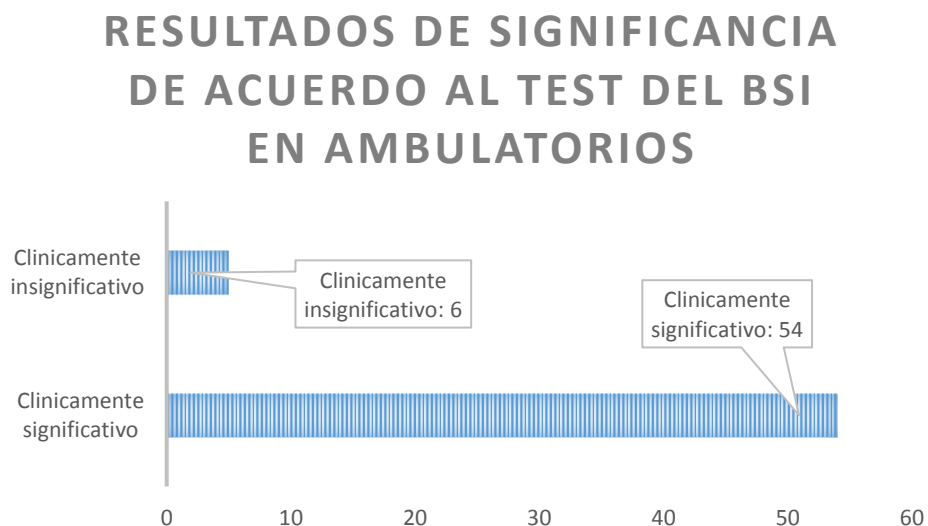
Ítems	Porcentaje				
	Nada	Poco	Moderado	Bastante	Mucho
1 Sensación de desmayo o mareos	2,00%	3,40%	6,90%	25,60%	62,10%
2 No sentir interés por las cosas	5,40%	5,90%	11,30%	15,80%	61,60%
3 Nerviosismo o temblor	5,40%	4,90%	12,30%	23,60%	53,70%
4 Dolores en el corazón o en el pecho	2,50%	3%	10,80%	20,20%	63,50%
5 Sentirse solo	7,40%	4,40%	10,30%	9,40%	68,50%
6 Sentirse tenso o alterado	6,40%	7,90%	15,30%	25,60%	44,80%
7 Nauseas o malestar en el estómago	5,90%	9,40%	9,90%	22,20%	52,70%
8 Sentimientos de tristeza	9,90%	6,90%	19,20%	29,10%	35%
9 Sustos repentinos y sin razón	2,50%	2%	4,40%	13,80%	77,30%
10 Falta de aire	1,50%	3,40%	7,40%	17,70%	70%
11 Sentir que usted no vale nada	4,90%	2%	4,40%	8,40%	80,30%

12 Ataques de terror o pánico	1,50%	2,50%	2%	4,90%	89,20%
13 Adormecimiento u hormigueo en ciertas partes del cuerpo	5,40%	6,40%	11,80%	28,60%	47,80%
14 Sentirse sin esperanza en el futuro	4,40%	0,50%	4,40%	11,30%	79,30%
15 Sentirse tan inquieto que no puede permanecer sentado	4,90%	2%	7,90%	14,80%	70,40%
16 Sentirse débil en partes del cuerpo	3,40%	7,40%	13,30%	27,10%	48,80%
17 Pensamientos de poner fin a su vida	1,50%	0,50%	1,50%	3,90%	92,60%
18 Sentirse con miedo	4,90%	4,40%	10,30%	17,20%	63,10%

Fuente: Los autores (2019).

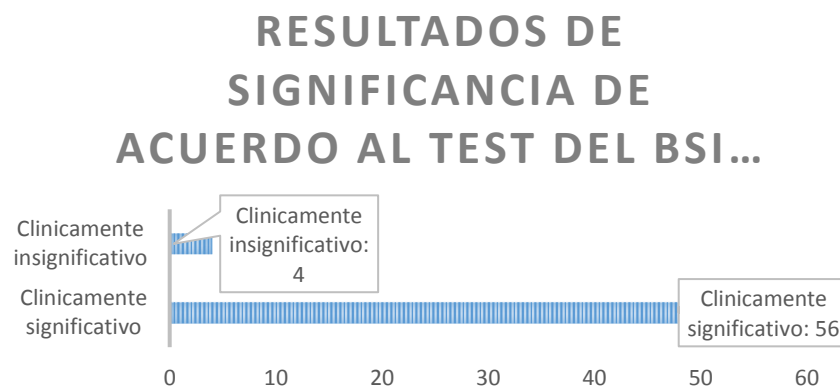
En base a estos datos correlacionales obtenidos, se pueden mostrar por áreas (hospitalización y ambulatorio) lo siguiente:

Figura 9. Significancia según BSI-18 en el área ambulatoria.



Fuente: Las autoras (2019).

Figura 10. Significancia según BSI-18 en el área ambulatoria

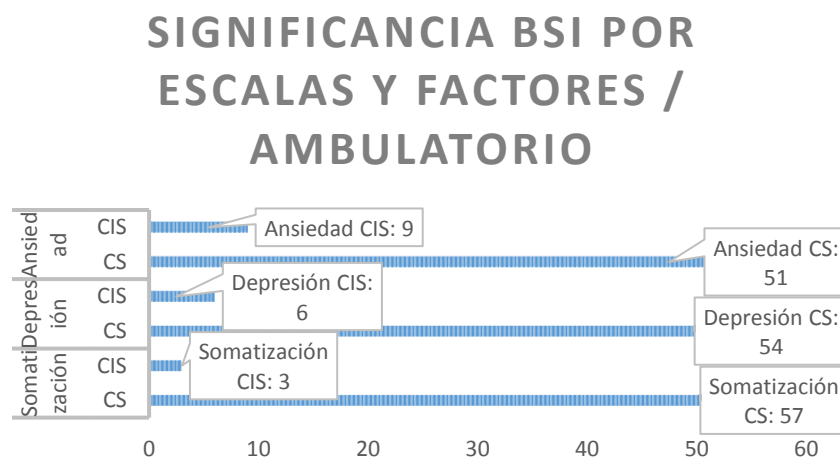


Fuente: Las autoras (2019).

Puede verse que en ambas áreas predominan situaciones que son clínicamente significativas. Sin embargo, existe una predominancia en el área de hospitalización. Esto, puede deberse a factores de incomodidad por el mismo ambiente hospitalario que experimentan los pacientes durante el largo tiempo de tratamiento.

Por otro lado, se muestran los valores por dimensiones en el área de ambulatorio, siendo somatización la escala más significativa en esta modalidad de recepción de tratamiento.

Figura 11. Significancia por factores en Ambulatorio

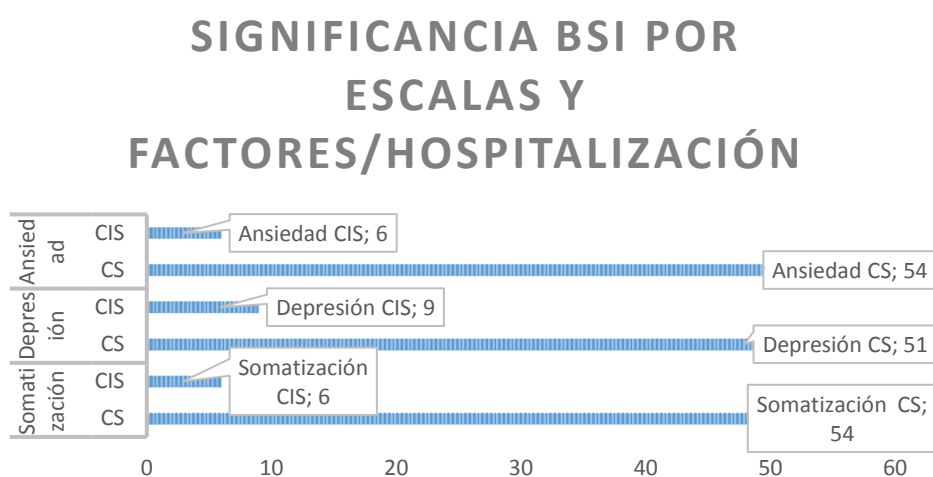


Fuente: Las autoras (2019).

Del mismo modo, se muestra en la figura 12 el resultado de los factores que se consideran dentro del BSI-18 en el área de hospitalización. Puede verse que en esta área predomina, al igual que en ambulatorio, somatización (54 pacientes).

Cabe recalcar que la ansiedad es más significativa en hospitalización, mientras que en ambulatorio, le sigue a la somatización, la depresión.

Figura 12. *Significancia por factores en Hospitalización*

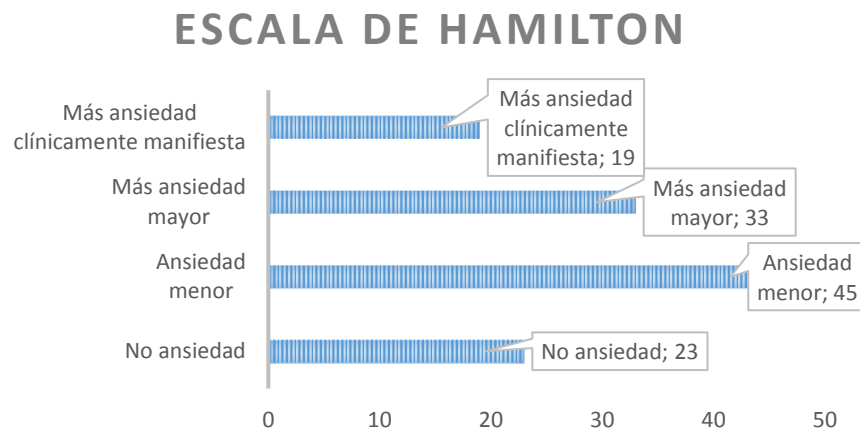


Fuente: Las autoras (2019).

2.3.3 Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS).

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada con el objetivo de evaluar de manera cuantitativa la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente ansioso. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Figura 13. *Escala Hamilton del test realizado*

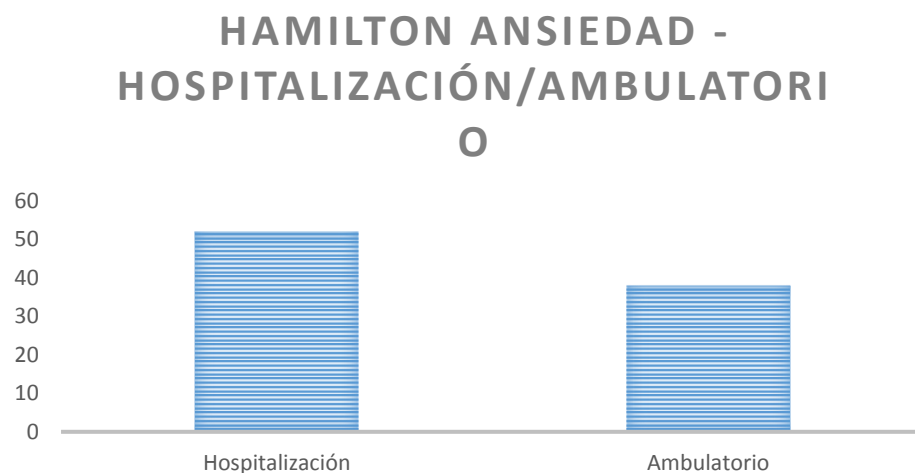


Fuente: Las autoras (2019).

Se puede evidenciar que los pacientes valorados, de toda la muestra, evidencian de una u otra manera, un grado de ansiedad oscilando entre ansiedad menor con 45 pacientes y ansiedad mayor con 33. Por lo tanto, existen niveles de ansiedad durante el tratamiento del cáncer.

Finalmente, se enmarcan los análisis gráficos de ansiedad en las áreas ambulatorias y de hospitalización donde se pueden comparar los datos obtenidos, de acuerdo a la escala Hamilton.

Figura 14. Hamilton ansiedad hospitalizado/ambulatorio



Fuente: Las autoras (2019).

Se puede observar que persiste un mayor número de esta manifestación psicológica en hospitalización.

2.3.4 Inventario de Distres Emocional Percibido (IDEP).

El Inventario de Distres Emocional Percibido, Forma Revisada, (IDEP) es una escala de evaluación que consta de 15 ítems. Dicho instrumento ha sido elaborado con el propósito de medir la presencia y severidad de distres emocional y alteraciones del humor. El inventario evalúa síntomas de ansiedad, depresión, ira y desesperanza, haciendo una particular distinción en relación a la expresión y supresión de la ira. La hoja de respuestas del IDEP presenta puntajes que varían de 0 a 3 puntos por cada ítem.

Durante la administración de la prueba, se solicita al evaluado que describa sus sentimientos en el momento actual, incluyendo el último mes. Las posibles respuestas incluyen En ningún momento (0), A veces (1), Frecuentemente (2), En todo momento (3). Después que el examinado haya respondido el inventario completamente, la calificación reporta un Índice de Severidad Global de Distres Emocional. Este índice se determina sumando los puntajes de cada ítem individualmente. El puntaje total del inventario varía de 0 a 45 puntos. Los puntajes más altos indican un nivel mayor de distres emocional percibido. El IDEP no es un instrumento de diagnóstico, por lo tanto, no se han elaborado puntajes cut-offs, es decir un número de puntaje mínimo que se debe obtener para descartar o brindar un diagnóstico.

Este inventario fue desarrollado con propósitos de investigación, de tal manera que la intención es hacer comparaciones entre los sujetos de las muestras de estudio. El análisis estadístico puede ser llevado a cabo en base a los puntajes netos (raw scores) y tratado estadísticamente como variables ordinales.

Cabe destacar, que la aplicación de este instrumento sirvió de validación ante los datos obtenidos en los otros test aplicados; demostrando de esta manera que si existe una escala considerable de malestar emocional por parte de los pacientes que se encuentran en tratamiento en las instalaciones de SOLCA.

En el caso particular de este proyecto, se realizó a un total de 120 pacientes con cáncer de dos áreas distintas de SOLCA (ambulatorio y hospitalización). Del mismo, se ha aplicado dicho test y se han obtenido los siguientes resultados tabulados en las siguientes tablas (ver tablas 8 y 9):

Tabla 8. *Promedio dimensiones IDEP de los hospitalizados.*

IDEP	Promedio
Ansiedad (2,5,6,7)	2.42
Depresión (8,9,14)	1,65
Ira (3,10,12,15)	2.15
Desesperanza (1,4,11,13)	1.17

Fuente: Las autoras (2019).

Tabla 9. *Promedio dimensiones IDEP de los ambulatorios.*

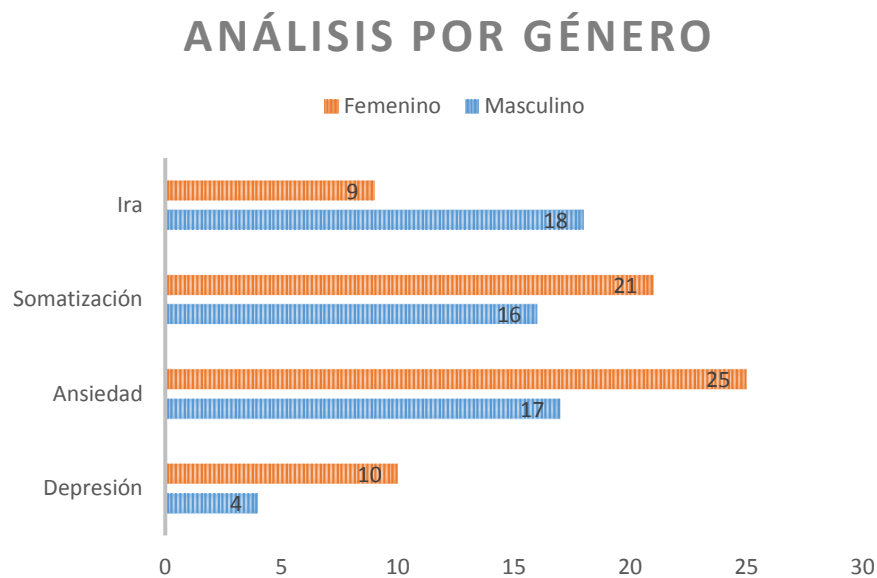
IDEP	Promedio
Ansiedad (2,5,6,7)	2.28
Depresión (8,9,14)	1.55
Ira (3,10,12,15)	2.40
Desesperanza (1,4,11,13)	1.13

Fuente: Las autoras (2019).

Como puede observarse en las tablas 8 y 9 descritas con anterioridad, existe una predominancia por parte de la ansiedad en el área de hospitalización, mientras que la ira predomina en ambulatorio, sin embargo los niveles de malestar emocional están significativamente presentes en los pacientes durante su tratamiento; esto se debe a factores asociados a los cambios que el paciente experimenta durante el proceso.

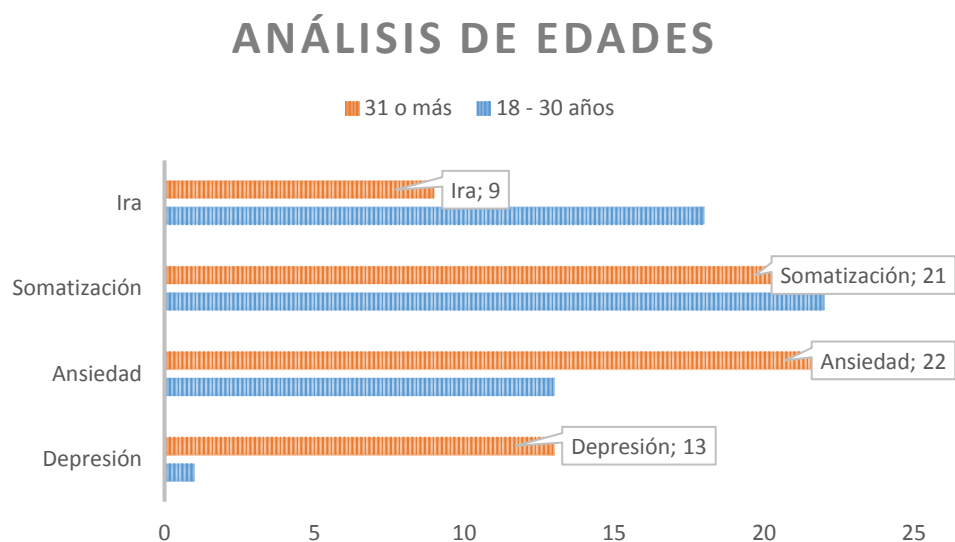
A continuación, en las siguientes tablas pueden verse las correlaciones de ciertas variables consideradas para el estudio como los son: género, edad y estado civil versus los niveles de malestar emocional obtenidos:

Figura 15. *Correlación de las variables obtenidas vs el género*



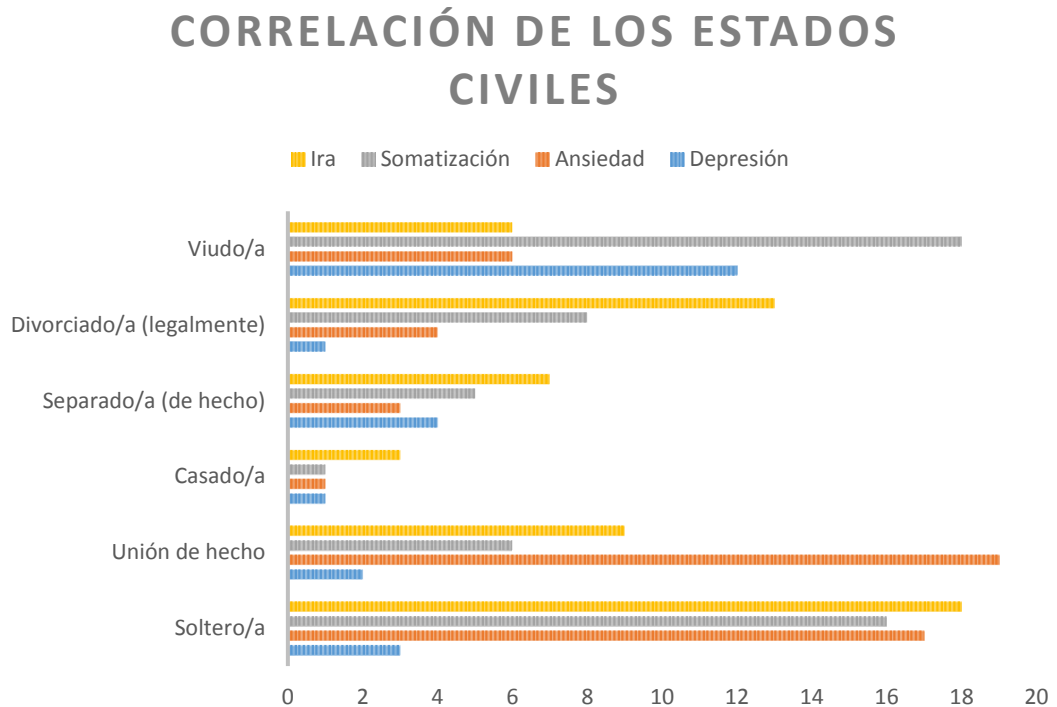
Fuente: Las autoras (2019).

Figura 16. *Análisis de edades*



Fuente: Las autoras (2019).

Figura 17. *Correlaciones del estado civil vs las variables de los test*



Fuente: Las autoras (2019).

En base a estos resultados obtenidos, se establece, que en efecto, se tiene una considerable concentración de ansiedad e ira en personas jóvenes y/o solteras. Por otro lado, se puede ver una gran predominancia por parte de las mujeres respecto de la ansiedad; validando de esta forma que en efecto las mujeres tienden a padecer más de este trastorno psicológico respecto de los hombres.

Por otro lado, se puede ver que se presenta una escala alta de ira en personas entre 18 a 30 años de edad. Esto puede estar asociado a diversos factores emocionales y de perspectiva, los cuales se pueden analizar con profundidad con la primera entrevista y el adecuado proceso psicoterapéutico.

2.4 Conclusiones:

- La ficha sociodemográfica permitió caracterizar las condiciones sociales de los pacientes para poder realizar el análisis pertinente e identificar la relación directa que existe entre el malestar emocional con las variables de sexo, estado civil, edad y tipo de diagnóstico, pues las variables de tiempo tratamiento, antecedentes, actividades que desarrollen, personas con las que viven, el número de hijos y la forma de pago del tratamiento no influyen significativamente en los niveles de malestar emocional.
- Los pacientes que padecen cáncer y reciben tratamiento sistémico general en SOLCA-Cuenca, presentan niveles de malestar emocional como ansiedad, depresión, irritabilidad, somatización y desesperanza, teniendo una influencia significativa con la condición social de cada paciente, sobre todo el género, edad, estado civil y tipo de diagnóstico.

DISCUSIÓN:

Los resultados de la investigación en relación a las características demográficas del grupo de estudio señalan que, tras analizar a 120 pacientes de SOLCA – Cuenca que se encuentran recibiendo tratamiento sistémico de manera hospitalizada o ambulatoria (60 – 60), se puede identificar que el 90% de la muestra son sujetos que reciben su tratamiento a través del convenio del IESS o del Ministerio de Salud, el 54% son varones, mientras que el 46% son mujeres, y que la mayoría de los pacientes han alcanzado un nivel académico de básica y/o bachillerato completo, correspondiendo al 29% y 27% de la muestra, respectivamente, los demás se encuentran entre básica hasta décimo año y educación superior.

Cabe recalcar que se cumple un indicador referente que estipula que la gran mayoría de las personas afectadas con cáncer son en gran parte hombres. La OMS (Organización Mundial de la Salud), como se menciona con anterioridad, ha establecido que:

Un hombre de cada 5 y una mujer de cada 6 en el mundo, desarrollará un cáncer durante su vida, mientras que uno de cada 8 hombres y una de cada 11 mujeres morirá de esta enfermedad, según las últimas cifras presentadas. (Organización Mundial de la Salud OMS, 2011). Se puede corroborar dicho dato, ya que existe mayor prevalencia en pacientes de género masculino.

Con respecto a la edad, la mayoría de pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento sistémico están entre los 31 y 75 años (67,5%), mientras que los adultos jóvenes representan un 32,5% de la muestra. Un estudio en Colombia, realizado para identificar las tasas de mortalidad y sus causas, evidencian que los pacientes que padecen cáncer se presentan entre los 30 a los 70 años, provocando desenlaces que aumentan la mortalidad del país, por lo tanto el dato de la manifestación de la enfermedad como tal, concuerda con los datos obtenidos en el presente estudio (Gaviria et al., 2018).

Las religiones que prevalecen son la cristiana y la católica; de acuerdo al estado civil, pacientes solteros representan un 30%, en unión de hecho 10%, casados 38%, divorciados 11,6% y viudos 10%.

El tipo de diagnóstico con mayor prevalencia es el oncológico con un 56%, equivalente a 67 pacientes, siendo los 53 restantes hematológicos (44%), evidenciando una incidencia mínima por parte del diagnóstico oncológico, puesto que se podría considerar que se presentan muy a la par, es por esto la necesidad de un equipo complementario, tal y como lo manifiesta el hospital de la Universidad de Illinois, Estados Unidos.

Los antecedentes familiares, a pesar de que en algunos casos (23 pacientes) no son de conocimiento de ellos, o no se han presentado, de una u otra manera incide como factor de riesgo para la presencia de cáncer en los pacientes, puesto que en su mayoría los pacientes han manifestado tener algún familiar que ha presentado tal enfermedad. Por ejemplo, en el cáncer de mama, según la OMS “los antecedentes familiares multiplican el riesgo por dos o tres” (Organización Mundial de la Salud OMS, 2011).

Además, a través de la investigación realizada se buscó comprobar la hipótesis de que los pacientes con cáncer presentan varios niveles de malestar emocional mientras se encuentran recibiendo su tratamiento, la cual se pudo comprobar por medio del análisis de los reactivos aplicados, puesto que tanto los pacientes evidencian diferentes niveles de manifestaciones psicológicas durante este proceso, por ejemplo, los hospitalizados evidencian niveles de depresión moderados y ansiedad clínicamente significativa, mientras que los pacientes que reciben tratamiento ambulatorio, presentan manifestaciones de ira y somatización más prevalentes, en comparación a los otros.

Sin embargo, esto no significa que se descarta por completo las demás manifestaciones debido a las prevalencias evidenciadas respectivamente, por lo tanto, el malestar emocional es inherente al padecimiento del cáncer.

Varios países como Colombia, España y México corroboran estos resultados, ya que mencionan que la presencia del malestar emocional no se debe al tipo de tratamiento que el paciente pueda recibir, sino el mismo hecho de la enfermedad los lleva a un laberinto de emociones, lo que diferencia son las manifestaciones en las que el malestar se presenta, tal y como se evidencia en esta investigación.

En un estudio realizado en El Salvador, por el Hospital de Oncología concluyó que, dentro de la muestra obtenida en el plazo de 2 meses, el 33, 65% de los pacientes presentaban niveles de malestar emocional moderados, los cuales cedían y permitían y mejor afrontamiento con apoyo familiar, social y principalmente psicológico.

Cabe recalcar que, además de estudios psicooncológicos a nivel mundial, autores como Manolete S. Moscoso y Margarita Dubourdieu afirman la importancia de medir e identificar los niveles de malestar emocional en el área de la salud médica, pues están relacionadas con el desarrollo de las enfermedades físicas y el tratamiento clínico psicoterapéutico, tras una detección temprana, puede favorecer a la calidad de vida de los pacientes, sobre todo en enfermedades catastróficas como lo es el cáncer.

Manolete, realizó un estudio en Estados Unidos, en el Hospital Morton Plant en la ciudad de Clearwater, Florida, con una muestra de 238 pacientes, obteniendo como resultado que existe, en diferentes escalas, la presencia de malestar emocional en pacientes con cáncer que se encuentran atravesando su fase de tratamiento.

CAPÍTULO III.

PROPUESTA PSICOEDUCATIVA

Introducción

El cáncer es una de las enfermedades más temidas, ya que causa distress psicológico en todos aquellos que se encuentran inmersos, junto al paciente, en el proceso de la enfermedad, es decir, familiares, amigos, personal de la salud, inclusive los profesionales que cuidan de ellos, debido al impacto que genera, el proceso, en las vidas de las personas (Navas, Villegas, Hurtado, & Zapata, 2007).

No todos quienes han padecido o padecen cáncer desarrollan una enfermedad psiquiátrica a raíz del cáncer, sin embargo es muy común que se desarrollen manifestaciones significativas, tanto psicológicas como sociales, debido al mismo tratamiento, acompañado de dolor, náusea y/o fatiga; así como el desempleo o dificultad para ejecutar actividades que, el paciente, estaba acostumbrado a realizar; cambios en el cuidado del hogar, preocupaciones familiares y cuestionamientos existenciales y espirituales (Patiño, 2008 ; Montiel & Guerra, 2015). Es por esto que, una herramienta esencial para el abordaje psicoterapéutico y el acompañamiento, es la Psicoeducación.

El término Psicoeducación en el marco de la Salud Mental, fue descrito por primera vez en 1980, bajo un concepto terapéutico conductual conformado por cuatro elementos fundamentales: la información a los pacientes acerca de su enfermedad, la formación de resolución de problemas, el entrenamiento en comunicación y la autoafirmación (Patiño, 2008 ; Montiel & Guerra, 2015). La Psicoeducación nace a partir de la necesidad clínica de dotar al paciente de herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y proceso de su enfermedad, en la medida en que la Psicoeducación permite al paciente que sustituye la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la proactividad, la negación por la integración y la autocrítica por autoestima (Colom, 2011).

3.1 Psicoeducación y cáncer

La psicoeducación como concepto hace referencia, a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de una enfermedad generalmente crónica, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. La meta, es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo (Recuperar, 2015). “Cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición” (Bäumel, 2006), de un modo más adaptativo.

La función informativa, sobre la enfermedad y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento tanto al paciente como a sus familiares, está en permitirse superar la impotencia, ya que son partícipes del proceso, y a su vez, pueden sentir esa empatía y apoyo psicológico debido a todas las manifestaciones y niveles de malestar por los que se atraviesa (Zorrilla, 2013). Como parte de resolución de problemas y comunicación, con la Psicoeducación, el paciente puede lograr centrarse en una realidad actual, viviendo el día a día, su presente, con atención plena en la identificación y expresión adecuada de sus emociones, teniendo el apoyo de un profesional en la Psicología y de la salud, haciendo más llevadero y regularizando sus niveles de distress que puede experimentar durante el tratamiento.

Cabe recalcar que, el informar a las familias acerca de la etiología, el curso, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad es muy útil, sobre todo durante el tratamiento, ya que se puede generar una red de apoyo satisfactoria para el paciente y garantizar los cuidados dentro y fuera del Instituto.

La psicoeducación es útil y necesaria en cualquier etapa del cáncer, desde el diagnóstico hasta la sobrevida o recidivas, es por esto que para llegar a ser eficaz debe ir mucho más allá de la información, pues la psicoeducación aspira modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad, mediante cambios en su estilo de vida, de acuerdo a su nueva realidad, pensamientos más objetivos

y centrados en el presente, y en el caso de encontrarse en la fase de tratamiento, adherirse correctamente o manejar y afrontar las incertidumbres que se pueden presentar durante el proceso (Scott, 2008). Pudiendo tener la confianza de saber que “NO ESTÁ SOLO”.

3.1.1 Psicoeducación en la fase de tratamiento

Durante las diversas fases por las que el paciente atraviesa durante el cáncer, empezando desde la sospecha del mismo, diagnóstico, tratamiento, postratamiento o sobrevida, controles, recidivas o recaídas; se experimentan varias alteraciones psicológicas debido a las dudas y temores por enfrentarse a una nueva realidad con una enfermedad catastrófica. Por lo tanto es esencial el acompañamiento psicológico durante todo el proceso y como herramienta principal la psicoeducación.

Debido a que esta investigación se encuentra enfocada en el malestar emocional durante el tratamiento se puede considerar que “en esta etapa, alteraciones psicológicas y conductuales dependerán de la estrategia terapéutica empleada”, es decir del tipo de tratamiento que el paciente vaya a recibir para tratar el cáncer.

Por ejemplo, una cirugía se le puede relacionar con el temor al proceso de la misma, la anestesia, el dolor postoperatorio, la expectativa de los resultados, desconocimiento del procedimiento, alteraciones en la imagen corporal, alteración en la capacidad para realizar actividades diarias y relaciones sociales; todo esto puede suponer una disminución de la autoestima que puede requerir la intervención del profesional adecuado, sin embargo una correcta comunicación con el equipo responsable del tratamiento, o la psicoeducación que el psicólogo puede brindar, reducirá la ansiedad, lo que mejorará la aceptación del proceso.

Si la opción de tratamiento es la radioterapia, surgirán temores relacionados con el desconocimiento del empleo de la misma, cambio de dieta, miedos relativos a la duración de las sesiones, la inmovilización, claustrofobia, efectos secundarios similares a la quimioterapia, dolor e inclusive impresión por los efectos ocurridos en la zona radiada, pues suele cambiar la pigmentación de la piel.

Con respecto al tratamiento con quimioterapia, a pesar de que es una de las opciones terapéuticas más popular, al mismo tiempo, es la más distorsionada y estereotipada debido a los efectos secundarios que esta produce, además de la ignorancia sobre la administración de la misma, es decir desconocen que la medicación puede ser vía venosa, como un suero, u oral, dependiendo del tipo de cáncer que presente; por ejemplo, en gliomas (tumores cerebrales) generalmente la administración de quimioterapia es oral.

Si bien es cierto que se presentan efectos secundarios generales como es la neutropenia (baja de defensas), alteración en la conducta alimentaria, ya sea por náuseas, falta de apetito o exceso de apetito, dolor de cabeza o debilidad de la actividad corporal, en la actualidad existen recursos médicos y alternativas psicológicas para mitigarlos, cuyo conocimiento posibilitará una mejor adaptación, manejo y tolerancia durante el proceso del tratamiento. Previamente a la administración de la quimioterapia, los pacientes atraviesan un proceso de control vía exámenes complementarios de rutina para verificar si su cuerpo soportará correctamente la dosis correspondiente, una vez verificado aquello se procede a prepararlos con “pre-medicación”, es decir les administran fármacos que ayuden al organismo a tolerar mejor la quimioterapia y reducir ciertos síntomas secundarios, o por lo menos la intensidad de los mismos. Finalmente, una vez terminada la dosis de quimioterapia, los especialistas recetan fármacos que ayuden a estabilizar al cuerpo y evitar una neutropenia exagerada y pueda recuperarse lo antes posible para la siguiente dosis.

Cada proceso de quimioterapia, dosis, tiempo, efectos secundarios y manera de administración varían de acuerdo a cada paciente y tipo de cáncer que padezca; una persona con cáncer de mama no recibe la misma pre-medicación, quimioterapia ni atraviesa por los mismos efectos que una persona que necesita recibir un esquema para combatir cáncer gástrico, ni el tiempo ni la cantidad de dosis del tratamiento serán las mismas, además de que, por supuesto, influye el estadio clínico en el que se encuentre la enfermedad.

El autoestima también puede verse afectada por las alteraciones secundarias de los tratamientos, ya que se ve alterada la imagen corporal, principalmente debido a la

pérdida de cabello. Además, existen ciertos fármacos considerados como desencadenantes de depresión, como en el caso de los esquemas de quimioterapia hematológica en leucemia y linfomas.

Algunos autores manifiestan que “generalmente se tolera mejor psicológicamente tratamientos empleados como primera opción curativa que aquéllos que tienen intención adyuvante”, es decir, en el caso del tratamiento sistémico, las quimioterapias neoadyuvantes (antes de la cirugía) y los esquemas de primera línea para leucemias y linfomas; a pesar de que en el caso de los esquemas neoadyuvantes son empleados cuando el tumor se encuentra comprometido con órganos vitales o de gran tamaño y no es posible operar, pero en ciertos casos su acción ha sido tan efectiva que no se requiere llegar a una cirugía, por lo tanto aquella idea ayuda psicológicamente a disminuir el estrés y la ansiedad de los pacientes en comparación de aquellos que necesitan atravesar por cirugía, quimioterapia, radioterapia y/o hormonoterapia.

Cabe recalcar que la hormonoterapia, en comparación con la quimioterapia como tratamientos sistémicos, genera un impacto menor en los niveles de malestar emocional debido a que las reacciones secundarias inmediatas no son tan agresivas como en el caso de la quimioterapia. De igual manera, es relevante mencionar que los pacientes que solo requieren una intervención de cirugía oncológica, como algunos casos de cáncer de próstata o útero, suelen evidenciar niveles de malestar menores posteriores a la cirugía, con respecto al tratamiento, pues solo se encontrarán en controles futuros y no tendrán que atravesar por tratamientos postquirúrgicos (adyuvantes).

Por lo tanto, encontrarse en tratamiento a largo plazo, como son los tratamientos sistémicos oncológicos y hematológicos generan impacto emocional relevante, tal y como se pudo evidenciar con el estudio de la presente investigación.

Es por esto que la psicoeducación es una herramienta esencial, además del acompañamiento, ya que de esa manera, quienes se encuentran en tratamiento y sus familiares adquieren la información precisa, según su caso específico, y pueden sacar sus propias conclusiones en base a su experiencia, y los estereotipos e imaginarios sobre los tratamientos del cáncer son modificados por ellos mismos con la ayuda psicológica

pertinente y un lenguaje sencillo, pues muchas veces los tecnicismos médicos que los oncólogos o hematólogos emplean suelen confundir o simplemente no son comprendidos a cabalidad.

3.2 Guía de psicoeducación

El objetivo de la psicoeducación es ayudar a identificar el problema o la patología, de una manera más clara, para enfocar adecuadamente su resolución o tratamiento, y de esa forma favorecer a una mejor calidad de vida de los pacientes (Bulacio, Vieyra, Alvarez, & Benatuil, 2004).

Es importante partir de las expectativas y demanda del paciente, es decir, estar acorde a lo que la persona que padece la enfermedad necesita y desea saber sobre su padecimiento. Además, es esencial utilizar un lenguaje práctico y sencillo, que sea de fácil comprensión, tanto para el paciente como para su familia, pues la importancia y la validez de la Psicoeducación yace en hacer que la información clínica que han recibido pueda ser mejor comprendida y asimilada para una mejor adaptación.

3.2.1 Fases de la psicoeducación

FASE DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES:

Por medio de la utilización de técnicas, como por ejemplo a través de la primera entrevista y/o diálogo socrático e incitaciones generales, se puede obtener información importante para apoyar la planeación de las estrategias psicoeducativas a desarrollar, haciendo una valoración respecto a la demanda del paciente e inclusive identificar capacidades, competencias y recursos con los que cuenta para tolerar la información que va a recibir, por lo tanto se debe evaluar el potencial de adaptación, potencial experiencial, los esquemas relacionales, seguridad, congruencia y empatía.

Se tiene la intención de identificar las necesidades que se deben satisfacer, principalmente del paciente y como red de apoyo la familia. “Por ello es muy importante que se lleve a cabo un diagnóstico o detección de necesidades para poder implementar un

proyecto o programa de intervención educativa con los objetivos y propósitos con base para la satisfacción de las mismas”.

Durante esta fase no existe un tiempo estimado en el que se desarrolle, debido a que se debe trabajar acorde al paciente, es decir es importante tener en consideración la condición física y emocional del paciente para poder ir abordando el trabajo terapéutico, aquello es parte de valorar sus necesidades, pues en ocasiones lo que primero necesitan es una simple compañía o contención emocional por iniciar recién el tratamiento de esta enfermedad.

FASE DE DISEÑO DE LA PSICOEDUCACIÓN:

Una vez identificadas las necesidades del paciente se puede diseñar un plan de intervención psicoeducativa en base a las estrategias, conocimiento, nivel socio cultural y red de apoyo con el que cuenta la persona, al igual que las herramientas, conocimiento y materiales con el que puede contar el profesional que impartirá la terapia, en este caso el psicólogo clínico o psicooncólogo, y a partir de ello establecer los temas a abordar, el lenguaje a utilizar, es decir el nivel de tecnicismos, los materiales y el número de sesiones destinadas a la psicoeducación, todo lo que pueda permitir que el proceso se dé de manera más didáctica y de fácil comprensión para el paciente principalmente.

La planificación para la psicoeducación debe ser semi-estructurada, es decir debe ser flexible, pues el abordaje psicoterapéutico con pacientes oncológicos, sobre todo que se encuentren en fase de tratamiento, depende mucho de cómo él o ella se encuentre; por ejemplo, si el sujeto presenta con malestar físico es preferible no intentar agobiar con el afán de acatar con el plan, al igual que si otro malestar emocional lo aqueja, se debe priorizar la necesidad inmediata y brindar la contención pertinente según las condiciones del paciente; inclusive en ocasiones simplemente dejar pasar la sesión o brindarles acompañamiento.

Por lo tanto, no se puede definir un número exacto de sesiones en las que se deba desarrollar la psicoeducación, además se debe abarcar no solo el aspecto médico sino también el emocional, el cual se puede encontrar en constante cambios según como vaya

evolucionando la enfermedad, es decir si existe algún cambio inesperado durante el proceso se debe abordar nuevamente la explicación del mismo, además que la atención psicológica en los pacientes oncológicos, sobre todo en hospitalización en SOLCA, es diaria, por lo tanto se podría considerar que durante la primera semana de tratamiento se haya logrado conseguir las bases de una psicoeducación sobre el mismo; en el caso del tratamiento en quimioterapia ambulatoria durante la primera dosis de tratamiento se debe intentar explicar de la manera más clara y precisa, si es necesario y el paciente evidencia niveles de malestar emocional elevados podría ser importante planificar sesiones en consulta externa para reforzar la adherencia al tratamiento.

Con respecto a las herramientas en la psicoeducación se pueden considerar a partir del tipo de psicoeducación, es decir pasiva que consta de la entrega de materiales educativos como folletos o tarjetas (sobre todo para la psicoeducación emocional), libros, material audiovisual y/o sitios web de información y posteriormente retroalimentar esa información y aclarar las dudas del paciente (Colom F et al., 2005).

Con respecto al tipo de psicoeducación activa, que por lo general es la que más se emplea en SOLCA, la terapia se realiza de manera verbal a cargo de un profesional sanitario, principalmente el psicólogo (Colom F et al., 2005).

Toda tipo de información que se le brinde al paciente, ya sea verbal o escrita (pasiva o activa) debe ser la más sencilla posible, siempre respetando la privacidad del paciente, su tiempo y espacio según la predisposición que tenga de acuerdo a las circunstancias en las que se encuentra.

FASE DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

Con objetivos y propósitos planteados, se inicia la aplicación del diseño de psicoeducación, a través de la explicación verbal del proceso del cáncer, al igual que el uso de técnicas psicoterapéuticas y herramientas bibliográficas de autoayuda que sirven de refuerzo para una mejor comprensión y futuras retroalimentaciones, y de esa manera lograr solventar las necesidades que demanda tanto la institución como el paciente y familiares.

Es importante la obtención de las evoluciones psicológicas para la evaluación final de la fase de psicoeducación y poder seguir dando continuidad en otros conflictos que se pueden presentar y requieran de atención psicológica. Cabe mencionar que la finalidad de esto es trabajar en conjunto con el paciente y su red de apoyo durante el tratamiento para identificar soluciones que se le pueden dar a estas por medio del conocimiento de su enfermedad y la “normalidad” de experimentar malestar emocional y físico al enfrentarse a este proceso, por ende, al menos el malestar emocional disminuirá y se podrá sobrellevar de mejor manera el malestar físico.

FASE DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA:

Con la entrevista inicial y la indagación de necesidades se puede realizar la aplicación de reactivos para identificar el malestar emocional por el que está atravesando el paciente, de esta manera, una vez finalizada la fase de psicoeducación se pudiera realizar un retest, con los mismos reactivos, e identificar si ha mejorado el estado psicológico del paciente con toda la información y apoyo psicológico brindado en esta fase de psicoeducación.

En ocasiones, la psicoeducación es todo el trabajo psicoterapéutico que se puede realizar con los pacientes, debido a que una vez manejado este aspecto los altos niveles de malestar disminuyen y no existen otros conflictos, otros sin embargo, lamentablemente se debe redirigir el tipo de psicoeducación y abordaje psicológico pues no están respondiendo al tratamiento y quedan fuera de tratamiento oncológico (FTO) o se decide otros fines curativos distintos al tratamiento sistémico (cuidados y tratamientos paliativos).

3.2.2 Aspectos básicos: ¿Qué deben saber los pacientes?

Tabla 10. *Puntos básicos de la psicoeducación*

INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD	• Es fundamental aclarar las dudas del paciente a partir de su diagnóstico, por ejemplo, tipo de cáncer, aclaración de alternativas de tratamiento, exámenes, biopsias, marcadores tumorales, cirugías, aclarar causas, es decir el proceso médico. • El lenguaje de la información brindada será claro y sencillo teniendo en cuenta el nivel de instrucción de cada paciente, como por ejemplo el uso de material didáctico: imágenes videos, pues la importancia de la “primera” psicoeducación es profundizar la información que el médico ha brindado.	
EMOCIONES	• Explicar al paciente la importancia de permitirse experimentar y exteriorizar las emociones, de acuerdo a lo que va atravesando. • Brindar alternativas de identificación de las emociones para que el paciente logre identificarlas, por ejemplo, demostrar las emociones básicas a través de tarjetas y que el paciente mencione con cual se siente identificado, a su vez con un semáforo	

	o calificación del 1 – 10 podemos ayudarlo a aprender a reconocer la intensidad de esa emoción.	
CUIDADO Y TRATAMIENTO	• Existe el surgimiento de dudas e incertidumbre en cuanto al tratamiento y los cuidados adecuados, necesarios que deben realizar los pacientes durante todo el proceso oncológico. • Se procura instruir con material acorde a la comprensión de cada paciente en donde se indicará: tareas que el paciente puede realizar por sí solo, dieta, aclaración sobre la administración de medicamentos, cuidado sobre las defensas, a su vez informar sobre el tratamiento, duración, proceso y tipo de tratamiento (ambulatorio u hospitalizado, ciclos de quimioterapia o radioterapia), posibles cambios físicos y efectos y alternativas de afrontamiento.	 
FAMILIA	• La familia debe comprender que es un punto básico e importante durante el transcurso del tratamiento, y en la vida de un paciente con cáncer, sin importar en la fase en la que se encuentre, debido a que se debe generar una red de apoyo que se adapte con la persona	

	que padece la enfermedad a esta nueva realidad. • Se debe brindar la cantidad de información suficiente para la familia esté tanto y cuanto, o más informada que el paciente, con respecto a la enfermedad, tratamiento, cuidados y alternativas de afrontamiento, de esa manera todos son igual de participes y tienen “las mismas herramientas” para comprenderse y avanzar juntos.	
ATENCIÓN PLENA	• Es importante que a partir de la psicoeducación se logró que el paciente se ubique en su nueva realidad, es decir tras explicar su enfermedad, tratamiento, cuidados y aclarar sus dudas sobre la información médica que pueda tener, se debe procurar hacer énfasis en vivir un día a la vez, sin anticiparse, es decir que pueda disfrutar de lo mucho o lo poco que pueda ser positivo en su vida y reforzarlo, por ejemplo enfocarse en su familia, en valorar la capacidad de sentir, reforzar la “oportunidad” de un nuevo aprendizaje, enfocarse en logros pequeños para generar motivación, etc.	

Fuente: Las autoras (2019).

3.3 Dificultades a considerar en la psicoeducación:

La aplicación de una psicoeducación no implica mayor dificultad si se sabe correctamente acerca el tema que se debe explicar al paciente para poder contestar todas sus dudas, sin embargo pueden existir algunas dificultades por las que se puede atravesar y, como profesional, se las debe manejar con asertividad para no perjudicar la relación terapéutica.

Ciertos mecanismos de defensa, como la negación principalmente, puede generar una dificultad al momento de iniciar el proceso psicoterapéutico, pues el paciente no acepta su condición y realidad actual, por ende es probable que no sea receptivo a lo referente a la enfermedad y se pueden presentar resistencias, en estos casos el paciente suele tomar una posición evasiva o a la defensiva para no tener que afrontar su realidad, por ejemplo, pueden existir expresiones como “no quiero saber nada”, “para qué si igual estoy enfermo y eso es todo” o inclusive ponen en duda el profesionalismo del psicólogo con un “¿y usted sabrá?”.

Como se mencionó anteriormente, en ocasiones la condición física en la que se encuentre el paciente, juega un papel importante, y esto en ocasiones puede dificultar la continuidad del proceso. Otra dificultad que puede presentarse es el deseo de la familia de “proteger” al paciente y evitar que sufra al saber concretamente sobre su enfermedad y sobre su tratamiento, pese a aquello, se debe tener en cuenta que es un derecho del paciente conocer acerca el estado de su salud y por esta razón se debe evaluar primero la demanda y necesidades de quien padece la enfermedad.

Por lo tanto, es importar “bailar al compás del paciente” y no mantener una postura totalmente directiva y rígida ya que en ocasiones, factores como estas dificultades, influyen y como profesional de la salud mental, se debe procurar prevalecer siempre el bienestar del paciente y reforzar la alianza terapéutica para conseguir los mejores resultados y realmente ser un soporte en el proceso del tratamiento del cáncer y así ayudar a manejar los niveles de malestar emocional que se presentan durante el mismo.

3.4 Conclusiones

- La psicoeducación es un pilar fundamental para poder lidiar con los procesos consecuentes en el transcurso del tratamiento de la enfermedad del cáncer, ya que es esencial, que tanto paciente como familia, o red de apoyo, conozca sobre la clínica de la enfermedad y las emociones que se pueden experimentar.
- Es importante utilizar un lenguaje claro y sencillo, apto para todas las personas, es decir sin tecnicismos, para una mejor comprensión y una relación terapéutica más empática con el paciente y la familia.
- Se debe tener en cuenta las expectativas del paciente al momento de brindar información sobre la enfermedad, se debe utilizar una comunicación asertiva y objetiva que permita brindar el apoyo adecuado a la persona que sufre de cáncer y que a su vez pueda continuar centrado en su presente y realidad.
- El tipo de información que se otorga en psicoeducación, depende de la fase en la que el paciente se encuentre, por ejemplo, durante el tratamiento, es importante hacerle partícipe de cada procedimiento y el tiempo de duración, modo de tratamiento, efectos, emociones involucradas acorde a cada experiencia, entre otros.
- Los pacientes al lograr identificar correctamente sus emociones, las expresan y esto es esencial para poder vivir la experiencia del tratamiento en su totalidad y brindándole alternativas que le permitan mejorar sus habilidades de afrontamiento y con su red de apoyo, el soporte psicológico durante el proceso.

CONCLUSIONES GENERALES:

Tras realizar la presente investigación se puede concluir que:

- La manifestación de malestar emocional con mayor prevalencia es la ansiedad, seguida por la somatización y la ira, sin embargo, la depresión se presenta de manera moderada tanto en los pacientes hospitalizados como en los ambulatorios.
- Los niveles de malestar emocional entre los pacientes hospitalizados y ambulatorios tienen similitud entre sí, sin embargo, tanto la depresión, como la ansiedad, son más evidentes en los pacientes hospitalizados; mientras que la somatización y la ira tienen mayor prevalencia en los pacientes que reciben el tratamiento de manera ambulatoria.
- Los índices de malestar emocional más significativos se presentan en las mujeres, de igual manera en los pacientes solteros, adultos jóvenes de entre 18 a 30 años.
- La psicoeducación puede ser una herramienta útil para el abordaje psicológico del cáncer, tanto como para el paciente y la familia y la comunidad en general, ya que puede permitir prevenir dicha enfermedad, detectarla a tiempo y/o afrontarla de mejor manera de manera individual y con una red de apoyo adecuada.

RECOMENDACIONES:

- Se recomienda que exista un profesional de la salud mental, psicólogo, de planta en el área de quimioterapia ambulatoria, ya que es evidente la presencia de malestar emocional, al igual que en hospitalización, a pesar de que sus manifestaciones pueden ser distintas.
- Se recomienda reforzar la necesidad de un apoyo psicológico, tanto para el paciente como para la familia, sobre todo cuando el tratamiento es ambulatorio ya que el mismo proceso de la enfermedad trae consigo alteraciones psicológicas que requieren ser atendidas para un mejor afrontamiento del cáncer.
- Se recomienda seguir un plan de psicoeducación, didáctico y de fácil comprensión para los pacientes, familiares y comunidad, no solo en el aspecto psicoterapéutico de consulta individual sino como parte de la atención integral del Instituto, inclusive posterior al tratamiento, pues se puede a través de grupos terapéuticos ayudar a comprender, prevenir y superar las causas y consecuencias de esta enfermedad, tanto físicas como psicológicas.
- Se recomienda que el acompañamiento sea durante todo el proceso de tratamiento en conjunto a los familiares ya que el apoyo y soporte emocional es fundamental para un proceso de recuperación adecuado, dar continuidad a un estilo de vida sano con estabilidad psicológica, e inclusive como parte de prevención de recidivas.

REFERENCIAS:

- Acuña, L., Aibar, S., Broggi, L., Celano, C., Cullen, C., Chambi, M. C., ... Vallejos, A. (2014). *MANUAL DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA - INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER* (Ministerio; I. Dra. María Viniegra, I. Dra. Graciela Jacob, & I. Dra. Verónica Pesce, Eds.). Buenos Aires: Lic. Ariana Goldman, INC.
- American Cancer Society. (2019). ¿Qué es el cáncer? Retrieved November 6, 2019, from <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>
- American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2018). Estadios del cáncer. Retrieved November 7, 2019, from Cancer.Net website: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atención-del-cáncer/diagnóstico-de-cáncer/estadios-del-cáncer>
- BBC News. (2009). El aislamiento social empeora el cáncer. Retrieved November 7, 2019, from BBC News Mundo website: https://www.bbc.com/mundo/ciencia_tecnologia/2009/09/090930_cancer_aislamiento_men
- Burke, M. (2016). Efectos Emocionales y Psicológicos del Cáncer | CancerQuest. Retrieved May 14, 2019, from <https://www.cancerquest.org/es/para-los-pacientes/problemas-psicosociales>
- Chemocare. (2019). Ansiedad y cáncer. Retrieved November 7, 2019, from Chemocare.com website: <http://chemocare.com/es/chemotherapy/side-effects/ansiedad-y-caacutencer.aspx>
- Cruzado, J. A. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer* (S. A. Síntesis, Ed.). Madrid.
- Cruzado, J. A. (2012). *Screening Del Malestar Emocional En Pacientes De Cáncer*. 9, 231–232.
- Die Trill, M. (2005). *Psico-oncología* (ADES). Madrid.
- Dubourdieu, M., & Nasi, M. L. (2017). *Cáncer y Psico-Neuro-Inmunología* (NATIVA). Buenos Aires.
- Guillem Porta, V. (2015). *Tratamientos Sistémicos - IVO - Instituto Valenciano de Oncología*. Retrieved May 14, 2019, from <https://www.ivo.es/tratamientos/tratamientos-sistemicos/tratamientos-sistemicos->

general/

- Hernández, M., Cruzado, J. A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M. Á., & Martín, J. C. (2013). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2–3). https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895
- Instituto del Cáncer SOLCA-Cuenca. (2015). *Sexto Informe Registro de Tumores Cuenca*. Retrieved from https://issuu.com/solcacuenca/docs/sexto_inf_reg_solca_cuenca
- Instituto del Cáncer SOLCA-Cuenca. (2016). No Title. *Censo 2016*.
- Instituto Nacional del Cáncer (NIH). (2015). Instituto Nacional del Cáncer. Retrieved November 6, 2019, from <https://www.cancer.gov/espanol>
- Muñoz, A. (2004). *Cáncer: genes y nuevas terapias* (Hélice). Retrieved from [https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=d7j9LkCN_2QC&oi=fnd&pg=PR4&dq=Munoz,+A.+\(2004\).+Cáncer:+genes+y+nuevas+terapias.+España:+Hélice.&ots=x9mdJGXSAA&sig=b3GzwBagOOVbN696kvGGM8Ood6U#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=d7j9LkCN_2QC&oi=fnd&pg=PR4&dq=Munoz,+A.+(2004).+Cáncer:+genes+y+nuevas+terapias.+España:+Hélice.&ots=x9mdJGXSAA&sig=b3GzwBagOOVbN696kvGGM8Ood6U#v=onepage&q&f=false)
- National Institutes of Health, N. (2014). Diccionario de cáncer - National Cancer Institute. Retrieved July 7, 2019, from Compuesto bioactivo website: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/recidiva>
- NCCN. (2019). NCCN - Evidence-Based Cancer Guidelines, Oncology Drug Compendium, Oncology Continuing Medical Education. Retrieved November 7, 2019, from <https://www.nccn.org/>
- Nieves del Pozo, A., Lorca, J., Blasco, S., Gil, M., Ródenas, V., Blasco, A., & Camps, C. (2008). *Hostilidad / irritabilidad referida por pacientes con cáncer de pulmón: relación con ansiedad y depresión*. Retrieved from <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/ponencias/2008/palma/comunicaciones2/hostilidad.ppt>.
- Puente, J., & De Velasco, G. (2017). ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica. Retrieved November 6, 2019, from <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Rueda, O. (2012). PSICOPATOLOGIA GESTALTISTAS. Retrieved July 8, 2019, from <http://psicopatologiaespaciointerno.blogspot.com/2012/12/>

ANEXOS

Anexo A Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO CON PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO SISTEMICO GENERAL EN SOLCA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: MALESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO SISTEMICO EN MODALIDAD HOSPITALARIA Y AMBULATORIA EN SOLCA - CUENCA

El propósito de la información que usted leerá a continuación es ayudarlo a tomar la decisión de participar - o no -, en una investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

Objetivo de la investigación

Ud. ha sido invitado (a) a participar de una investigación. El propósito de esta es *analizar los niveles de malestar emocional en pacientes con cáncer que reciben tratamiento sistémico en SOLCA.*

Procedimiento de la investigación

Si usted acepta participar, se le aplicarán varios test que engloben los principales malestares emocionales que puede experimentar durante su tratamiento, como podría ser la ansiedad, depresión, somatización y/o irritabilidad: Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS), BSI 18 (Inventario breve de 18 síntomas), Test de Depresión de Beck e Inventario de distress emocional percibido. Estas pruebas le tomarán un tiempo aproximado de 1 hora y serán aplicadas por una practicante de psicología clínica de la Universidad de la Azuay.

La responsable de estas evaluaciones es Doménica Osorio Ponce – Practicante de Psicología Clínica de la Universidad de la Azuay.

Beneficios

No existen beneficios económicos para usted por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda los cuestionarios será un aporte para esta investigación, pues contribuirá con los resultados al desarrollo científico de la psicología de nuestro país y la atención integral a los pacientes oncológicos. Los resultados de los test, serán entregados a los profesionales del Departamento de Psicología del Instituto, para que, en caso de ser necesario, sean utilizados con fines terapéuticos.

Confidencialidad de la información personal y médica

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Se utilizarán exclusivamente con fines de tratamiento y de investigación. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

Voluntariedad de la participación

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted puede aprobar su participación si es su voluntad hacerlo. También podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente y puede no responder algunos cuestionarios o preguntas si prefiere.

Las autoridades de la institución tienen conocimiento y han autorizado el acercamiento a los pacientes para su participación.

Si decide retirarse del estudio, la información obtenida no será utilizada para la investigación, ni guardada.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar. También se me ha indicado que me puedo retirar en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

Nombre participante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Doménica Osorio Ponce
Investigadora responsable
Cuenca - 2019

Anexo B
Ficha socio-demográfica

INFORMACIÓN GENERAL

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Nombre del entrevistador.....

Nombre del entrevistado.....

1 ☐ general

2 ☐ convenio

Género

1 ☐ masculino

2 ☐ femenino

Edad: _____ años cumplidos

Años de estudio

1 ☐ educación básica incompleta

5 ☐ nivel tecnológico

2 ☐ educación básica completa

6 ☐ nivel superior

3 ☐ educación básica hasta décimo año

7 ☐ nivel postgrado

4 ☐ bachillerato completo

Religión: _____

Estado civil actual:

1 ☐ soltero/a

4 ☐ separado/a (de hecho)

2 ☐ unión de hecho

5 ☐ divorciado/a (legalmente)

3 ☐ casado/a

6 ☐ viudo/a

N° de hijos: _____

¿Quiénes viven con usted? Pueden señalar todos los que están en la lista y poner en otros si falta alguien.

1 ☐ Vive con ambos padres y hermanos

2 ☐ Vive con su esposo (a) pareja

2 ☐ Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)

3 ☐ Vive sólo con el padre o la madre

4 ☐ Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos

3 ☐ Vive solo

6 ☐ Vive con amigos (as)

7 ☐ Otros indicar con quienes.....

¿Qué actividad desarrolla actualmente?

Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral

1 ☐ laboralmente activo (jornada completa)

06 ☐ en formación/cambio de actividad

2 ☐ laboralmente activo (media jornada)

07 ☐ servicio militar

3 ☐ laboralmente activo (ocasionalmente)

08 ☐ cesante

4 ☐ ama de casa (sin actividad laboral)

09 ☐ jubilado/a

5 ☐ estudiante

10 ☐ otro: _____

Tipo de diagnóstico

Diagnóstico:

1 ☐ Oncológico

2 ☐ Hematológico

Tiempo transcurrido del diagnóstico _____

Antecedentes familiares de cáncer:

1 ☐ abuelos paternos

2 ☐ abuelos maternos

3 ☐ papá

4 ☐ mamá

5 ☐ hermanos

06 ☐ tíos (as) paternos

07 ☐ tíos (as) maternos

Anexo C

HARS

1.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborismos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Anexo D

BSI-18



INDIQUE CUÁNTO MALESTAR HA EXPERIMENTADO POR:

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. Sensación de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
2. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
3. Nerviosismo o temblor	0	1	2	3	4
4. Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
5. Sentirse solo	0	1	2	3	4
6. Sentirse tenso o alterado	0	1	2	3	4
7. Náuseas o malestar de estómago	0	1	2	3	4
8. Sentimientos de tristeza	0	1	2	3	4
9. Sustos repentinos y sin razón	0	1	2	3	4
10. Falta de aire	0	1	2	3	4
11. Sentir que usted no vale nada	0	1	2	3	4
12. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
13. Adormecimiento u hormigueo en ciertas partes del cuerpo	0	1	2	3	4
14. Sentirse sin esperanza frente al futuro	0	1	2	3	4
15. Sentirse tan inquieto que no puede permanecer sentado	0	1	2	3	4
16. Sentirse débil en partes del cuerpo	0	1	2	3	4
17. Pensamientos de poner fin a su vida	0	1	2	3	4
18. Sentirse con miedo	0	1	2	3	4

BSI 18 Copyright © 2000, 2001 Leonard R. Derogatis, PhD. Copyright de la edición española © 2013 Dr. Leonard R. Derogatis. Todos los derechos reservados. Adaptación española realizada y distribuida por Pearson Educación, S.A., Ribera del Loira, 28 1.ª, Madrid 28042, con la autorización de NCS Pearson, Inc. (EE. UU.). Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España.
 Pearson, PsychCorp y el logotipo PSI son marcas comerciales de Pearson Education, Inc. o de sus filiales en Estados Unidos y/u otros países. BSI y SCL-90-R son marcas comerciales de Dr. Leonard R. Derogatis en Estados Unidos y/u otros países. MMPI es una marca comercial de la University of Minnesota en Estados Unidos y/u otros países.
 Impreso por Impacor, S.A. ISBN: 843-50-85-115-56-1 Depósito legal: M-33930-2013

Anexo E
Inventario de depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6. Sentimientos de Castigo**
0 No siento que este siendo castigado
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7. Disconformidad con uno mismo.**
0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto a mí mismo.
- 8. Autocrítica**
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
- 9. Pensamientos o Deseos Suicidas**
0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
- 10. Llanto**
0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
- 11. Agitación**
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
- 12. Pérdida de Interés**
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo F

Inventario de distres emocional percibido

INVENTARIO DE DISTRES EMOCIONAL PERCIBIDO
Elaborado por Manolete S. Moscoso, Ph.D.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: ____ Fecha: _____

Estado Civil: _____ Actividad Laboral: _____

Instrucciones: Por favor lea cada frase y haga un círculo en el número (0-1-2-3) que describa mejor la manera de como se ha sentido ultimamente. No tome mucho tiempo en cada ítem, pero de la respuesta que describa mejor tus sentimientos ahora.

Durante el último mes, hasta hoy día

	En Ningun Momento	A veces	Frecuentemente	En Todo Momento
Me fastidio fácilmente	0	1	2	3
Me siento tenso	0	1	2	3
Me siento distante de mis amigos	0	1	2	3
Me siento más enojado de lo que estoy dispuesto a admitir	0	1	2	3
Me siento nervioso	0	1	2	3
Me siento confuso e inquieto	0	1	2	3
Me siento agobiado por las "dificultades sencillas"	0	1	2	3
Me preocupa que mi salud empeore	0	1	2	3
No estoy gozando de las cosas que usualmente hago para divertirme	0	1	2	3
Estoy perdiendo la fe en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3
Estoy que reviento", pero trato de no mostrarlo	0	1	2	3
Estoy perdiendo la fe en mi tratamiento médico	0	1	2	3
Me siento molesto	0	1	2	3
Me siento triste	0	1	2	3
Siento que soy un fracaso	0	1	2	3