



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

FACTORES ASOCIADOS A DISTRÉS
EN PERSONAS CON CÁNCER

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:
MEDINA FIGUEROA JUANA
No de Cta: 406051590

ASESORA DE TESIS:
MTRA: SOFÍA ELENA PÉREZ ZUMANO

México, D.F. Julio 2010





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer principalmente a mis padres por todo el apoyo que me han dado durante mi formación académica, por todos los principios y valores que me han inculcado como persona, y por confiar en mí, gracias de todo corazón.

A mis hermanos que siempre me han apoyado y por las palabras de aliento que siempre me dieron para fortalecerme.

A mis maestros que estuvieron durante mi formación mil gracias por todos los grandes conocimientos que aportaron para mí persona y para ser mejor profesionista.

Maestra Sofía gracias de verdad quiero que sepa que es una grandiosa maestra, usted me enseñó que la investigación es algo maravilloso y me doy cuenta que aprendí y se lo que muchas no, gracias por ser una muy buena amiga.

A usted maestra Leticia quiero que sepa que le agradezco no sabe cuanto todo lo que ha hecho por mí, mil pero mil gracias, gracias por ser más que mi maestra mi amiga alguien que me dio los mejores consejos y por hacerme entender que hay cosas más importantes por que preocuparnos, a y por sus conocimientos en estadística gracias de todo corazón.

Gracias a mis amigas Alejandra, Blanquita, Nimsi, las quiero mucho.

Pero principalmente al:

Macroproyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública, en esta línea d investigación sobre cáncer de mama y al proyecto Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en la mujer con cáncer de mama. (NEEGPSP-UNAMSDEI.PTID.05.3.

DEDICATORIA

Esta tesis me la quiero dedicar principalmente a mí misma por que soy una mujer que ha sabido salir adelante a pesar de las cosas y los momentos difíciles que he pasado, por que siempre quise ponerme esto más que un reto como compromiso conmigo misma y lo he logrado, por que soy inteligente y tengo muchas habilidades.

Aun no tengo hijos pero se que los tendré, esto se los dedico a ustedes por que quiero un mejor porvenir para ustedes y que sepan que hay cosas que sí se pueden lograr con mucho esfuerzo y entusiasmo.

A mis padres Andrés y Sara esta tesis también se las dedico a ustedes por que creyerón en mí y sobre todo por su apoyo económico, moral, por todo el amor que me dieron durante mi formación académica pero sobre todo por haberme dado la vida y a sí poder disfrutar todos estos triunfos, gracias.

A mis hermanos Freddy, Mari y Beto que siempre me dieron ánimos para seguir adelante y no darme por vencida, gracias por todo su apoyo.

A mis sobrinos Manuelito, Iván, Jesús, David, que los amo y los quiero con toda mi alma, quiero que sepan que cuentan conmigo para lo que sea y que los apoyare por siempre para sus estudios.

Lucero gracias por que tu sabes de que hablo, tú me ayudaste mucho para entrar a estudiar a esta escuela y sabes que te debo mucho gracias amiga esta tesis también te la dedico a tí te quiero mucho nunca lo olvides.

RESUMEN

Introducción: El cáncer es la segunda causa de muerte a nivel nacional, el diagnóstico de éste genera en la persona altos niveles de distrés que distorsionan su entorno, disminuyendo su calidad de vida. El rol de enfermería es fundamental en la detección y el cuidado de la persona que lo padece.

Metodología: Estudio observacional, prolectivo, descriptivo y transversal. La muestra se conformó de 50 pacientes hospitalizadas en el Instituto Nacional de Cancerología con un diagnóstico positivo a cáncer. El instrumento que se utilizó fue el termómetro del distrés de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) el cual ya ha sido validado, traducido y adaptado para personas mexicanas, con una escala de 0 al 10, donde un puntaje de 4 o más representa distrés significativo, pero además evalúa fuentes que desencadenan el distrés.

Resultados: La distribución en cuanto a género fue 62% mujeres con una media de 40 ± 13 y en hombres 38% con una media de 44 ± 13 , el rango fue de 19 a 83 años, con respecto al estado civil el 46% son casados, el 58% cuenta con un nivel básico de educación, 68% no tiene empleo, 44% tiene como principal cuidador a su pareja, el diagnóstico que predominó es el cáncer de mama 26%. El 68% de las personas presentó distrés que es estadísticamente significativo con su ocupación ($p= 0.008$). Asimismo, se encontró una significancia estadística entre el distrés y la dimensión emocional ($p= 0.0001$) y con los problemas físicos ($p= 0.037$).

Conclusiones: Los datos de este estudio reflejan un alto nivel de distrés en las personas con cáncer y que predomina una relación de este con factores de tipo físico pero principalmente psicológico, es por ello la importancia de que la enfermera aborde más este aspecto implementando herramientas como el termómetro del distrés, ya que es un instrumento útil, práctico, sencillo y fácil de usar para identificar que personas tienen distrés significativo y así intervenir de forma inmediata mediante técnicas de relajación como yoga, musicoterapia, taichí etc., con la finalidad de disminuirlo.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- MARCO TEÓRICO	4
2.1.- Epidemiología del cáncer	4
2.2.- Antecedentes del estrés	8
2.3.- Respuesta emocional al estrés (eútres)	11
2.4.- El distrés	12
2.5.- Distrés ante el diagnóstico de cáncer	13
2.6.- Factores estresores	14
2.6.1.- Sociales	14
2.6.2.- Emocionales	16
2.6.3.- Físicos por tratamiento	20
2.6.4.- Espirituales	25
2.7.- Estrategias y su importancia para su detección	26
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
3.1.- Propósito	32
3.2.- Objetivo	32
General	
Específicos	
3.3.- Hipótesis	33
4.- METODOLOGÍA	34
4.1.- Tipo de estudio	34
4.2.- Población	34
4.3.- Muestra	35
4.3.1.-Criterios de inclusión	35
4.3.2.- Criterios de exclusión	35
4.4.- Variables de estudio	35
4.4.1.- Variables sociodemográficas	36

4.4.2.- Variables principales	36
4.5.- Consideraciones éticas	36
5.- PROCEDIMIENTO	37
5.1.- Para la recolección de datos	37
5.2.- Para el análisis de datos	37
5.3.- Instrumento de medición	37
5.3.1.- Descripción del instrumento	38
6.- RESULTADOS	41
6.1.- Caracterización de la muestra	41
6.2.- Relación del distrés con variables sociodemográficas	42
6.3 Distrés y su relación con problemas físicos.	42
6.4Distrés y aspectos psicológicos	42
7.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS	44
8.- CONCLUSIONES	47
9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
10.- ANEXOS	56
10.1.-Tablas de resultados	58
10.2.- Instrumento de medición	64
10.3.- Consentimiento informado	66
10.4.- Folleto de distrés y cáncer	67

1.- Introducción

En México el cáncer ocupa la segunda causa de muerte, la presencia de esta enfermedad es un evento catastrófico ya que desencadena una serie de cambios en el entorno de la persona que la padece.

El cáncer impacta en la persona en todas sus esferas psicológica, biológica, social y espiritual, sin embargo, de todos estos aspectos uno que frecuentemente ha sido descuidado por el personal de salud, es el psicológico. Durante la trayectoria de la enfermedad la persona cursa y experimenta niveles de estrés que salen de sus límites presentándose de forma crónica. El estrés crónico o mejor dicho *Distrés* se define como una experiencia emocional displacentera, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social, y/o espiritual, que interfiere con la habilidad de afrontar efectivamente la enfermedad, aunado a esto es importante retomar la necesidad del abordaje psicosocial del paciente oncológico.

Esta investigación forma parte del proyecto ***Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama con clave NEGPSP-UNAMSDEI.PTID.05.3***, del cuál emerge esta tesis.

El objetivo del estudio fue explorar los factores que desencadenan distrés en las personas con cáncer, esto permitió identificar que algunos de ellos como la familia, los tratamientos, las emociones y lo espiritual afectan a la persona generando demandas excesivas, intensas y/o prolongadas que superan la capacidad de resistencia y de adaptación a la enfermedad.

En el marco teórico se muestra la transición epidemiológica del cáncer. Es innegable que es una enfermedad que ha ido en aumento, es un problema serio de salud para el país con grandes repercusiones sociales, familiares e individuales.

También se describen algunos antecedentes del distrés así como algunos factores que tienden a desencadenarlo como la familia, los tratamientos, la espiritualidad y problemas emocionales como la depresión y la ansiedad los cuales se describen más a fondo en este capítulo.

Dentro de la metodología se describe la población y la muestra conformada por 50 personas con cáncer, los criterios de inclusión, exclusión, tipo de variables, así como consideraciones éticas, procedimiento para la recolección de datos y descripción del instrumento de medición llamado termómetro del distrés.

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 15 en el cual se efectuaron pruebas mediante frecuencias, tablas de contingencia y correlación de Pearson.

En el capítulo de resultados se describen las características sociodemográficas de las personas estudiadas y su relación con la variable distrés, así como diversos problemas de tipo práctico, familiar, emocional, religioso y físico para describir su comportamiento en relación a este evento.

En el estudio se encontró que predomina un alto porcentaje de personas que padecen distrés, así como un elevado número de personas con alteraciones físicas pero principalmente psicológicas.

Se encontraron hallazgos importantes en la literatura en relación al distrés con los factores emocionales y físicos esto se debe principalmente a los tratamientos a los que estaban sometidos los pacientes.

Es importante detectar este suceso por medio de herramientas útiles como el termómetro del distrés, el cual ha sido validado, traducido y adaptado en personas mexicanas, la enfermera al ser pionera del cuidado de la persona funge un papel de gran importancia por lo que se recomienda que ellas implementen en la

práctica su uso ya que es sencillo, práctico y fácil de usar, para así generar estrategias por medio de terapias de relajación con el fin mejorar su bienestar físico y mental de la persona brindando una mejor calidad de vida ya que el paciente oncológico requiere de una atención más individualizada. Así mismo, permite identificar a las personas que requieren la intervención de un especialista en salud mental.

2.- Marco teórico

2.1.- Epidemiología

El siglo XXI representa uno de los cambios asombrosos, la población mundial se ha triplicado y con ello una serie de cambios se han venido presentando como el aumento en la esperanza de vida o el envejecimiento de la población, situación que esta impactando en la salud pública. Una serie de cambios demográficos, económicos y ambientales han trascendido en los aspectos de nuestra vida entre ellas enfermedades como el cáncer. Actualmente nos encontramos cursando por una gran epidemia de tumores malignos, puesto que hoy en día el ser humano ha modificado impresionantemente su estilo de vida lo que ha provocado una alta incidencia y mortalidad.¹

El cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Otros términos utilizados son neoplasias y tumores malignos. Una de las características que define el cáncer es la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis.²

Actualmente el mundo se encuentra claramente dividido en dos: el mundo desarrollado y el subdesarrollado. La Agencia Internacional Contra el Cáncer ha determinado que la mayoría de casos de cáncer y de las muertes ocurrieron en los países del tercer mundo.

El cáncer de pulmón, colon, mama y próstata conforman el 60% de todos los casos de cáncer en el mundo desarrollado; en cambio cáncer del estómago y de cuello uterino son tan poco frecuentes que sumados no alcanzan al 10% de los casos de cáncer en los países afluentes.

En los países subdesarrollados encontramos que el cáncer de pulmón, estómago, mama, cuello uterino, esófago, colon y cavidad oral constituyeron más del 60% de todos los casos ocurridos el año 2002; con menor frecuencia se presentaron el cáncer de la próstata, ovario, vejiga, páncreas, riñón y endometrio ³ lo que puede estar relacionado con el estilo de vida que se lleva en estos países pero además por la falta de acceso a los servicios de salud.

Las características comunes y diferenciales del cáncer son evidentes, tanto en su conjunto como por localización y distribución geográfica.⁴ Sin embargo, se puede encontrar que el cáncer no es necesariamente la causa de muchas muertes a nivel mundial ya que en otros países en vía de desarrollo las enfermedades transmisibles ocupan lugares importantes.

Para el 2007 el cáncer es la primera causa de mortalidad a nivel mundial; se le atribuyen 7,4 millones de defunciones ocurridas, La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que alrededor de 84 millones de personas morirán a causa de esta enfermedad entre 2005 y 2015. ³

En el 2007 representó la tercera causa de muerte entre las mujeres con 35 303 defunciones (15.4%), mientras que en los hombres fue la cuarta con 33 509 muertes (11.8%).

Sin embargo, la incidencia de estas neoplasias varía según el sexo de la persona, aproximadamente el 30% de las defunciones por cáncer se pueden prevenir. ² Por lo que es indispensable fomentar el autocuidado, la prevención e incrementar el acceso a servicios en zonas rurales.

En cambio en América Latina es la segunda causa de muerte, en el 2005 aproximadamente 1,15 millones de personas murieron de cáncer en la Región, y 480.000 de los casos eran de los países en América Latina y el Caribe (ALC). Las tasas de mortalidad por cáncer más elevadas se observan Sudamérica.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) también establece un creciente aumento de la carga de morbilidad en América del Sur por esta causa. De hecho, a excepción de Argentina y Uruguay, donde el riesgo es mayor, la probabilidad de contraer cáncer antes de los 65 años de edad en los países sudamericanos es aproximadamente 10 a 12.4%. A este grado, al menos 400.000 personas murieron de cáncer en América del Sur en el 2005. Brasil era el contribuyente mayor en la región a la mortalidad por cáncer con 190.000 defunciones en el 2005.

Entre los hombres, el cáncer de próstata tiene la incidencia más alta en la mayoría de los países sudamericanos; en Ecuador y Chile el cáncer de estómago representa la incidencia más alta y en Argentina y Uruguay el cáncer de pulmón tiene la incidencia más alta. Basándose en datos del 2002, el año disponible más reciente, las causas principales de mortalidad por cáncer que afectan a hombres en América del Sur son cánceres de la próstata, de pulmón y de estómago, a excepción de Argentina, Bolivia y Uruguay donde la 3era causa más común de mortalidad por el cáncer en hombres es el cáncer colorrectal. Es de notar que Uruguay tiene las tasas de mortalidad más elevada por el cáncer de pulmón entre los hombres en la región con aproximadamente 50 por 100.000.⁵

Por otro lado en nuestro país el cáncer representa la segunda causa de muerte casi 60 mil personas fallecen por esta causa, lo que representa el 12% del total de fallecimientos que se registran cada año situación que es preocupante para los servicios de salud, para el 2009 el cáncer de pulmón, tráquea y bronquios sigue siendo el que mayor número de muertes genera anualmente, pues representa el 10.3% de todos los casos de cáncer registrados en el país.

La tasa de mortalidad por esta causa es para los hombres de 17.1 muertes por cada 100 mil mayores de 25 años, mientras que para las mujeres la tasa es de 8 por cada 100 mil. Algunos tipos de cáncer se localizan de forma diferenciada en mujeres y hombres, ya sea por factores biológicos o de riesgo, lo que influye en su prevalencia.

En hombres, el cáncer de próstata, de tráquea, bronquios y pulmón y de estómago fueron las principales causas de muerte por neoplasias malignas durante 2007; al igual que en las mujeres, estas causas son similares a las de 2006, aunque el porcentaje de muertes que se les atribuyen ha disminuido. Anexos Figura 1.

Por otro lado, la edad de la población está relacionada con el tipo de cáncer que padece. Los hombres mayores de 60 años presentan mayor incidencia de casos de cáncer de órganos digestivos, seguido del aparato respiratorio y órganos genitales; sin embargo, en la población menor de 20 años, resalta el cáncer del tejido linfático, de órganos hematopoyéticos y tejidos afines, así como las lesiones en ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso central y órganos genitales masculinos siendo común el cáncer testicular.⁶

Debido a este incremento en las tasas de morbimortalidad es que la Organización Mundial de la Salud recomienda implementar programas de salud pública encaminados a reducir el número de casos y muertes por cáncer, mejorando la calidad de vida de los pacientes, por medio de la implantación sistemática y equitativa de estrategias de prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y de paliación basadas en evidencias, con el fin de lograr la mejor utilización de recursos disponibles.

El establecer un programa con estas características y este enfoque permite evaluar las diferentes opciones para controlar dichas enfermedades e implementar las que son más eficaces, desde el punto de vista *costo-beneficio* para la mayor parte de la población. Más aún, este programa debe promover la elaboración de registros adecuados sobre el cáncer, el diseño y aplicación de *guías de tratamiento*, hacer énfasis en la prevención, en la detección temprana de casos, así como brindar el mayor confort posible a los pacientes con enfermedad avanzada.⁷

Esto nos habla de la importancia que tiene la transición epidemiológica y que el cáncer es una enfermedad que se ha ido expandiendo en nuestra sociedad mundialmente y que los lugares que ocupan en cualquier parte del mundo preocupan al sistema de salud.

Sin embargo, la persona que padece esta enfermedad comienza a tener cambios que desencadenan una serie de problemas, éstos pueden ser de índole psicológico, biológico, físico y espiritual los cuales van a condicionar su calidad de vida, pese a que hoy en día hay mucha información y se han roto muchos tabús las personas todavía consideran que el cáncer es un estigma que se asocia a muerte, sufrimiento y deterioro.

La forma en que la persona vivencia la experiencia asociada al cáncer esta ciertamente unido a la psicobiografía, al contexto personal y social en que se encuentra el paciente al sobrevivir la enfermedad. De igual forma, la experiencia asociada a la enfermedad está determinada por los tratamientos posibles dentro de los existentes y por las creencias sociales respecto al cáncer en general. La experiencia del cáncer es altamente estresante ya que fuerza a la persona a enfrentarse con temas tan ilimitados como el sufrimiento, el deterioro, la muerte, la trascendencia, temas para los cuales debe encontrar un sentido personal. Más que un acontecimiento estresante aislado, el tener cáncer implica padecer una serie de acontecimientos estresantes interrelacionados.⁸

La parte psicológica ha sido una de las esferas que más se altera cuando una persona vivencia el cáncer debido a emociones y sentimientos encontrados uno de ellos es el estrés.

2.2.- Antecedentes del estrés

El término estrés ha cambiado a lo largo del tiempo debido a que suele ser confundido con otros como lo es el caso de ansiedad. Los acontecimientos

históricos nos permiten definir con certeza el significado de éste y sobre todo su importancia para el cuidado de la persona que lo padece.

Para poder entender más la palabra estrés en toda su extensión, es importante considerar ciertos aspectos históricos de su origen. Sin que su uso sea sistemático o científico se encuentran informes de estrés ya en el siglo XIV, siendo utilizado para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción.⁹

De igual forma se han realizado estudios donde se intenta analizar cual es el comportamiento de este evento a nivel sistemático para comprender su acción y poder dar una definición exacta, concreta e identificar cuales podrían ser los síntomas de éste.

Hans Selye (1907-1982) decía que el Estrés "es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga". Él llega a esta definición cuando luego de experimentar para descubrir una nueva hormona sexual, inyecta extractos de ovarios de ganado a ratas para observar los cambios que no se pudieran atribuir a las hormonas ya conocidas.

Encontrando una serie de cambios los cuales ya habían sido estudiados por algunos científicos como son: Hipertrofia del cortex de la glándula suprarrenal, atrofia de timo, bazo, ganglios linfáticos, hemorragias, úlceras profundas en estómago y parte superior del intestino. Observó que cada cambio era interdependiente del otro y el conjunto formaba un síndrome bien definido, al que denominó **Síndrome General de Adaptación** (S.G.A.) (1936) ya que pronto descubrió que todas las sustancias tóxicas, cualquiera que fuera su origen, producían la misma respuesta; incluso el frío, calor, infección, traumatismo, hemorragia, factores emocionales, etc.; a los que finalmente en 1950 denominó estresores.¹⁰

Es importante mencionar que estrés se correlaciona en gran parte con el aspecto inmunológico, nervioso y endócrino, cuando estos se ven afectados también se involucran muchos aspectos más como las emociones debido a la conexión que hay entre la mente y el cuerpo.

La forma de pensar, las creencias, y los sentimientos no son nada menos que la actividad bioquímica de nuestras células nerviosas de nuestro cerebro, la cual se expresa dentro de los sistemas endócrino e inmune determinando el estado de salud actual del individuo. La evidencia científica, hoy en día, demuestra que al modificar nuestros pensamientos estamos modificando nuestra biología.

Estrés es un término sumamente complicado el cual muestra muchas connotaciones y muy poca utilidad para comprender como nuestro organismo se adapta a las demandas de la vida diaria y a situaciones catastróficas que ocurren de manera esporádica. Para algunas personas este término, refleja un estado indeseable de preocupación, temor, irritabilidad, tristeza, y dificultad para manejar adecuadamente las situaciones que causan frustración. Para otros, es un reto que motiva a la obtención de logros y metas de nuestra vida. En el primer caso, nos referimos a un término popular denominado “estresado”, el cual sugiere la naturaleza crónica de un estado negativo reconocido clínicamente como distrés emocional.¹¹

Podemos ampliar esa breve definición de estrés mencionada anteriormente diciendo que cualquier demanda, sea física, psicológica, extrema o interna, buena o mala, provoca una respuesta biológica del organismo idéntica y estereotipada.

Esta respuesta lleva a cambios hormonales cuantificables por datos de laboratorio y por las modificaciones que estas secreciones hormonales provocan sobre nuestro organismo, responsables de nuestras reacciones ante el estrés, ya sean funcionales u orgánicas. Si estos cambios se hacen en armonía, es decir si las respuestas son adecuadas al estímulo o para explicarlo de otra manera, si están adaptadas a las normas fisiológicas del sujeto, se habla de eustrés o buen estrés,

indispensable para el desarrollo, el funcionamiento del organismo y la adaptación al medio. Si las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, aún agradables, y superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo, llegamos al distrés o mal estrés.¹²

2.3.- Respuesta emocional al estrés

La respuesta emocional del estrés esta caracterizada por síntomas de ansiedad, irritación, ira y cólera, preocupación, tristeza, pánico, y estados de desesperanza, los cuales son de naturaleza transitoria. El ingrediente principal de la respuesta emocional del estrés es de naturaleza cognitiva debido al hecho de que el “estímulo externo deberá ser percibido como estresante”.¹¹

Parece que hay cuatro tipos de reacciones al estrés:

1. **Normal:** en la que la alerta es seguida de una acción defensiva.
2. **Neurótica:** en la que la alerta y la angustia son tan grandes que la defensa se transforma en ineficaz.
3. **Psicótica:** en la que la alarma puede percibirse erróneamente produciendo una psicosis.
4. **Psicosomática:** en la que fracasa la defensa psíquica y la alerta sobrecarga los sistemas somáticos provocando cambios hísticos.¹³

Siguiendo esta línea centrada en la respuesta fisiológica, el nivel óptimo de estrés es la dosis de estrés, biológicamente necesaria en cada individuo, para que funcione de manera armónica en las condiciones óptimas compatibles a sus posibilidades de adaptación. Es un nivel variable de un individuo a otro, dependiendo de factores como su herencia, su perfil psicológico, su educación, su estado de salud, su forma de vida, etc. Si nos apartamos de la dosis óptima de estrés, éste se convierte en distrés y exige una adaptación del organismo por encima de las normas fisiológicas, tanto en el plano biológico como en el físico y el psicológico. Por debajo del umbral óptimo, el organismo está subestimulado; es un reposo nocivo que se traduce en mal estrés.⁹

2.4.- Distrés

Es importante que como cuidadoras percibamos cuales son los síntomas que la persona puede presentar ya que este va actuar en diferentes partes del organismo y de este modo se van a ir presenciando dichos síntomas.

Algunos estudios realizados en neuroendocrinología han demostrado que cuando la respuesta del estrés percibido se transforma en un proceso crónico, esta facilita el inicio de un estado de distrés emocional en la que se observa una excesiva utilización o manejo ineficiente de hormonas, corticoesteroides, y catecolaminas por parte de los ejes neuroendócrinos. Este estado de distrés emocional o estrés crónico produce un impacto negativo en el sistema nervioso activando cambios bioquímicos y un desbalance hormonal que repercute en los sistemas endócrino e inmune. Ciertamente este proceso nos permite entender y apreciar la naturaleza multidireccional de las interacciones entre los estresores, el cerebro y los sistemas endócrino e inmune.¹⁴

Cuando este se presenta en un paciente con cáncer la perspectiva cambia indudablemente ya que los factores estresantes desencadenaran una serie de síntomas específicos de dicha enfermedad.

El malestar (del inglés *distréss*) en el cáncer se define “como una experiencia emocional desagradable, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional), social y/o espiritual que puede interferir en el afrontamiento del cáncer, de sus síntomas físicos y de su tratamiento.

Investigadores interesados en la respuesta emocional del estrés fijan su interés en eventos estresantes de carácter universal. Seleccionan situaciones de estrés que generalmente afectan psicológicamente a la gran mayoría de personas. Entre este tipo de eventos encontramos las situaciones de divorcio, encarcelamiento, exámenes académicos, pérdida de seres queridos, cuidado permanente de familiares con discapacidad física, diagnóstico de enfermedades terminales, dificultades financieras y otras que típicamente causan distrés emocional.¹¹

Existen factores que van a condicionar a la persona para desencadenar este evento y que la limitan en su afrontamiento de la enfermedad tales como son el diagnóstico de la enfermedad.

2.5.- Distrés ante el diagnóstico del cáncer

Cuando el paciente recibe una noticia de que padece una enfermedad como el cáncer, intrusa, amenazante a su vida y a su futuro entra en un sufrimiento que puede ir desde lo espiritual hasta lo mental, que va a generar un impacto en todo su entorno holístico ya que todas sus esferas se verán afectadas.

El diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad genera frecuentemente un malestar emocional (distrés) importante, pues suele afectar al paciente globalmente, tanto a nivel físico, como psíquico y social. Por ello la adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil y genera reacciones ansiosas y depresivas.¹⁵

El padecimiento por sí mismo puede ser considerado por un individuo como un evento que actúa como agente de estrés altamente amenazante. El diagnóstico de una enfermedad somática severa induce en la mayoría de los casos una respuesta de estrés extremadamente alta. Este evento estresante frecuentemente está acompañado de la admisión en un hospital, la incertidumbre sobre el diagnóstico definitivo y sobre el tratamiento a seguir que provoca estimulación emocional y/o fisiológica.¹⁶

El distrés se presenta debido a la incapacidad o perplejidad de la persona con cáncer ante los cambios y pérdida de control del entorno, lo que afecta lenta e inevitablemente al propio enfermo o a quienes están cerca de él: su familia, cuidadores y profesionales que le asisten.

Desafortunadamente cuando a una persona se le diagnóstica cáncer, sin más explicación y en algunos casos con la sentencia de muerte en un tiempo determinado, se ve impuesta a tomar decisiones apresuradas sobre los posibles tratamientos a seguir: cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, etc., lo que aumenta el estrés, ya que en muchos casos se pasan por alto las probables reacciones psicosociales que pudiera presentar, lo que afecta su calidad de vida y la de su familia. El diagnóstico actúa como un impacto que puede desestructurar al paciente si éste no consigue elaborar una respuesta de afrontamiento adecuada a la situación, que le permita continuar con el proceso diagnóstico y terapéutico necesarios para su curación.¹⁷

Cuando a la persona se le habla acerca de la malignidad, tras un primer instante de choque o bloqueo suele presentar ciertas emociones inmediatas que incluyen tristeza, enojo, ansiedad, sentimientos de indefensión y depresión.¹⁸

Este proceso comienza cuando la persona se da cuenta de que padecer cáncer es un hecho altamente probable o bien ya sea una certeza. En ese momento el individuo toma consciencia, de un cambio, o una amenaza de cambio, en el estado de sus metas o preocupaciones tal como las concebía hasta ese momento.

La valoración actual de este cambio posible debido al cáncer incluye una evaluación de su significado personal, puede tener un significado de daño o pérdidas reales, de un daño o pérdidas posibles o bien significará un desafío personal.⁸

2.6.- Factores estresores

2.6.1.- Sociales

Sin embargo este factor del diagnóstico con lleva a otro, como es la problemática familiar ya que comienza un cambio en la estabilidad del hogar y que se ve

reflejada en el rol de los integrantes impactando hasta en la economía de la misma.

El cáncer como enfermedad crónica impone estrictas e inmediatas demandas al sistema familiar. La enfermedad crónica sucede dentro de una familia, no en el aislamiento de una persona. El impacto de una enfermedad como el cáncer alcanza abismos profundos en diversos contextos como son ecológicos, sociales y culturales de la dinámica familiar. Esta enfermedad afecta profundamente no sólo al sistema familiar por largos períodos de tiempo, sino que la respuesta a este desafío tiene un efecto profundo en el desarrollo y la calidad de vida de la persona enferma y, en muchos casos, a nivel estructural y dinámico del núcleo familiar.

La confrontación de esta experiencia “diagnóstico de cáncer” y/o su reaparición crea dentro de esta un nuevo sistema de demandas y constricciones en el comportamiento de cada individuo con la necesidad de crear nuevas habilidades y capacidades a nuevos problemas no aprendidos y no conocidos hasta ahora.

Ciertas familias tienen una base más vulnerable a la crisis recurrente de la enfermedad de cáncer que otras y la confrontan con sentido de desesperación, ambigüedad, pérdida de control reflejado en una interacción disfuncional y conflictiva entre los miembros de la familia.

La familia es el principal soporte del enfermo con cáncer ya que el apoyo por parte de este núcleo, disminuye los niveles de estrés y efectos negativos y emocionales que puede presentar a lo largo de la enfermedad, dentro de estas se incluye el hecho de que el paciente tenga el apoyo de la pareja y que al igual se podría ver afectada. El matrimonio proporciona la ayuda específica contra los efectos de la enfermedad y/o actúa como almacenador específico intermediario que neutraliza la tensión producida por la enfermedad.¹⁹

Los hijos son una parte fundamental en la familia, cuando la persona que padece esta enfermedad es la madre o el padre muchas veces lo hijos llegan a cubrir este papel generándose nuevos roles y modificando la estructura familiar lo que llega ocasionar cierto estrés hasta en ellos, generándose nuevos problemas debido a la responsabilidad que se adquiere.

El impacto del diagnóstico afecta no sólo a la persona, sino a todos los miembros de la familia. Desde esta perspectiva, el diagnóstico de cáncer ocasiona un desequilibrio en la familia, por asociar el cáncer a una enfermedad que generalmente causa la muerte y también por el miedo a los procedimientos terapéuticos y los cambios que conllevan. Así, la familia también tendrá que adaptarse a la situación, utilizando mecanismos de enfrentamiento para superar las crisis consecuentes. Si estos mecanismos son utilizados adecuadamente, el equilibrio familiar podrá ser mantenido, contribuyendo a una buena adaptación de la persona. En caso contrario, podrá haber un desequilibrio influenciando de forma negativa la recuperación de la persona.²⁰ Sin embargo como se mencionaba anteriormente esta enfermedad desencadena una serie de respuestas emocionales que afectan el bienestar de la persona y suelen salirse de los límites creando trastornos psicológicos graves.

2.6.2.- Factores emocionales

El impacto que produce la palabra cáncer sobre el enfermo y su entorno familiar-social es enorme. Este impacto puede llegar a ocasionar graves trastornos psicológicos, emotivos, afectivos que son, en ocasiones, tan importantes como la enfermedad que los ha producido. Por este motivo es necesario que exista una colaboración entre el personal experto en estas cuestiones los psicólogos con el equipo sanitario médicos, enfermeros y trabajo social.²¹

Se ha encontrado que las personas que sufrieron depresión o ansiedad en el pasado, tienen una mayor probabilidad de volver a experimentarlas ante un

estresor mayor como el cáncer.²² Lo cual puede ser evidente y reflejarse en las personas que tienen recidivas de esta enfermedad.

La presencia de trastornos psicopatológicos en el paciente oncológico ha sido ampliamente documentada, a pesar de su frecuencia, la identificación de estos trastornos es insuficiente debido a diferentes motivos, como: a) la confluencia de sintomatología somática y psíquica, b) considerar como normal la presencia de ansiedad, depresión o insomnio en el paciente con cáncer, c) la falta de formación del personal de salud en la detección de trastornos psiquiátricos, o que éstos puedan ser secundarios a la propia enfermedad y a los tratamientos oncológicos, es conocida la dificultad que entraña el realizar un diagnóstico psicopatológico en el paciente con cáncer, debido a la convergencia de síntomas psicológicos y somáticos que dificultan el diagnóstico diferencial, y debido a la propia naturaleza de la enfermedad neoplásica que es generadora de un malestar emocional (distrés) que puede oscilar entre una reacción normal ante la enfermedad hasta la presencia de un conjunto de signos y síntomas que requieran una intervención específica desde el campo de la salud mental.¹³

El estado afectivo depresivo es una respuesta frecuente asociada a situaciones de pérdida. La tristeza, los sentimientos de indefensión, desesperanza e inutilidad, la pérdida de la autoestima, los episodios de llanto y la ideación suicida son los predictores más sensibles de la depresión.²³

Aproximadamente, un 75% de los pacientes oncológicos desarrollan algún tipo de trastorno emocional siendo de mayor prevalencia el aspecto adaptativo y la depresión.²⁴ Sabemos que tanto el estrés como la depresión y la inflamación son capaces de activar y modificar el equilibrio de las citocinas. Éstas pueden tener un efecto depresivo, ya sea directamente, por medio de la activación de la hormona liberadora de corticotropina, o indirectamente, provocando resistencia de los receptores de glucocorticoides, lo que causa hiperactividad del eje hipotálamo-

hipofisiario-suprarrenal, debido a inhibición del mecanismo de retroalimentación normal.²⁵

Desde el punto de vista biológico, el concepto de estrés ha evolucionado en las últimas décadas desde “un sistema de respuestas inespecíficas” a un patrón de “monitorización de claves internas y externas”, que resulta crítico para la adaptación del organismo a su ambiente. Sabemos que el estrés psicológico desempeña un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos depresivos. Los cambios inmunológicos ante el estrés son del tipo y magnitud que puede influenciar la aparición de las metástasis.²⁶

Desde otra perspectiva, se ha estudiado el impacto del distrés emocional con la depresión y ansiedad como factor predictivo de la evolución física, psicológica y social, y del uso de recursos médicos para los pacientes con cáncer.²⁷

La valoración del suceso como una pérdida importante de salud, de bienestar psicológico, de esperanza de vida, etc. tenderá a producir una reacción de tristeza, que puede desencadenar en depresión. Esta también puede estar ligada cuando la persona se encuentra sola cursando este proceso de la enfermedad y que puede desencadenar grandes niveles de estrés llegando a la depresión, en un estudio se examinaron 107 pacientes con cáncer de cabeza y cuello para evaluar su estrés psicológico, trastornos de adaptación o depresión mayor, de estos 36% tuvieron trastornos de adaptación y depresión mayor, el análisis de regresión logística reveló que tener un estadio avanzado de cáncer y vivir solo fueron significativamente asociados con estrés psicológico.²⁸

Como todo suceso estresante, el cáncer no produce el mismo impacto en todas las personas, este proceso consiste en que, si se produce la interpretación o valoración del evento como una amenaza, se concebirá una reacción emocional de ansiedad, que tenderá a ser más intensa en la medida en que el individuo

perciba que sus recursos para afrontar esta amenaza no son suficientes para controlar o manejar las consecuencias negativas que se presentan.

La ansiedad es una reacción emocional que emerge ante las situaciones de alarma, o situaciones ambiguas, o de resultado incierto, y nos prepara para actuar ante ellas. Esta reacción se vive regularmente como una experiencia desagradable con la que la persona se pone en alerta ante la posibilidad de obtener un resultado negativo para sus propios intereses.

La sospecha de padecer una enfermedad crónica como lo es el cáncer, produce ansiedad anticipatoria, como se ha puesto de manifiesto en aquellas mujeres a las que se solicita una segunda mamografía, tras haber encontrado algún dato sospechoso en la primera prueba. Su ansiedad está relacionada con los pensamientos de anticipación de un posible resultado de diagnóstico de cáncer y se ve aliviada por la reducción del tiempo de incertidumbre.²⁹

El insomnio suele ser un trastorno frecuente y de mayor prevalencia con consecuencias negativas sobre las actividades cotidianas y la calidad de vida de la persona, por lo que una valoración y un tratamiento temprano son prioritarios. La dificultad para dormir satisfactoriamente durante la noche es uno de los síntomas más prevalentes en los pacientes con cáncer aunque son muchas las causas que pueden alterar el descanso nocturno, podemos destacar la ansiedad asociada a la propia enfermedad y a los efectos secundarios de los tratamientos recibidos.

Comparado con otros problemas que los pacientes con cáncer sufren, tales como náuseas, dolor y depresión, el insomnio no ha recibido mucha atención, a pesar de ser uno de los síntomas más comunes y que genera mayor distrés en los pacientes oncológicos, afectando al 40-60% de los enfermos según varios autores.

Poco se sabe de la calidad del sueño en los pacientes con cáncer, pero parece que el distrés emocional y físico sí se relaciona con los problemas para dormir,

siendo éstos uno de los principales síntomas en este tipo de pacientes, afirman que más del 50% de los pacientes oncológicos presentan problemas de sueño que perduran en el tiempo años después de finalizar el tratamiento, siendo un problema crónico para los pacientes y la familia.¹⁵

En relación a este rubro es importante mencionar que muchos de estos aspectos emocionales emergen de los tratamientos a los es sometida la persona.

2.6.3.- Factores físicos por tratamiento

La morbilidad psicosocial se define como el trastorno emocional que surge en diversas etapas de la vida del paciente después que se ha diagnosticado la enfermedad. La cirugía, la radioterapia (RTP) y la quimioterapia (QTP) originan temores especiales que inducen usualmente trastornos emocionales durante el período pretratamiento, y que a su vez constituyen un número de acontecimientos estresantes muy amplio o muy intenso. Por otra parte, la deficiencia funcional, el desfiguramiento por el cáncer, por el tratamiento o por ambos, constituyen una grave amenaza a la sensación de integridad física del individuo.

De igual modo, los problemas en el desempeño de roles sociales importantes, por ejemplo, el laboral, pueden igualmente tener un amplio efecto sobre el bienestar del individuo.³⁰⁻³¹

Estos tratamientos producen una serie de efectos secundarios, los cuáles incluso pueden llevar al paciente a abandonar el tratamiento como son: fatiga; náuseas y vómitos; alopecia (pérdida del cabello); efectos en la boca, como las aftas o ulceraciones; pérdida del apetito; aumento en la sensibilidad en el gusto y olfato; estreñimiento o diarreas.

Temer al cáncer, no sólo implica miedo a la enfermedad sino también al propio tratamiento y sus efectos secundarios. Es importante intentar borrar los miedos de

la mente ya que provoca ansiedad y ésta puede hacer que las reacciones al tratamiento sean peores. El estrés, no sólo es producido por el diagnóstico, sino también por la sucesión de cambios físicos, sociales y personales que se producen a lo largo de la enfermedad y su tratamiento.²⁰

Las diversas modalidades de tratamientos conlleva a los pacientes a sufrir eventos estresantes muy fuertes dado que muchas veces el personal de salud no orienta lo suficientemente a los pacientes, provocando ansiedad ya que se ven apresurados a tomar decisiones en cuanto a cual es el tratamiento al que se va a someter, lo genera reacciones psicológicas que pudieran afectar su calidad de vida.

Quimioterapia:

Tal es el caso de la quimioterapia ya que es un tratamiento muy agresivo debido a la cantidad de síntomas que este genera por que no solo destruye células anormales sino también las normales, estos efectos suelen ser muy desagradables para los pacientes, como son alopecia, vómitos, náuseas, depresión del sistema inmunológico y malestar general, claro este siempre varia en cada persona, pero indudablemente suele ser doloroso y ansiógeno para la persona, lo cual va a generar distrés ya que esto la priva a seguir con sus actividades cotidianas.

Es necesario abordar los efectos secundarios de la quimioterapia desde un punto de vista multidisciplinar, teniendo en cuenta no sólo los aspectos médicos sino también el lado psicológico de los pacientes para poder ayudarlos de una manera integral a sobrellevar el tratamiento y aumentar la calidad de vida.³²

Se realizó un estudio multicéntrico, en un grupo de pacientes con cáncer de mama donde el distrés psicológico fue evaluado en situación basal, durante quimioterapia y después de 6 y 12 meses, en el que se comparaba quimioterapia adyuvante estándar con ciclofosfamida, epirrubicina y 5-fluorouracilo cada 21 días (CEF21)

con la misma pauta de quimioterapia administrada cada 14 días (CEF14). En el momento basal, la media de puntuaciones de distrés psicológico era similar en los dos grupos. Durante quimioterapia, se observó un distrés psicológico significativamente superior en el CEF14, comparado con el brazo CEF21 ($32,3 \pm 1,3$ versus $27,6 \pm 1,3$; $p= 0,009$), así como una incidencia acumulada superior de anemia, mucositis, diarrea, alopecia, dolor óseo y fatiga observada en el brazo CEF14.³³ Por ello es primordial el papel de la enfermera durante la aplicación de quimioterapia ya que este proceso llega a desencadenar niveles de estrés altos.

La calidad de vida de la persona con cáncer suele deteriorarse en relación con la gran demanda de dichos efectos secundarios por este tratamiento, en un estudio longitudinal que se realizó en España con una muestra de pacientes oncológicos recibiendo tratamiento de quimioterapia el cual se dividió en dos fases, las dos arrojarán resultados donde puede observarse que el impacto social, los síntomas de enfermedad y tratamiento muestran puntuaciones relativamente más elevadas que el resto de factores de calidad de vida y que la discapacidad funcional valorada con ayuda de la escala de Karnofski se eleva en la segunda fase, lo que nos indica que a mayor número de efectos y síntomas secundarios la persona puede disminuir su calidad de vida y con ello un incremento de distrés.³⁴

La persona puede sentir cierta incertidumbre la cual suele presentarse cuando el tratamiento es por primera vez, generalmente esto se debe a la mala información que muchas veces suelen comunicarse entre pacientes ya que expresan su experiencia y si esta fue mala o al menos así la percibirán pues ocasiona que otras pacientes se sientan preocupadas. Sentirse alterado y preocupado es parte del proceso, no obstante estos sentimientos pueden ir desde un nivel normal hasta un nivel intenso lo que puede interferir durante su aplicación o incremento de los efectos secundarios del mismo.³⁵

Es importante mencionar que enfermería siendo la pionera en la administración de este tratamiento, esta obligada a dar apoyo psicológico al paciente durante su

aplicación, manteniéndolo así con comodidad y bajo un mínimo estrés para que sus síntomas reduzcan y con ello se mejore su calidad de vida.

Cirugía:

Por otro lado, la cirugía ha llegado a ser el tratamiento de primera instancia en las personas con cáncer, provocando en ellas una serie de cambios adaptativos que sí, indudablemente salva su vida y disminuye síntomas incapacitantes como el dolor, pero esto no impide que sea considerada como un factor altamente estresante y que conlleva muchas afecciones psicológicas que no solo experimenta la persona por si sola sino que la familia y amigos también suelen ser afectados.

Cuando la persona sabe que va a ser intervenida quirúrgicamente mentalmente crea un problema que amenaza a su salud, es por ello que es considerada como un acontecimiento altamente estresante, no obstante este proceso depende de una serie variables que desencadenen en sí este evento tales como son: El riesgo intrínseco que genera la intervención quirúrgica, la incertidumbre de no saber si esta resolverá el problema o no, temor a quedar peor tras la operación y ciertas limitaciones físicas y/o psicológicas.³⁶

La radioterapia

Otro tratamiento oncológico que de igual forma tiene grandes resultados, es la radioterapia ya que ofrece para el paciente y sus familiares una oportunidad de control, mejoría o curación de esta enfermedad; sin embargo, al mismo tiempo implica afrontar importantes retos que pueden afectar su calidad de vida, estado emocional y psicológico, ya que el principal reto aquí es proporcionar a los pacientes la información adecuada de lo que es este tratamiento, los riesgos que este implica por que la falta de información y la incertidumbre provoca que el paciente caiga en un estado de distrés, el cual puede condicionar a que allá un

mayor número de efectos secundarios. Es importante destacar que un 60% de las personas con cáncer reciben este tratamiento.³⁷

Se encontró un estudio donde se determina cual es el nivel de depresión y ansiedad que manejan los pacientes durante el tratamiento de radioterapia externa. La muestra está constituida por 55 personas: 35 mujeres y 20 varones, edad media 44 años (intervalo 30-72 años), con diversos cánceres: mama, ginecológicos, próstata, colon, gástrico, pulmón, óseo y sistema nervioso central en el cuál se encontraron elevados índices de depresión y fatiga.³⁸ Con ello podemos observar que al igual que la quimioterapia, la radioterapia también contribuye a un gran número de síntomas tanto físicos como psicológicos.

Por otro lado, es importante mencionar la importancia de los cambios en la apariencia física que van aparecer como consecuencia de estos tratamientos los cuáles son una gran fuente de estrés que las personas desencadenan y que les va hacer muy difícil adaptarse ya que estos afectan directamente el estado emocional, su calidad de vida y su funcionamiento familiar, social y laboral. Dichos cambios pueden ser temporales como la caída del cabello, las alteraciones en la piel, en las uñas o los cambios de peso o los permanentes, como los efectos de las cirugías (cicatrices, amputaciones, deformidad, asimetría, linfedema). La vergüenza, el temor, el rechazo por la misma sociedad conllevan a que la persona se aisle y pierda relaciones sociales.

Partiendo de la consideración de que los cambios en la apariencia física secundarios a los tratamientos oncológicos constituyen un evento vital estresante al que los pacientes de cáncer deben hacer frente, en la mayoría de las ocasiones no nos encontramos con reacciones psicopatológicas susceptibles de precisar una terapia psicológica (esto es solo una hipótesis de trabajo pues existen muy pocos estudios que nos permitan conocer con exactitud la incidencia real de estos trastornos), pero en cualquier caso, nos encontramos con elevados niveles de distrés y malestar que es necesario manejar bajo terapias psicológicas.³⁹

Sin embargo, no podemos olvidar que la persona es un ser holístico y que este tipo de tratamientos también suelen afectarla en la parte cultural y religiosa donde la pérdida de fe, desesperanza e incluso sus creencias son relevantes en su contexto de vida ya que como se mencionaba anteriormente cada persona es afectada de acuerdo a su psicobiografía personal.

2.6.4.- Factores Espirituales

El área de la religiosidad y la espiritualidad son aspectos de gran importancia ya que generan cierta preocupación, por que esta esfera a nivel emocional/afectivo representa sentimientos que pueden tener diferentes connotaciones como el amor, la admiración, el miedo, el temor, sin embargo, cuando la persona es diagnosticada con esta enfermedad su perspectiva cambia debido al duelo que vive en ese momento, lo que lo lleva a una pérdida de la fe, que es muy común y se expresa con sentimientos de ira, coraje, lo cual genera una gran cantidad de estrés.

La espiritualidad ha venido tomando importancia en los últimos años debido a la noción de que la salud puede promoverse a través de las creencias religiosas y su práctica. Sin embargo, actualmente a la enfermera le cuesta trabajo manejar la espiritualidad del paciente, y en cuanto a aceptar sus efectos en el organismo se muestra desconfiada, principalmente por el desconocimiento de la amplia gama de estudios dirigidos a demostrar sus efectos y su mecanismo de acción.

La espiritualidad y la religiosidad son dimensiones de lo psicológico, observables en una serie de conductas individuales y prácticas culturales. Diversos estudios han demostrado una implicación importante de la dimensión espiritual a la hora de hacer frente a la enfermedad y se han encontrado correlaciones positivas entre los índices de recuperación y espiritualidad.⁴⁰

Para muchas personas trabajadoras en el campo de la salud se hace necesario responder a las demandas espirituales y religiosas de los pacientes, de forma que se ven en la obligación de abordar dichos temas con pacientes que están en crisis espiritual debido a su condición de salud.

En los estadios avanzados de la enfermedad oncológica, no es solamente el dolor lo único que acongoja al paciente, sino un conjunto complejo de emociones por las pérdidas, despedidas y separaciones, miedo al deterioro, a la soledad y al abandono, a la pérdida de sentido de la vida, a la falta de control, a lo desconocido, al rechazo, a ser una carga para otros y finalmente a la muerte.⁴¹

La relación interpersonal enfermera- paciente resulta útil para favorecer la expresión de sentimientos, actitudes y creencias del paciente, permitiendo la identificación de aspectos que llevan a explorar y comprender necesidades humanas como el bienestar espiritual que ayuda a la adaptación a la enfermedad y un mejor afrontamiento. Es un componente innato del ser humano que le motiva o le permite buscar un sentido a la vida, a preguntarse sobre el origen, su identidad, bienestar espiritual lo que fortalece las capacidades de adaptación de las diferentes situaciones vitales.⁴²

2.7.- Estrategias y su importancia para la detección del distrés.

El aspecto psicológico es una parte importante que se debe abordar en el cuidado de la persona con cáncer en cualquier estadio, sin embargo, su complejidad requiere de ciertas técnicas para su detección, el distrés es una experiencia que interfiere con la habilidad para afrontar efectivamente la enfermedad y sus diversas modalidades del tratamiento, por ello es importante que el personal de salud lo detecte oportunamente y sea tratado de forma inmediata.

Una estrategia útil y que es fácil de implementar de primera instancia es la escala del termómetro del distrés, creada por la Red Oncológica Nacional (Nacional

Comprehensive Cancer Network, NCCN), la cuál crea una comisión para determinar e implementar los cuidados psicosociales como una valoración rutinaria, con el fin de atender el sufrimiento expresado que emite las preocupaciones emocionales que presenta la persona con cáncer.⁴³

El distrés varía en grados ejemplo: temores cotidianos como la preocupación y tristeza, hasta que el problema pueda llegar a ocasionar diversos trastornos mentales ya mencionados con anterioridad. Las directrices de la NCCN proporcionan un algoritmo para determinar con facilidad un grado de angustia elevado, se utiliza una escala visual análoga del 0 al 10, donde un resultado mayor a 4 requiere intervenciones psicológicas, esta puede ser dada por el personal de enfermería ya que al ser su principal cuidadora dentro del área intra hospitalaria le es mas fácil valorar y dar alguna terapia de relajación o escuchar a la persona que es lo que le esta causando algún sufrimiento de no poder con dicha situación se canaliza con el personal de psicooncología.⁴⁴

Es importante mencionar que la mente y el cuerpo son uno solo, sin embargo debemos tener en cuenta que no solo se puede cuidar de un cuerpo, el cual su mente se encuentra dañada. La cuestión aquí es principalmente cuidar a un ser humano con cáncer y no al cáncer de un ser humano,⁴⁵ es por ello se debe tener cierta flexibilidad, en diversos aspectos uno muy importante, es que la familia tiene derecho a estar con su paciente durante su estancia hospitalaria, decirle al paciente la verdad, así como respetar su religión y su integridad.

Para mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno inmediato se han creado herramientas psicológicas que le permitan hacer frente a la enfermedad con mayor eficacia utilizando un enfoque transdisciplinario provisto por psiquiatría, psicología, asistencia social y enfermería.⁴⁶

Las intervenciones psicosociales precoces mejoran la calidad de vida de las personas con cáncer ya que con ello se incrementa el buen humor y la vitalidad

para seguir adelante, además de minimizar molestias como el dolor y así mejorar ajustes a su realidad. La evaluación de enfermería debe ser de extrema importancia, muchas veces las personas se bloquean y no dicen o expresan sus sentimientos, por ello el crear una relación de confianza con el profesional de enfermería ayuda mucho, ya que de acuerdo al nivel de estrés en que encuentre la persona va a trazar y priorizar sus intervenciones.

Abordar de forma integral a un paciente significa entenderlo como un todo, tratando síntomas físicos como dolor, náuseas etc., así como atender la personalidad de cada paciente ayudándoles a manejar sus sentimientos y permitiéndoles expresar dudas, facilitándoles el mejor entorno social mediante el cuidado enfermero, con sensibilidad hacia sus necesidades espirituales, ésta actitud debe ser entrelazada a lo largo del desarrollo de la enfermedad y tratamiento ofrecido.

3.- Planteamiento del problema

El cáncer es una de las principales causas de defunción en todo el mundo, la OMS calcula que 7.6 millones de personas fallecieron por este motivo en el 2005, y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más, si no se toman medidas adecuadas y oportunas.²

Para el año 2020 el cáncer podría matar a 10,3 millones de personas, lo cual significa que cabría esperar que en América Central, del Sur y países del Caribe hubiera 825,400 decesos. Más de 70% de las defunciones ocurren en países con ingresos bajos y medios, donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad son escasos o nulos. Además, se observa que las tendencias claramente muestran el aumento de las tasas de ciertas neoplasias en los países en vías de desarrollo.⁶

De acuerdo con los datos de mortalidad en el país, elaborados por la Secretaría de Salud, en México mueren anualmente casi 60 mil personas por cáncer, lo que representa el 12% del total de fallecimientos que se registran cada año, para el 2009 en nuestro país la incidencia de cáncer pulmón, tráquea y bronquios en hombres ha aumentado, en el caso de las mujeres sigue siendo el que mayor número de muertes genera anualmente, pues representa el 10.3% de todos los casos de cáncer registrados en el país.³

Ante esta perspectiva, resulta indudable que los sistemas nacionales de salud deben tomar medidas mejorar la alta demanda de atención, y para ello es necesario hacer varias consideraciones ya que más de una tercera parte de los cánceres pueden prevenirse, en cambio otros tiene mayores posibilidades de curación si se detecta en una fase temprana de la enfermedad. En lo que respecta a los pacientes con enfermedad avanzada, el objetivo debe ser mejorar su calidad de vida, a través de nuevos tratamientos y cuidados paliativos integrales.⁷

Debido a que el cáncer es un evento catastrófico, asociado a la idea de muerte, incapacidad, desfiguro físico, dependencia y disrupción de la relación con otros, origina diversos grados de distrés que se define como una experiencia emocional displacentera (psicológica, social, y/o espiritual), que interfiere con la habilidad de afrontar efectivamente el cáncer y su tratamiento.⁴⁷

El distrés está asociado a diversos factores estresores que pueden estar presentes en cualquier estadio de la enfermedad, estos pueden ir desde la sospecha de diagnóstico, el duelo por la pérdida de la salud actual, las diversas modalidades de tratamientos oncológicos así como la pérdida de los seres queridos.⁴⁸ De igual forma la familia suele convertirse en factor estresor muy importante por la demanda o el papel que juega ante la sociedad y como se ve afectada directa e internamente por la serie de problemas que se desencadenan ya sea a nivel económico o estructural por la pérdida de roles ya sea de la persona enferma o de alguno de sus familiares.¹⁸

Todos estos factores generan cambios en la personalidad del paciente, una vez que esta carga de distrés es muy fuerte y sale de los límites de la persona comienza a reflejarse con síntomas como preocupaciones, temor, irritabilidad, tristeza, manejo inadecuado de situaciones que pueden ocasionar cierta frustración, y que en cierto momento toda esta sintomatología puede volverse crónica ocasionando posteriormente ciertos trastornos mentales que empeorarían la conducta del paciente.

Debido a esta alta demanda de distrés en el paciente oncológico se han contribuido a generar conciencia, con respecto a su importancia en la detección, intervención y tratamiento de dicho evento y con ello incluir intervenciones sociales como parte integral del tratamiento oncológico.⁸

Durante los últimos veinte años se han diseñado diferentes líneas de intervención psicoterapéutica con pacientes de cáncer. Todas ellas parecen obedecer a un

propósito común: ayudar a afrontar mejor los aspectos emocionales de la enfermedad. Es importante hacer evidente que estas investigaciones únicamente se han realizado por parte del área de psicooncología y que enfermería al ser pionera del cuidado de la persona con cáncer le concierne realizar de primera instancia una evaluación que permita determinar cual es el grado de estrés para así poder realizar intervenciones que permitan minimizar dicho evento.

La enfermera desempeña un papel muy substancial en el cuidado de la persona con cáncer, el tener un primer contacto con ella permite identificar si esta presentando distrés por lo tanto su papel englobaría la detección, el tratamiento como terapias psicológicas o en crisis para canalizarlo con un especialista, evaluando también otras redes de apoyo con las que cuenta recordando que la familia es la principal fuente de soporte de una persona.

En cualquier terapia psicológica la preparación para los tratamientos y la hospitalización es de suma importancia, pues reduce algunas dificultades ya abordadas anteriormente; dicha preparación implica la información sobre los procedimientos, acerca del cómo, cuándo y por qué dar estrategias para minimizar el estrés y para anticipar las reacciones somáticas y emocionales; las técnicas de desensibilización sistemática, la interpretación positiva de las sensaciones y los ejercicios de relajación-respiración son útiles en náusea y vómito anticipatorio, así como en el manejo adecuado del dolor.⁴⁹

Enfermería desempeña ciertas funciones que permiten englobar su razón de ser, entre ellas esta la investigación que gracias a esta permite tener un juicio y razonamiento de sus actividades, estas actividades encaminadas al cuidado del paciente con cáncer van a generar un crecimiento profesional pero principalmente humano.

La revisión de la literatura evidencia la alta incidencia de distrés significativo en las personas con cáncer y la importancia de generar intervenciones que permitan

minimizarla para así brindar a la persona una mejor calidad de vida. el personal de enfermería forma parte indispensable en el cuidado de las personas con cáncer sin embargo existe falta de conocimiento por parte de la disciplina para detectar y valorar el distrés en los pacientes y así contribuir en la atención del mismo por lo que es pertinente plantearse la siguiente pregunta de investigación:

¿CÚALES SON LOS FACTORES QUE DESENCADENAN DISTRÉS EN LAS PERSONAS CON CÁNCER EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCEROLOGÍA?

3.1.- Propósito.

El propósito del siguiente estudio radica en la importancia de que la enfermería detecte y evalúe a tiempo el distrés para así contribuir con alguna intervención en crisis de primer instancia en base a terapias de relajación o psicológicas, y de ser necesario remitirla posteriormente al servicio correspondiente.

3.2.- Objetivos.

Objetivo general:

- ☞ Explorar los factores asociados al distrés y su relación con algunas variables sociodemográficas en un grupo de personas con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología.

Objetivos específicos:

- ☞ Identificar los factores asociados a la presencia de distrés en personas con cáncer.

∅ Analizar la relación del distrés con las variables edad, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, ocupación de la población de estudio.

3.3.- Hipótesis.

∅ Con base en la evidencia científica se espera que más de la mitad de la población de estudio presente distrés significativo.

∅ El distrés en personas con cáncer se relaciona con problemas prácticos, familiares, emocionales, espirituales y físicos.

4.- Metodología

4.1.- Tipo de estudio.

⌘ Observacional, prolectivo, transversal y descriptivo.

4.2.- Población.

La siguiente investigación se llevó acabo en el Instituto Nacional de Cancerología, Hospital de 3er nivel en el cuál se realizó el servicio social y donde se solicitó previa autorización para poder desarrollar este trabajo en personas con cáncer, que fueron la población de estudio.

Este trabajo surge del macroproyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas, Proteómicas en Salud Pública, de las líneas de investigación en mujeres con cáncer de mama donde de manera conjunta se trabajo con diversas instituciones como son el Instituto Nacional de Cancerología, Facultad de Medicina y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, inserta en esta línea se trabajo el proyecto Impacto del Apoyo Familiar y la Personalidad en las Respuestas Adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama con clave NEEGPSP.UNAMSDEI.PTID.05.3 con sede en el INCAN ya que es una de las instituciones pioneras en el cuidado de personas con todo tipo de neoplasias, brindando así la oportunidad como pasante del servicio social de realizar este trabajo de investigación. De esta manera el proyecto permitió trabajar sobre algunos de los tópicos que lo conforman. La experiencia obtenida al participar en este proyecto permitió identificar que el distrés no solo se presenta en mujeres con cáncer de mama si no en todas las personas que enfrentan esta enfermedad independientemente del diagnóstico.

El cáncer es una patología que causa gran impacto psicológico, emocional y social en las personas que la padecen, son sometidos a una gran cantidad de distrés que va a desencadenar cierta sintomatología y que es de gran importancia conocer que tanto afecta a las personas para así abrir pautas y generar ciertas intervenciones en las que enfermería sea participe de su cuidado para brindarle una mejor calidad de vida.

4.3.- Muestra.

La muestra de estudio fue un grupo de 50 pacientes que se encontraban hospitalizados en el INCAN del primero y segundo piso con un diagnóstico confirmado de cáncer y que se encontraran en tratamiento, las cuales accedieron a participar en el estudio y a los cuales se les aplicó el instrumento de valoración.

4.3.1.- Criterios de inclusión.

Las personas encuestadas se seleccionaron por conveniencia; con las siguientes criterios: con diagnóstico confirmado de cáncer, en tratamiento: quimioterapia, cirugía, radioterapia etc., que supieran leer y escribir, fue seleccionada en el área de hospitalización del 1ro y 2do piso.

En donde se abordarán para hacerles la invitación para que formaran parte de la investigación y explicándoles cual era el motivo de nuestra visita y la importancia de este trabajo, posteriormente si aceptaban se les daba la carta de consentimiento informado, la cual leyeron y firmaron aceptando participar.

Por último, se les daba el instrumento de valoración para que lo llenaran respectivamente.

4.3.2.- Criterios de exclusión.

Todas las personas que tuvieran alguna neoplasia, que se encontraran en fase terminal por lo tanto en cuidados paliativos, que no acepten participar en la investigación y que no sepan leer ni escribir.

4.4.- Variables de estudio.

4.4.1.- Variables socio demográficos: esta nos permitirá analizar las características de la población.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Edad de la persona | <input type="checkbox"/> El personal de salud le informo el tipo de cáncer |
| <input type="checkbox"/> Estado civil | <input type="checkbox"/> Cuenta con información acerca de todo lo relacionado con su enfermedad. |
| <input type="checkbox"/> Escolaridad | <input type="checkbox"/> Padece otra enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Lugar de residencia | <input type="checkbox"/> A recibido apoyo de su familia durante su enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Actualmente tiene pareja | <input type="checkbox"/> Que tratamiento a recibo durante su enfermedad antes y durante. |
| <input type="checkbox"/> Vive con su pareja | |
| <input type="checkbox"/> Ocupación | |
| <input type="checkbox"/> Cual fue su reacción cuando le confirmaron su diagnóstico | |
| <input type="checkbox"/> Tiempo en meses de haber sido diagnosticada | |
| <input type="checkbox"/> Tipo de cáncer que padece | |

4.4.2.- Variables principales.

Distrés: El malestar distrès en el cáncer se define “como una experiencia emocional desagradable, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional), social y/o espiritual que puede interferir en el afrontamiento del cáncer. El distrés se determina a través de los siguientes indicadores: problemas físicos, prácticos, familiares, emocionales y espirituales.

4.5.- Consideraciones éticas:

Dentro del aspecto ético de esta investigación fue basada por lo establecido a La Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en el título segundo, capítulo 1, artículo 3, el cuál menciona que en toda investigación en donde el ser humano es sujeto de estudio, deberá, prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, protección a sus derechos y bienestar, también tomando en cuenta el artículo 16 que refiere protege la privacidad de los individuos sujetos a investigación.

A demás se consideran los cuatro principios éticos, principio de no maleficencia, beneficio, autonomía o libertad de decisión y el de justicia.

Esta investigación no represento ningún daño a los pacientes que decidieron participar, ya que se solicito su consentimiento informado de manera escrita el cuál firmaron, después de plantearle los objetivos del estudio.

5.- Procedimiento:

5.1.- Para le recolección de datos.

El instrumento que se aplicó fue llenado en un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos y esto dependía también de las condiciones en las que se encontrara el o la paciente.

Fue responsabilidad de la encuestadora verificar el llenado correcto del instrumento y de tener dudas la persona entrevistada, se resuelven y se deja la información clara y precisa, de ser pertinente se leen nuevamente las instrucciones o se auxiliaba en el llenando del instrumento debido al desgaste físico de la persona ya que muchos son sometidos a cirugía.

5.2.-Para análisis de datos

El análisis de los datos obtenidos fue capturado y revisado mediante un base de datos, la cual se elaboró mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 15, en el cual se realizaron pruebas mediante frecuencias y porcentajes para la parte sociodemográfica y correlaciones mediante Chi cuadrada, así como para el distrés en donde se realizaron puntos de corte tomando como referencia el puntaje que Almanza señala en el termómetro de distrés en su estudio de Distrés psicosocial y trastornos mentales en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer (2009).⁵⁷

5.3.- Instrumento de medición.

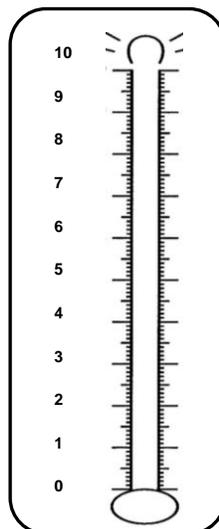
La medición del distrés en pacientes con cáncer se consolida a partir se su reconocimiento clínico con el doctor en enfermería Holland así como Roth y Cols,

en el departamento de psiquiatría y ciencias conductuales del Memorial Sloan – Kettering Cancer Center de Nueva York. Un adelanto crucial para su reconocimiento es que se integra a la Guía Práctica de Oncología para el manejo de Distrés de la Red Nacional Integral de Cáncer en los Estados Unidos de América (NCCN), con ello esta escala es aceptada para la detección temprana del distrés y ha sido utilizada en varios países.

5.3.1.- Descripción del instrumento

La escala del termómetro del distrés se valida en México debido a la alta incidencia de procesos psicológicos en las personas con cáncer. Con base a ello se formula un proyecto para validarlo en español el cual es establecido por el Tte. Cor. M. C. Psiq. José de Jesús Almanza Muñoz del Hospital Central Militar. El termómetro del distrés es una escala análoga visual del 0 al 10, ubicada en forma vertical y bajo la apariencia de un termómetro, originalmente creada en idioma inglés y traducido y adaptado en una población oncológica mexicana en la cual se le pide a la persona que encierre en un círculo, el número (0 al 10) que mejor describa qué tanto distrés ha experimentado en la última semana incluyendo el día de hoy, un puntaje de 4 o más llevaría al oncólogo o a la enfermera oncológica a realizar más preguntas, para determinar la causa de este sufrimiento e intervenir dando terapia psicológica. Tiene una confiabilidad α de .82.

El termómetro del distrés



El termómetro del estrés viene acompañado de una lista de problemas en las que se les solicita a los pacientes que describan la naturaleza y fuente del sufrimiento (físico, social, psicológico o espiritual) lo que ayuda a los profesionales sanitarios a derivar posteriormente al servicio apropiado. Por dimensión la podemos describir de la siguiente manera:

Problemas prácticos

1ra dimensión cuenta con 5 ítems

Definición: son aquellos problemas relacionados con aspectos socioeconómicos de la persona.

1. Vivienda
2. Seguro medico/ financiero
3. Trabajo/ escuela
4. Transporte
5. Cuidado de los niños

Problemas familiares

2da Dimensión cuenta con 2 ítems

Definición: Son problemas encaminados al núcleo de la sociedad que es la familia en relación a su convivencia.

1. La pareja
2. Los hijos

Problemas emocionales

3ra Dimensión cuenta con 6 ítems

Definición: son aquellos problemas que pueden alterar su estado anímico de la persona.

- | | |
|-------------------|---|
| 1. Preocupaciones | 5. Nerviosismo |
| 2. Temores | 6. Pérdida del interés de algunas actividades |
| 3. Tristeza | |
| 4. Depresión | |

Problema espiritual

4ta Dimensión cuenta con 1 ítems

Definición: son problemas encaminados a la pérdida de creencias religiosas de la persona con cáncer.

1. Religión

Problemas físicos

5ta Dimensión cuenta con 19 ítems

Definición: son problemas que se pueden presentar como consecuencia de los tratamientos recibidos y que afectan su calidad de vida de las personas.

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Dolor | 11. Estreñimiento |
| 2. Náuseas | 12. Diarrea |
| 3. Cansancio | 13. Cambios en el hábito para orinar |
| 4. Sueño | 14. Fiebre |
| 5. Movilidad | 15. Resequedad / picazón en la piel |
| 6. Dificultad para bañarse/vestirse | 16. Resequedad/ congestión nasal |
| 7. Respiración | 17. Cosquilleo en las manos y pies |
| 8. Llagas bucales | 18. Sensación de hinchazón |
| 9. Alimentación | 19. Sexuales |
| 10. Indigestión | |

6.- Resultados

6.1.- Caracterización de la muestra.

Los resultados de la muestra corresponden a 50 pacientes con cáncer hospitalizados en el INCAN, la distribución en cuanto a género fue de un 62% mujeres y 38% hombres, la media de edad para el sexo femenino corresponden a un 39.52 y para el sexo masculino de 43.68 con una desviación estándar de 12.82 y un rango de 19 a 83 años.

Con respecto al estado civil encontramos que un 46% son casados y el 24% son solteros.

Dentro del nivel de escolaridad podemos darnos cuenta que el 58% cuenta con nivel básico educativo, seguida de 16% con nivel medio superior y 26% con licenciatura y carrera técnica.

Con relación al lugar de residencia destaca que 52% de la muestra radica en el estado de México seguida de 40% en el D.F. y el 8% restante proviene de otro estado de la república.

En cuanto al aspecto laboral u ocupacional tenemos que un 68% se dedica a las labores en el hogar y no trabaja, el 26% si trabaja y un 6% se dedica a ambas cosas. Sin embargo algo muy relevante es que el un 44% de los pacientes tiene como principal cuidador a su pareja y un 80% recibe apoyo de su familia.

Los diagnósticos oncológicos más destacados es el cáncer de mama con un 26%, seguido de leucemias con un 16%, llamando la atención que un 14% padece de cáncer de testículo la frecuencia restante se distribuye en diferentes tipos de cáncer.

La mitad de los pacientes tiene menos de 6 meses de haber sido diagnosticado (52%), el 34% tiene de 6 a 12 meses y el 14% restante corresponden a pacientes que tiene más de 12 meses.

Con relación al diagnóstico al 82% de los pacientes el personal de salud si le informó cual era el tipo de cáncer que padecía y un 56% sabía todo en relación a su enfermedad, el 28% padece conjuntamente con el cáncer, alguna enfermedad crónica degenerativa como hipertensión y diabetes mellitus.

Los tratamientos que se encontraban recibiendo los pacientes son los siguientes, el 44% recibió quimioterapia, el 72% cirugía y 14% radioterapia. Anexos Tabla 1

Distrés

La aplicación del termómetro del distrés conforme al punto de corte 4 para distrés significativo mostró que un 68% (34 pacientes) lo presenta y distrés no significativo el 32% (16 pacientes). Como se señaló, los pacientes que perciben un distrés de 4 o mayor requieren intervención por profesionales de la salud. Anexos Tabla 2

6.2.- Distrés y variables sociodemográficas.

Al cruzar la viable distrés con el aspecto sociodemográfico solo se encontró un dato estadísticamente significativo entre el distrés y la ocupación ($p = 0.008$), es decir que las personas con cáncer que no trabajan se estresan más que las que si realizan actividades fuera del hogar. Anexos Tabla 3

6.3.- Distrés y variables físicas y emocionales

Al establecer la correlación entre la presencia de distrés con la media de dimensión emocional encontramos datos estadísticamente significativos de ($p= 0.0001$), esto quiere decir que el estrés genera mayor sintomatología en relación a

las emociones, pero además cuando se cruzó la variable distrés con las emociones que refiere el paciente al momento del diagnóstico pudimos encontrar datos estadísticamente significativos en relación al miedo con ($p= 0.018$) y desesperanza con una significancia de ($p= 0.002$).

Otro hallazgo encontrado al preguntarle a la persona sobre cual fue su reacción ante el diagnóstico es la depresión (50%) que al compararla con el nivel de distrés se encontró que es mayor en aquellas personas que presentan estrés significativo ($p = 0.0001$). Anexos Tabla 4

Otro dato relevante es que al realizar una correlación entre distrés con la media de síntomas físicos encontramos una significancia de ($p= 0.037$). Anexos Tabla 5

Al correlacionar las medias del aspecto emocional y síntomas físicos encontramos que hay una relación directamente proporcional de ($r=.600^{**}$ ($p = <.05$) esto quiere decir que a mayor síntomas físicos mayor presencia de síntomas emocionales. Anexos Tabla 6

7.- Discusión

El cáncer es una enfermedad devastadora para la persona que la padece, ocasiona grandes cambios en las esferas tanto físicas, biológica, psicológica, social y espiritual, que al interactuar con otros factores originan distrés, que la enfermera debe valorar para implementar estrategias para dirigirse al cuidado.⁵⁰

Este estudio se realizó con el fin de explorar los factores que desencadenan distrés en las personas con cáncer y su relación con algunas variables de tipo sociodemográficas.

Con relación al género, en un estudio se reportó que las mujeres se enferman más de cáncer que los hombres ya que son más susceptibles debido a su propia naturaleza, a los factores de riesgo a los que está expuesta y a los cambios en el estilo de vida impuestos por la sociedad, este hallazgo concuerda con este estudio ya que en la población estudiada se encontró un alto porcentaje de mujeres con distrés, el cáncer de mama es el diagnóstico más predominante en la población de estudio, que está acorde con los datos estadísticos del país.⁵¹

Por otro lado, en el nivel de escolaridad podemos identificar que las tres cuartas partes de la población tienen un nivel básico educativo, este dato es relevante ya que la deficiencia de conocimientos interviene en el autocuidado de la persona o en concepciones erróneas sobre esta patología. La literatura revela que el nivel educativo interviene de forma significativa en la presencia de ciertas neoplasias donde la falta de información, la cultura, la equidad de género, la pérdida de interés por sí misma y el sedentarismo son de gran preocupación para la sociedad actual, tal es el caso de cáncer cervicouterino el cual predomina en mujeres con bajos recursos y de bajo nivel educativo.⁵² En contraste con otro estudio donde se analizó el conocimiento de un grupo de mujeres sobre el diagnóstico, el tratamiento, y actitudes de prevención de cáncer de mama se demostró que un alto porcentaje de mujeres tiene un nivel educativo bajo, sin embargo, tienen el

conocimiento sobre causas, signos de alarma y saben sobre las diversas modalidades del tratamiento, las que no lo tienen se debe principalmente a tabús impuestos por la misma cultura.⁵³⁻⁵⁴

El aspecto económico conlleva a una serie preocupaciones para la persona que padece cáncer, es importante mencionar que en este estudio se encontró una relación estadísticamente significativa entre la ocupación y el distrés las personas que no trabajan presentan un nivel significativo de distrés comparado con las de este estudio. Esto puede ser debido a que el cáncer es una enfermedad con estudios de diagnóstico y tratamientos altamente costosos además el 58% de la muestra radica en el Estado de México lo que podría causar más gastos por el traslado a esta institución.

Uno de los hallazgos más interesantes es lo referido a la dimensión emocional, las principales manifestaciones ante el diagnóstico de cáncer es el temor, la desesperanza y depresión, en un reporte de investigación se menciona que estos temores y sentimientos negativos suelen deberse a que la persona teme tomar malas decisiones en cuanto a los tratamientos, al tiempo de supervivencia y a la misma muerte que se desencadenan al momento de que el médico confirma un diagnóstico positivo.⁵⁵

Por otro lado, los trastornos físicos son importantes de mencionar ya que es lo primero que se afecta durante los tratamientos con quimioterapia. En el estudio se pudo encontrar una significancia entre los síntomas físicos y su relación con el distrés psicológico de ($p= 0.037$), esto concuerda con un estudio donde se aplicaron dos pautas de quimioterapia con intensidad de dosis distinta, los resultados revelaron que hay una prevalencia de distrés significativo durante su aplicación de ($p= 0.009$) así como una incidencia acumulada de síntomas como anemia, mucositis, diarrea, alopecia, dolor óseo y fatiga, y que a mayor intensidad de dosis, se induce una alta frecuencia de estos síntomas, ya que mientras más tratamientos agresivos reciba la persona más es su desgaste psicológico.

Esto debe ser considerado por la enfermera durante la ministración de la quimioterapia para ajustar la orientación a los pacientes y familiares.³⁰

Aunado a los problemas físicos es importante recalcar la relevancia de la fatiga la cual corresponde a uno de los síntomas de gran importancia y que se correlaciona más con el estrés en las personas con cáncer. La fatiga se describe como un síntoma de angustia y preocupación que se asocia al inicio de tratamiento, al estadio de la enfermedad y después del tratamiento final, a la calidad del sueño y otras pocas variables (dolor, efectos secundarios al tratamiento y actividad física) que se mostraron relacionadas con ésta.⁵⁶

Por otra parte, el estrés psicosocial se ha asociado a la prevalencia de trastornos mentales, en un estudio se reportó que de un total de 1,095 pacientes, 614 (56%) tenían estrés significativo, de los cuales 349 (56.8%) se diagnosticó con algún trastorno mental⁵⁷, la literatura también menciona que la depresión y algunos problemas emocionales suelen presentarse durante algún proceso patológico,⁵⁸⁻⁵⁹ esto se relaciona con nuestro estudio ya que un elevado número de pacientes presentó depresión y que además esta se desencadena por la presencia del estrés lo cual condiciona una serie de eventos que afectan la calidad de vida de la persona.

En forma global el 68% de la muestra presentó estrés significativo lo cual es mayor a lo reportado en estudios realizados en diversos años^{40,53,60-61}, esto hace referencia a la importancia de detectarlo oportuna y tempranamente, por medio del termómetro del estrés por lo que debe considerarse su uso por el personal de salud que este al cuidado de la persona aplicando medidas tempranas de psicoeducación y de técnicas de relajación para disminuirlo, así mismo se debe considerar el profundizar el estudio por factores sociales en relación a la familia y problemas prácticos lo que abre pauta para otros estudios de investigación.

8.- Conclusiones

El cáncer abarca grandes dimensiones, es una epidemia que actualmente esta creciendo y con ello muchas personas que la padecen se ven susceptibles a todo lo que esta enfermedad llega a desencadenar ya sea física, biológicamente, psicológicamente, socialmente y espiritualmente. La falta de información, de recursos y acceso a los servicios ocasionan que la sobrevida y la calidad de vida de estas personas se vea disminuida.

En este estudio se pudieron comprobar las hipótesis de trabajo donde se establece que más de la mitad de las personas con cáncer presentan distrés significativo. A si mismo, se puede identificar la prevalencia de factores estresores los cuales desencadenan altos niveles de estrés negativo, esto es relevante ya que podemos llegar a la conclusión de la importancia que tiene para la enfermería y el equipo multidisciplinario al evaluar el aspecto psicológico o emocional de la persona con cáncer.

El termómetro de distrés es una herramienta valiosa que permite detectar fácilmente si la persona necesita ayuda psicológica, la enfermera puede aplicar esta escala sin ningún problema ya que es práctica, sencilla y fácil de usar para así de esta manera poder canalizarlo con un especialista o de primera instancia realizar alguna terapia de relajación o psicoeducativa, al ser la enfermera la cuidadora principal del paciente en su estancia hospitalaria es importante mencionar que funge un papel substancial en su detección temprana de este evento.

Es primordial la necesidad de implementar intervenciones de enfermería para el manejo de distrés con el uso de terapias de relajación, taichí, musicoterapia, yoga, meditación, estas en conjunto con el departamento de psicooncología ya que son de gran importancia para este grupo de personas por que esto minimiza dicho

evento y con ello el paciente puede llegar a tolerar mejor el tratamiento durante el transcurso de la enfermedad.

Por otro lado, es importante hacer hincapié en cuanto al cuidado que la enfermera debe tener durante la ministración de la quimioterapia, la aplicación de radioterapia y cuándo se le va a realizar una cirugía a la persona, ya que la comunicación y orientación también la tranquiliza, en este lapso la enfermera debe actuar de forma inmediata realizando alguna terapia de relajación que minimice el estrés.

Un hallazgo significativo es lo relativo a los problemas prácticos ya que no existe mucha información en cuanto a la importancia de este aspecto, sin embargo, al realizar las encuestas se pudo notar que las personas se preocupan mucho por el aspecto económico y que el no contar con un seguro popular genera cierta incertidumbre y miedo por no poder concluir su tratamiento, principalmente la quimioterapia que es muy cara. Probablemente no se pudieron encontrar grandes datos estadísticamente significativos ya que la muestra no era muy grande como en otros estudios, sin embargo, se pudo detectar que si hay prevalencia de dichos factores mencionados con anterioridad, que requieren ser explorados en posteriores estudios.

9.- Bibliografía

- ¹ Andrés S. Cáncer en el siglo XXI. Act. Med. Per. 2006; 23(2):112-118. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a11.pdf> Fecha de acceso: 20-05-10.
- ² Organización Mundial de la Salud. *Cáncer*. Nota descriptiva N°297, Julio de 2008. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html> Fecha de acceso: 10-01- 2010.
- ³ Fuentes ML. El cáncer muertes evitables. 21 de octubre del 2009. Disponible en: <http://www.correo-gto.com.mx/notas.asp?id=134139> Fecha de acceso: 12-06-10.
- ⁴ Rodríguez P, Fernández J, Díaz O, Garrote I, Morales JM, Achiong FJ. Promedio de años de vida vividos o pérdidas por fallecimientos de cáncer. Rev.Med.Elec. 2009; 31(1). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol1%202009/tema05.htm> Fecha de acceso: 06-04-10.
- ⁵ OPS: Fact Sheet: Cáncer in Latin America and the Caribbean para cita epidemiología en Latino América http://new.paho.org/chi/index.php?option=com_content&task=view&id=174&Itemid=259 Fecha de acceso: 24-05-10.
- ⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. “Estadística a propósito del día mundial del cáncer “INEGI 2008; 4 febrero 2009. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2007/cáncer07.pdf> Fecha de acceso: 15-11-09.
- ⁷ Sociedad Mexicana de Oncología. SMeO en la lucha contra el cáncer. GAMO 2010; 9(1):1-2. Disponible en: <http://www.smeo.org.mx/> Fecha de acceso: 25-06-10.
- ⁸ Barroilhet S, Furjaz MJ, Garrido. Concepto, Teorías y Factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Actas Españolas Psiquiátricas 2005;33(6):390-397. Disponible en: http://www.arsxxi.com/pfw_files/cma/ArticulosR/ActasEspanolasPsiquiatria/2005/06/111060503900397.pdf Fecha de acceso: 09-11-09.
- ⁹ Casado MI. Ansiedad, Stress y Trastornos Psicofisiológicos. [tesis de licenciatura] Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid 1994.

- ¹⁰ Slipak OE. Historia y concepto del estrés. Revista Argentina. 1991; 3 355-360. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_08.htm
Fecha de acceso: 12-03-10.
- ¹¹ Marnolete S. De la Mente a la Célula: Impacto del Estrés en Psiconeuroinmunoendocrinología. Liberabit 2009; 15(2):143-152. Disponible en: http://www.huaro-chiri-peru.com/liberabit15_2/revista_liberabit_n15_8.pdf
Fecha de acceso: 12-01-10.
- ¹² Slipak OE. Estrés (segunda parte). Revista Argentina 1991; 4:495-503. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_08.htm
Fecha de acceso: 12-03-10.
- ¹³ Aparicio LA, Mosquera M. Impacto del cáncer en la dualidad individuo - familia: fenómeno del Bing Bang. Revista argentina 2009; 2(1):21-23. Disponible en: http://cartagenaparatodos2.iespana.es/m3/cap_17.pdf.
Fecha de acceso: 07-01-10.
- ¹⁴ Slipak OE. Estrés (tercera parte). Revista Argentina 1992; 1:39-47. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_08.htm
Fecha de acceso: 12-03-10.
- ¹⁵ Mate J, Hollenstein MF, Gil FL. Insomnio, Ansiedad y Depresión en el paciente oncológico. Psicooncología 2004; 1(2-3):221. Disponible en: http://www.clc.cl/areaacademica/pdf/MED_16_4/LaDepresionEnElContextoDeLaMedicina.pdf Fecha de acceso: 19-03-10.
- ¹⁶ Jim H, Andrykowski M, Hunter P, Jacobsen P, Physical Symptoms side effects during breast cancer treatment predicts post treatment distress. Ann Breast Med 2007; 34(2):200-208. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/x5l62x6r13050236> Fecha de acceso: 23-06-10.
- ¹⁷ Rebolledo ML, Alvarado S, Distrés y Cáncer. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2006; 39(1):53 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp061h.pdf> Fecha de acceso: 11-11-09.
- ¹⁸ Labrador FJ, Bara E. La información del diagnóstico a pacientes con cáncer. Psicooncología 2004;1(1):51-66. Disponible en: <http://147.96.1.15/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0404110051A.PDF>
Fecha de acceso: 27-06-10.
- ¹⁹ Baidar L. Cáncer y Familia: aspectos teóricos y terapéuticos. RIPCS/ IJCHP 2003; 3(1):505-520. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf Fecha de acceso: 12-11-09.

- ²⁰ Mesquita ME, Magalhaes da Silva RM, De Almeida AM, Carvalho Fernández AF, Mota RC. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. Rev. Enfermería Global 2007; 10. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/237/228> Fecha de acceso: 15-12-09.
- ²¹ Prieto FA. Psicología Oncológica. Revista profesional española de terapia cognitivo conductual 2004; 2:107-120. Disponible en: <http://aseteccs.com/revista/pdf/v02/psicologiaoncologica.pdf> Fecha de acceso: 25-01-10.
- ²² Valencia SC. Depresión en personas Diagnosticadas con cáncer. Revista perspectivas en psicología 2006; 2(7):241-257. Disponible en: http://www.usta.edu.co/otras_pag/revistas/diversitas/doc_pdf/diversitas_4/vol.2no.2/articulo_5.pdf Fecha de acceso: 23-11-09.
- ²³ Amayra L, Etxeberria A, Valdosedá M. Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. Gac. Med. Bilbao 2001; 98:10. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0404110067A.PDF> Fecha de acceso: 15-03-10.
- ²⁴ Vallejos C. Evolución del tratamiento Médico del cáncer. Trabajo de incorporación Fecha 15 de diciembre 2005. Disponible en: http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/Anales_2005/21evolucion_vallejos.pdf Fecha de acceso: 23-01-10.
- ²⁵ Groenvold M, Aagaard M, Idlél E, Bjórner J, Fayers P, Mourudsen H. Psychological Distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients. Breast Cancer Res Treat 2007;105:209-219. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/t4t37023g4175805/> Fecha de acceso: 12-02-10.
- ²⁶ Sirera R, Sánchez PT, Campos C. Inmunología, Estrés y Depresión en Cáncer. Psicooncología 2006;3(1):35-48. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0606130035A.PDF> Fecha de acceso: 08-02-10.
- ²⁷ Erazo R. La depresión en el contexto de la medicina. Rev. Med. Clin. 2005;18(4):183-192. Disponible en: http://www.clc.cl/areaacademica/pdf/MED_16_4/LaDepresionEnElContextoDeLaMedicina.pdf Fecha de acceso: 15-01-10.
- ²⁸ Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Nakano T, Mikami I, Okamura H. Prevalence predictive factors, and screening for psychology distress in patients with newly

diagnosed head and neck cancer. Cancer 200; 88(12):2817-2823. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/0167-6806/105/2> Fecha de acceso: 03-06-10.

²⁹ Cano A. Control emocional y estilo represivo en afrontamiento y cáncer: Ansiedad y Cáncer. Psicooncología 2005; 2(1): 74. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0505120071A.PDF>. Fecha de acceso: 17-01-10.

³⁰ Lugo J, Quintero G, Bacallao J, Fernández L, Sencho-Garnier H, Ségures F. Validación Preliminar y aplicación de un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Rev. Cubana de Oncología 1998;14(3):161-70. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_3_98/onc05398.pdf Fecha de acceso: 28-05-10.

³¹ Ballesteros M, Cruzado JA, Lozano A, Sánchez P. Evaluación y tratamiento psicológico en un caso de cáncer de colon con fobia a la quimioterapia y trastorno adaptativo. Psicooncología 2005; 2(1):139-148. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0505120139A.PDF> Fecha de acceso: 13-04-10.

³² Vega ME, De Juan A, Almudena G López JM, López C, López A, Aspectos psicológicos de la toxicidad de quimioterapia. Psicooncología 2004;1(2-3):137-150. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0404120137A.PDF> Fecha de acceso: 28-05-10.

³³ Del Mastro L, Constantini M, Meprasso G, Bonci F, Bergaglio M, Bunducci S, et al. Efecto de dos pautas de quimioterapia con intensidad de dosis distintas, sobre el Distrés psicológico, en pacientes con cáncer de mama inicial. European Journal of Cancer.2002; 2: 254-261. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/ejc2002/4/254-261.pdf> Fecha de acceso: 15-03-10.

³⁴ Terol MC, López S, Rodríguez J, Pastor MA, Mora M, Martín M. Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal en pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. Anales de psicología.2000; 16(2):118. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v16/v16_2/01-16_2.pdf Fecha de acceso: 19-03-10.

³⁵ Rodríguez AL, Alvarado S. Impacto Psicológico de la comunicación en las salas de quimioterapia Ambulatoria, Cancerología 2009; 4:31.38. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541213.pdf> Fecha de acceso: 22-04-10.

³⁶ Olivares ME. Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. Avances en Psicología Latinoamericana 2009;22:29-48. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/799/79902205/79902205.html> Fecha de acceso: 05-03-10.

³⁷ Maganto VV, Murillo M, Emoción y radioterapia. Revista electrónica de motivación y emoción 2007; 11:29-30. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/numero29/article4/texto.html> Fecha de acceso:23-11-09.

³⁸ Cruzado JA, Apoyo Psicológico en Oncología radioterapica. Oncología 2004; 27(7):408-411. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352004000700006&script=sci_arttext&lng=en Fecha de acceso:25-05-10.

³⁹ Fernández AI. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología 2004; 1(2-3):169-180. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0404120169A.PDF> Fecha de acceso: 17-02-10.

⁴⁰ Navas C. Espiritualidad y Salud. Saberes compartidos 2007:1:34-42. Disponible en <http://servicio.cid.uc.edu.ve/cdch/saberes/a1n1/art5.pdf> Fecha de acceso: 14-05-10.

⁴¹ Martínez MR, Méndez C, Ballesteros BO. Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al centro Juvenarios de Oncología. Univ. Psicol. Bogota 2004; 3(2)231-246. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29118201>. Fecha de acceso: 18-03-10.

⁴² Gallegos M, Rendez DE. Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera- paciente. Rev. Enferm. Inst. Méx. Seguro Social 2008; 16(2):99-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2008/eim082g.pdf> Fecha de acceso: 13-04-10.

⁴³ Hoffman B, Zevon M, Darrigo M, Cecchini T. Screening for distress in cancer patients: The NCCN rapid screening measure. Psico -Oncology 2004; 13:742-799. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.20940/abstract> Fecha de acceso: 13-06-10.

⁴⁴ Almanza JJ, Juárez IR, Pérez S, Traducción, adaptación, y validación del termómetro del distrés con una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. Rev. Sanid Milit Mes 2008; 62(5):209-217. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx> Fecha de acceso: 25-01-10.

⁴⁵ Secoli SR, Pezo SM, Alves RMC, Machado AL. El cuidado de la persona con cáncer: Un abordaje psicosocial. Index Enferm 2005; 14(51): 34-39. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962005000300007&lng=es.pdf Fecha de acceso: 19-04-10.

- ⁴⁶ Vallejos C. Evolución del tratamiento Médico del cáncer. Trabajo de incorporación Fecha 15 de diciembre 2005. Disponible en: http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/Anales_2005/21evolucion_vallejos.pdf Fecha de acceso: 23-01-10.
- ⁴⁷ Holland JC. The NCCNG guideline for Distress management: A case for making Distress the sixth vital sign. Journal of the National Compressive Cancer Network. Disponible en: [http://www.ucalgary.ca/files/drbarrybultz/NCCN5\(1\)2007.pdf](http://www.ucalgary.ca/files/drbarrybultz/NCCN5(1)2007.pdf) Fecha de acceso: 13-03-10.
- ⁴⁸ Almanza JJ, Holland JC. Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras. Instituto Nacional de Cancerología 2000; 46(3):196-206. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-cancer/e-ca2000/e-ca00-3/em-ca003.htm> Fecha de acceso: 15-05-10.
- ⁴⁹ Coronado L, García MA, Velásquez AG, Morales R, Alvarado S. Aspectos psicológicos del cáncer de pulmón Gaceta Mexicana de Oncología 2007; 6(4):104-108. Disponible en: http://www.smeo.org.mx/gceta/2007/GAMOV6_4_2007.pdf Fecha de acceso: 29-04-10.
- ⁵⁰ Almanza JJ. Psicooncología: El abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer. Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2001; número especial: 35-43. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/> Fecha de acceso: 13-06-10.
- ⁵¹ Mohar T, Frías-Mendivil M, Suchil-Bernal L, Mora T, De la Garza J, Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. Salud Pública de México 1997;39(4):1-6. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636341997000400002&script=sci_arttext Fecha de acceso: 19-03-10.
- ⁵² Escobar MC, Petrasovits A, Peruga A, Silva N, Vives M, Robles S. Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. Salud Pública de México 2000;42(1):56-64. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n1/2401.pdf> Fecha de acceso: 16-03-10.
- ⁵³ Corral F, Cueva P, Yépez J, Montes E. La baja escolaridad como factor de riesgo en cáncer de cuello de útero. Boletín Oficial Sanit Panam 1996;121(6):511-517. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v121n6p511.pdf> Fecha de acceso: 09-06-10.
- ⁵⁴ Cabeza L, Catalán, Avellá A, Llobera J, Pons N. Conocimientos, creencias y actitudes de la población femenina de Mallorca respecto al cáncer. Rev. Esp. Salud Pública 1999;73(4):489-499. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557271999000400006&script=sci_arttext&tlng=en Fecha de acceso: 23-02-10.

- ⁵⁵ Páez M, Luciano C, Gutiérrez O. Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología* 2007; 4(1):75-95. Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloid=627737&donde=castellano&zfr=0> Fecha de acceso: 28-04-10.
- ⁵⁶ Servaes P, Verhagen L, Bleijenberg G. Fatiga en pacientes con cáncer, durante y después del tratamiento: prevalencia, factores correlacionados e intervenciones. *Europa Journal of Cancer* 2002; 2:151-168. Disponible en: <http://medynet.com/elmedico/publicaciones/ejc2002/3/151-168.pdf> Fecha de acceso: 26-03-10.
- ⁵⁷ Almanza JJ, Rosario I, Silva J, De la hurta R. Distrés psicosocial y trastornos mentales en una muestra d pacientes mexicanos con cáncer. *Rev. Sanid. Milit Méx.* 2009; 63(4):153. Disponible: <http://www.imbiomed.com.mx/> Fecha de acceso: 16-05-10.
- ⁵⁸ Vidal MC, López S. La depresión en cáncer de mama. *Rev. Arg. de Neuropsiquiatría* 1999; 8(2):141-150. Disponible en: <http://www.psicooncologia.org/articulos/27depresionycan.doc> Fecha de acceso: 15-06-10.
- ⁵⁹ Moncayo F, Costa G, Pérez FJ, Salamero M, Sánchez N. Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Med Clin. Barc.* 2008; 130(3):90-92. Disponible en: <http://www.grupovisual.com.mx/RocheVida/ComunidadMedica/Articulo04.pdf> Fecha de acceso: 16-03-10.
- ⁶⁰ Johnson R, Gold MA, Wiche K. Distress in women with gynecologic cancer. *Psycho -Oncology* 2009, 16(6):665-668. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1589/abstract> Fecha de acceso: 16-07-10.
- ⁶¹ Bonacchi A, Rossi A, Bellotti L, Franco S, Toccafond A, Miccinesi G, Assessment of psychological distress in cancer patients: a pivotal role for clinical interview. *Psycho-Oncology* 2010. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1589/abstract> Fecha de acceso: 09-06-10.

ANEXOS

10.- Anexos

Figura.1 Estadísticas de cáncer a nivel nacional en relación al sexo y localización.

México		
Cáncer. año 2007		
	Mujeres	Hombres
Fallecimientos	35,303	33,509
Principales tipos	Mama, cuello del útero, hígado	Próstata, tráquea, bronquios y pulmón, y estómago.

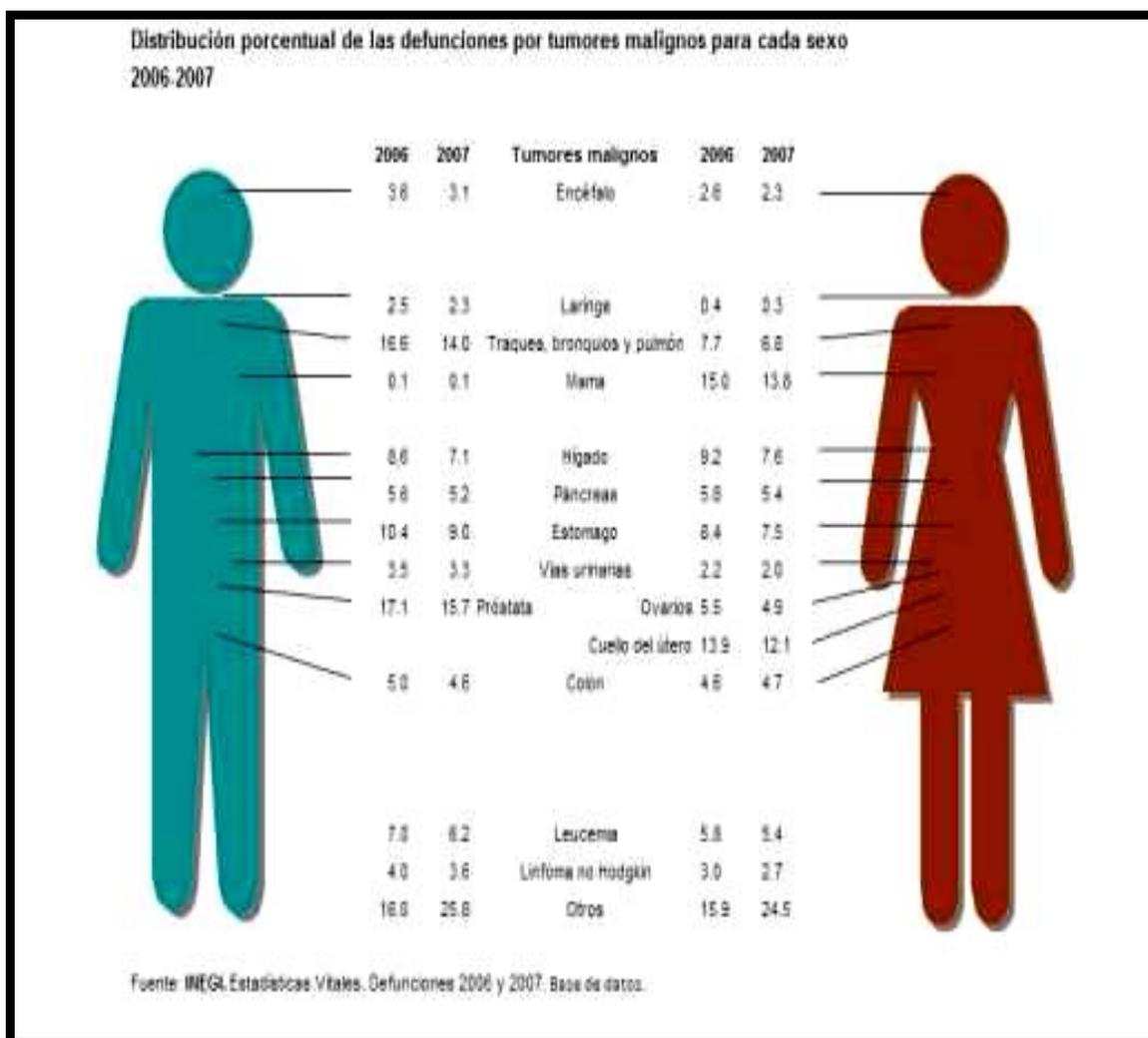


Tabla 1. Características sociodemográficas de un grupo de personas con cáncer.

Variable	F	%
Grupo De Edad		
Menor De 19	1	2.0
20-29	8	16.0
30-39	16	32.0
40-49	15	30.0
50-59	7	14.0
60-69	3	6.0
Total	50	100.0
Sexo		
Mujer	31	62.0
Hombre	19	38.0
Total	50	100.0
Estado Civil		
Soltera	12	24.0
Casada	23	46.0
Otro	15	30.0
Total	50	100.0
Escolaridad		
Primaria	18	36.0
Secundaria	11	22.0
Bachillerato	8	16.0
Licenciatura	10	20.0
Carrera Técnica	3	6.0
Total	50	100.0
Ocupación		
Trabaja	13	26.0
Ama De Casa	34	68.0
Ambos	3	6.0
Total	50	100.0
Lugar De Residencia		
D.F.	20	40.0
Estado De México	26	52.0
Otro	4	8.0
Total	50	100.0
Actualmente Tiene Pareja		
Si	33	66.0
No	17	34.0
Total	50	100.0
¿El Personal de Salud le informo el tipo de cáncer que tiene?		
Si	41	82.0
No	9	18.0
Total	50	100.0

Nota: Los datos indican frecuencias y porcentajes totales de la muestra n=50

Tabla 2.- Distrés en un grupo de personas con cáncer.

Distrés	Frecuencia	Porcentaje %
NO SIGNIFICATIVO	16	32.0
SIGNIFICATIVO	34	68.0
Total	50	100.0

Termómetro del distrés con valor de 0 al 10, punto de corte 4 para distrés significativo.

Tabla 3.- Correlación entre el Distrés y la variable Ocupación.

Ocupación		Distrés		Total
		No significativo	Significativo	
trabaja	F	6	7	13
	%	46.2	53.8	100.0
ama de casa	F	7	27	34
	%	20.6	79.4	100.0
ambos	F	3	0	3
	%	100.0	.0	100.0
Total	F	16	34	50
	%	32.0	68.0	100.0

Correlación mediante Chi cuadrada

Tabla 4.- Correlación de emociones que se desencadenan ante el diagnóstico con distrés.

Emociones	N	<i>p</i>
Miedo	50	.018*
Tristeza	50	.185
Ansiedad	50	.281
Resignación	50	.312
Desesperanza	50	.002*
Depresión	50	.001*

Correlación de Pearson * $p < 0.05$

Tabla 5.- Correlación entre el distrés y problemas prácticos, familiares, emocionales, religiosos y físicos.

Tipo de problema	N	MEDIA	<i>p</i>
Prácticos	50	1.4	.104
Familiares	50	1.9	.418
Emocionales	50	1.3	.000
Religiosos	50	1.9	.482
Físicos	50	1.6	.037

Correlación de Pearson * $p < 0.05$

Las dimensiones que establecen la diferencia son emocionales vs. físicos $p < 0.05$

Tabla 6.- Correlación de factores que desencadenan estrés

Problemas	Prácticos	Familiares	Emocionales	Religiosos	Físicos
Prácticos	1.000	.117	.397*	.019	.322†
Familiares	.117	1.000	.009	-.145	.095
Emocionales	.397*	.009	1.000	.061	.600*
Religiosos	.019	-.145	.061	1.000	.098
Físicos	.322†	.095	.600*	.098	1.000

Correlación de Pearson * $p < 0.01$, † $p < 0.05$.



Folio _____

INSTRUCCIONES

Este cuestionario forma parte de un estudio que realiza la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM y el Instituto Nacional de Cancerología, cuya intención es obtener mayor información con respecto al estrés en las personas con cáncer

Para que este estudio resulte provechoso, es muy importante que responda todas las preguntas con mucha atención y la mayor sinceridad posible. La información que se brinde a través de este cuestionario, es completamente confidencial y de uso exclusivo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Lea con atención cada una de las indicaciones que se muestran al inicio de cada sección de preguntas y seleccione la respuesta según sea su situación.

Si su respuesta no se encuentra en las diferentes opciones que le presentamos o tiene alguna duda, por favor indíquelo al encuestador.

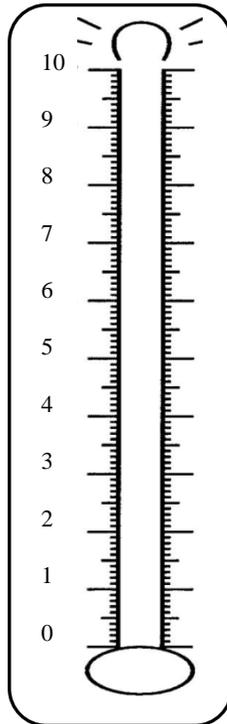
Marque con una X la respuesta a las siguientes preguntas.

1. ¿Qué edad tiene? _____ sexo _____		2. ¿Cuál es el motivo de su asistencia al Instituto? _____	
3. Estado civil	Soltera ()	4. Escolaridad	Primaria ()
	Casada ()		Secundaria ()
5. Lugar de residencia	Otro especifique _____		Bachillerato ()
	DF		Licenciatura ()
	Estado de México		Carrera técnica ()
Otro _____			
6. ¿Actualmente tiene pareja?	Sí ()	No ()	8. ¿Cuál fue su reacción cuando le confirmaron su diagnóstico? (Puede señalar más de una opción)
			Miedo ()
7. ¿Vive con su pareja?	Sí ()	No ()	Tristeza ()
			Ansiedad ()
9. Ocupación	Trabaja ()	16. ¿ Quien es su principal cuidador?	Resignación ()
	Ama de casa ()		Desesperanza ()
	Ambos ()		Otro _____
10. Escriba el nombre del tipo de cáncer que padece _____			
11. Tiempo en meses de haber sido usted diagnosticada _____			
12. ¿El personal de salud le informo el tipo de cáncer que tiene? Sí () No ()			
13. ¿Cuenta con información acerca de todo lo relacionado a su enfermedad(síntomas y tratamientos) SI () NO ()			
14. ¿Padece otra enfermedad además del cáncer?		Sí ()	No ()
15. ¿Durante su enfermedad ha recibido apoyo de su familia?		Sí ()	No ()
17. Señale el tipo de tratamiento que ha recibido desde el diagnóstico de cáncer (puede marcar más de una opción)			
Tratamientos		ANTES	ACTUALMENTE
a) Quimioterapia		Sí () No ()	Sí () No ()
b) Cirugía		Sí () No ()	Sí () No ()
c) Radioterapia		Sí () No ()	Sí () No ()
d) Hormonoterapia		Sí () No ()	Sí () No ()
e) Terapia Monoclonal (Protocolo)		Sí () No ()	Sí () No ()
f) Tratamiento Alternativo (jugos, té, complementos alimenticios, acupuntura, masajes, etc.)		Sí () No ()	Sí () No ()

Indique si alguna de las siguientes situaciones le ha causado algún tipo de estrés o angustia **durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy**. Asegúrese de marcar **Sí o No** para cada una de las opciones.

	Sí	No		Sí	No
18. Problemas prácticos			21. Problemas físicos		
Vivienda	1	2	Dolor	1	2
Seguro médico/financiero	1	2	Náuseas	1	2
Trabajo/escuela	1	2	Cansancio	1	2
Transporte	1	2	Sueño	1	2
Cuidado de niños	1	2	Movilidad	1	2
19. Problemas familiares	1	2	Dificultad para bañarse/vestirse	1	2
Relación con la pareja	1	2	Respiración	1	2
Relación con los hijos	1	2	Llagas bucales	1	2
20. Problemas emocionales	1	2	Alimentación	1	2
Preocupaciones	1	2	Indigestión	1	2
Temores	1	2	Estreñimiento	1	2
Tristeza	1	2	Diarrea	1	2
Depresión	1	2	Cambios en los hábitos de orinar	1	2
Nerviosismo	1	2	Fiebre	1	2
Pérdida de interés en las actividades usuales	1	2	Resequedad/picazón en la piel	1	2
Inquietudes espirituales/religiosas	1	2	Resequedad/congestión nasal	1	2
22. Por favor encierre en un círculo el número (del 1 al 10) que mejor describa que tanto distrés ha experimentado en la última semana incluyendo el día de hoy.			Cosquilleo en las manos/pies	1	2
			Sensación de hinchazón	1	2
			Sexuales	1	2

Termómetro del Distrés
Distrés significativo



Distrés no significativo

OTROS PROBLEMAS:

LE AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN
MUCHAS GRACIAS

Consentimiento informado.

Para este estudio es muy importante que usted se entere que las instituciones educativas como la Universidad Nacional Autónoma de México, parte de la enseñanza es realizar algunos trabajos de investigación con el fin de explorar o modificar algunos problemas de salud que afectan a las personas con cáncer.

Por esta razón le informo que como pasante de la licenciatura en enfermería estoy realizando este estudio de investigación para identificar cuales son los factores asociados al estrés en personas con cáncer, que acuden al instituto nacional de cancerología (incan)

Para lograr el objetivo de esta investigación es importante la participación de personas como usted desean compartir sus experiencias, para beneficiarse así de las mismas y obtener resultados que permitan implementar actitudes en su beneficio propio y de otras personas que se encuentren en su misma situación.

Es necesario explicarle que esto no es obligatorio y no afecta en sus consultas o atención ya que será igual, se respetara su decisión si no desea colaborar, si acepta no es necesario que anote su nombre ya que toda la información que usted nos proporciona será completamente confidencial y con fines de cumplir objetivos de esta investigación.

Es importante que la información sea cierta y que conteste el cuestionario con toda la sinceridad, cabe señalar que si usted tiene dudas se le responderán de inmediato.

Atentamente
Juana Medina Figueroa
Responsable de la investigación

Nombre y firma de la paciente

Acepto participar en esta investigación

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Responsable

Mtra. Sofía Elena Pérez Zumano

Co-responsable

Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez

Colaboradores

Mtro. Hugo Tapia Martínez

Mtra. Leticia Sandoval Alonso

Psic. Mónica Miguel Martínez Arroyo

Tesistas

Lic. Olga Barrientos Galicia

Lic. Gisel De Carlo Lira

P. E. Alejandrina Jiménez Valencia

Est. Blanca González Caamaño

Instituto Nacional de Cancerología

Colaboradores

Lic. Fernando Rodríguez Ángeles

Lic. Alberto Domínguez Aliphat

Diseño de portada

E.E. Rafael Herrera Martínez

DIRECTORIO

UNAM

Dr. José Narro Robles

Rector

Dr. Sergio M. Alcocer Martínez

Secretario General

Mtro. Juan José Pérez Castañeda

Secretario Administrativo

Dra. Rosaura Ruiz Gutiérrez

Secretaria de Desarrollo Institucional

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Coordinadora del Macroproyecto

ENEO

Lic. Severino Rubio Domínguez

Director

Mtra. Ma. Dolores Zarza Arizmendi

Secretaria General

Mtra. Gabriela Garza Infante

Secretaria Administrativa

Mtra. Rosa A. Zárate Grajales

Jefa de la División de Estudios de Posgrado

2. En ocasiones no nos animamos a contarle a nuestros amigos o familiares, sobre cómo nos sentimos, ya sea por pena, miedo o alguna otra situación, en esos casos, funciona muy bien escribir en una hoja todo lo que está pasando por nuestra cabeza en ese momento. Intente hacerlo, escriba la manera en que se siente y una vez que hay terminado rompa la hoja, después de que lo haya hecho, se sentirá mejor.



Distrés y cáncer de mama



¿Qué es el distrés?

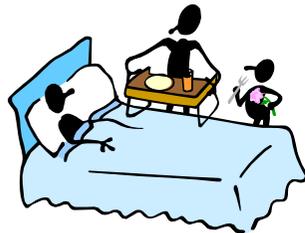
El distrés es un estado emocional que se presenta como respuesta ante una situación difícil como lo es el cáncer de mama.



Existen otros factores que lo originan y que se presentan desde el momento en que el médico informa sobre el diagnóstico.

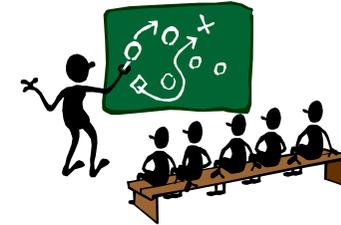


Estos factores pueden ser problemas económicos, preocupaciones familiares, problemas físicos como el dolor, las náuseas, la fatiga, problemas para dormir o en general una serie de síntomas y nuevas situaciones que se experimentan como resultado del diagnóstico y tratamiento para el cáncer de mama.



¿Cómo saber si experimenta distrés?

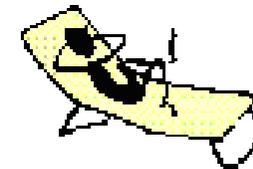
Si se siente muy desesperada, siente que ya no tiene el control de la manera en que se siente, acuda al especialista, en este caso, con el personal de salud que pueden ser psicólogos, enfermeros o médicos para que logre manejar su distrés.



En otros casos, puede recurrir a algunas técnicas que usted misma puede realizar, para relajarse y así disminuir su distrés.

Aquí le sugerimos técnicas rápidas y eficaces.

1. **Respiración profunda.** Acuéstese cómodamente y estire sus piernas y brazos. Respire profundamente por la nariz, sacando el aire por la boca lentamente. Mientras respire lleve el aire hasta el estómago, hasta que este se infle. Repita la respiración de 5 a 10 veces, al terminar se sentirá mucho mejor.



Haga un presupuesto. La falta de dinero es algo muy estresante para muchos individuos. Si esto es algo que le preocupa, es importante establecer un presupuesto semanal o mensual. Una vez que haga su presupuesto,

¡Ajústese al mismo!



Desarrolle sistemas de apoyo. Cuando usted está bajo mucha presión, necesita el apoyo de la gente que lo rodea, principalmente la familia. No dude, cada vez que lo necesite pida ayuda.



Intente mantener un buen sentido del humor, aunque es difícil, ***¡sí se puede!***



Todos experimentamos algo que se llama estrés y en realidad lo necesitamos. Si nos sentimos estresados, este nos permite enfrentar o dar respuesta a las situaciones que se presentan, es decir, estamos frente a un estrés positivo.



Pero, cuando este estrés no nos permite dar respuestas favorables a la situación que se presenta y sólo nos paraliza, no sabemos que hacer o sentimos que perdemos el control, entonces se está experimentando un estrés negativo, a este se le llama distrés.



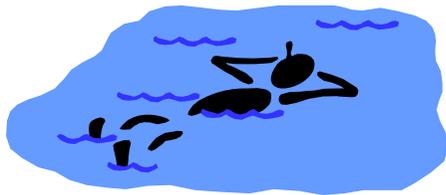
¿Por qué la importancia de saber si se está viviendo con distrés?

Al saber que se tiene cáncer de mama, se vive una experiencia muy dolorosa y difícil desde el momento del diagnóstico.

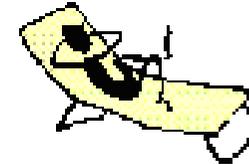
Esta experiencia puede ocasionar un nivel de distrés muy alto que afectará la manera en que afronte la enfermedad, también las respuestas de autocuidado durante el tratamiento y seguramente las diferentes áreas de la vida como lo son la familia, el trabajo, el bienestar en general, etc.

¿Qué se puede hacer para que aprenda a manejar el distrés y este solo actúe como un estrés positivo que me permita dar mejor respuesta al tratamiento y a la vida en general?

Aprenda a relajarse. La imaginación ayuda a relajarnos por ejemplo, cerrar los ojos e imaginar cosas o situaciones positivas y relajantes (ej. asolearse en la playa).



Intente dormir y descansar. Las personas cuando están descansadas tienen mejor energía para afrontar el distrés.



Coma una dieta balanceada y mantenga un peso saludable.



Intente hacer un poco de caminata, con la intención de que realice un poco de ejercicio.

