



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

Análisis del cuidado integral a pacientes con tratamiento de quimioterapia, ingresados en el área de oncología del Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo, año 2021.

AUTORA:

**Menéndez López Keyla Tais
Moncada Monar Damara Abigail**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena Mgs.

**Guayaquil, Ecuador
12 de septiembre del 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Menéndez López Keyla Tais y Moncada Monar Damara Abigail**, como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**.

TUTORA

f. 

LCDA. HOLGUIN JIMENEZ MARTHA LORENA MGS

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

LCDA.MENDOZA VINCES, ANGELA OVILDA.MGS

Guayaquil, a los doce días del mes de septiembre del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Menéndez López Keyla Tais**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Análisis del cuidado integral a pacientes con tratamiento de quimioterapia, ingresados en el área de oncología del Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo, año 2021**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los doce días del mes de septiembre del año 2022

AUTORA

f.

Keyla Menéndez
Menéndez López Keyla Tais



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Moncada Monar Damara Abigail**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Análisis del cuidado integral a pacientes con tratamiento de quimioterapia, ingresados en el área de oncología del Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo, año 2021**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los doce días del mes de septiembre del año 2022

AUTORA

f. 
Moncada Monar Damara Abigail



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Menéndez López Keyla Tais**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Análisis del cuidado integral a pacientes con tratamiento de quimioterapia, ingresados en el área de oncología del Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo, año 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los doce días del mes de septiembre del año 2022

AUTORA:

f. Keyla Menéndez
Menéndez López Keyla Tais



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Moncada Monar Damara Abigail**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Análisis del cuidado integral a pacientes con tratamiento de quimioterapia, ingresados en el área de oncología del Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo, año 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

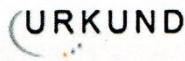
Guayaquil, a los doce días del mes de septiembre del año 2022

AUTORA:

f.

Moncada Monar Damara Abigail

REPORTE DE URKUND



Documento [REVISION TESIS MENENDEZ Y MONCADA.docx](#) (D143785118)

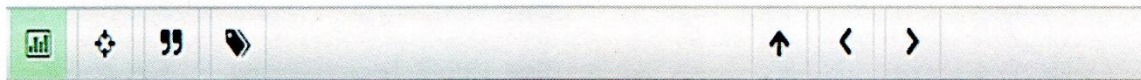
Presentado 2022-09-08 12:08 (-05:00)

Presentado por keyla.menendez@cu.ucsg.edu.ec

Recibido martha.holguin01.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje [Mostrar el mensaje completo](#)

0% de estas 20 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.



95%

#1 Activo

se brinda (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), promueve la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en la búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir de un "cuidado humanizado a la persona sana y enferma" y declara que "la Humanización es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida" (2).

El tratamiento de cáncer es multifuncional y muchas veces involucra otros tipos de terapias aparte de la

quimioterapia, el conjunto de estos procedimientos conlleva al personal de enfermería a realizar procesos asistenciales,

administrativos

o educativos, es por ello que se debe tener en cuenta ciertas dimensiones: Disponibilidad para la atención, comunicación enfermera paciente y cualidades del profesional de enfermería.

La perspectiva del usuario sobre el cuidado se interpreta a través de sensaciones o pequeños gestos que hacen acercarse más al cuidado o interacción brindado por el cuidador o

UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

Martha Holguin

AGRADECIMIENTO

La presente tesis significó un gran reto y esfuerzo a nivel personal y académico, constituyó gran parte en mi proceso de formación como enfermera y en mi experiencia adquirida a lo largo de mi carrera he tenido la oportunidad de conocer a personas maravillosas que han contribuido en mi proceso, mostrando interés, apoyo incondicional y cariño. Quiero expresar mis agradecimientos:

A Dios, por darme las fuerzas para seguir adelante, por darme sabiduría, entendimiento y perseverancia durante toda la carrera, por darme dedicación, inspiración y motivación para seguir adelante y superarme más cada día para lograr esta meta propuesta en mi vida y brindarme la oportunidad de obtener este triunfo personal.

A mis padres por todo el apoyo que me han brindado desde el primer día en que empezamos juntos esta etapa de mi vida. Por siempre darme palabras de aliento para que siguiera adelante, ser perseverante, por siempre hacer todo lo que estuviera en sus manos y más, para que yo cumpliera mis sueños, por su esfuerzo y sacrificio, por creer en mi capacidad, a pesar de los momentos difíciles que enfrentamos siempre me brindaron su amor y comprensión. Gracias por esperarme el tiempo necesario para la obtención de mi título profesional. Sin su apoyo y amor, no hubiera sido posible.

A mis compañeros y amigos con quienes compartí conocimientos, alegrías y tristezas, muchos momentos gratos y noches en vela; y a todas aquellas personas que estuvieron a mi lado mientras duró esta aventura, apoyándome y logrando que este sueño sea posible.

Damara Abigail Moncada Monar

AGRADECIMIENTO

Primeramente, quiero agradecer a Dios por brindarme día a día salud, paciencia y sabiduría para poder seguir adelante. A toda mi familia que me ha brindado su apoyo en todo momento aconsejándome, en especial a mis padres demostrándome que con esfuerzo y dedicación todo lo puedo lograr, ellos son mi pilar fundamental para cumplir todas mis metas, sin ellos nada de esto fuera posible.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo. Por cada momento vivido durante todos estos años, han sido únicos, la oportunidad de corregir errores, oportunidad de cada día pueda empezar de nuevo sin importar las faltas cometidas durante el día anterior.

Agradezco mucho a mis compañeros de internado ya que hemos sido un grupo muy unido, equitativo y respetuosos, gracias por ese amor mutuo que nos tenemos todos, he aprendido mucho de cada uno de ustedes. Gracias por compartir sus conocimientos y gracias por todos los momentos de alegrías.

Keyla Tais Menéndez López

DEDICATORIA

Dedico de manera especial esta tesis a Dios y a mis padres por ser siempre mi motivación y estímulo personal, a mi familia, tías, primos y mis perros, por su comprensión, apoyo incondicional, por siempre estar a mi lado, brindándome su cariño y paciencia para seguir adelante y no darme por vencida. A todos los que estuvieron a mi lado en este proceso por brindarme su confianza, amor, paciencia y el tiempo necesario para culminar este logro profesional, ellos son lo mejor y lo más valioso que Dios me ha dado.

Damara Abigail Moncada Monar

Este nuevo logro es una gran parte gracias a ustedes; que he logrado concluir con mucho éxito este trabajo que por un principio podría parecer interminable. Quisiera dedicar mi tesis a Dios y a mis padres que han sido la base fundamental de mi formación académica, gracias por creer en mí, aunque hemos pasados momentos difíciles siempre han estado brindándome su comprensión, amor y cariño. Esto es para ustedes mis amados padres.

Keyla Tais Menéndez López



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES.MGS
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA.MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ, MGS
COORDINADORA DEL AREA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

LCDA. KRISTY GLENDA FRANCO POVEDA

OPONENTE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
Capítulo I.....	4
1. Planteamiento del problema.....	4
1.1 Preguntas de investigación.....	5
1.2. Justificación.....	6
1.3. Objetivos	7
1.3.1. Objetivo general.....	7
1.3.2. Objetivos específicos	7
CAPÍTULO II	8
2. Fundamentación conceptual	8
2.1. Antecedentes de la investigación.	8
2.2. Marco teórico.....	15
2.2.1. Cuidado integral.....	15
2.2.2. Cáncer.....	16
2.2.3. Quimioterapia.....	18
2.2.4. Escala funcional de Karnofsky.....	23
2.2.5. Escala de duke-unc-11	25
2.2.6. Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS).....	26
2.3 Marco legal.....	27
2.3.1. Ley orgánica de la salud	28

2.3.2 De las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas	29
Capítulo III	33
3. Diseño de la investigación.....	33
3.1. Tipo De Estudio	33
3.2. Diseño	33
3.3. Población y Muestra.	33
3.4. Procedimientos para la recolección de la información.	33
3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	34
3.6. Variables generales operacionalización.	35
3.7. Presentación y análisis de resultados	37
Discusión.....	54
Conclusiones.....	57
Recomendaciones.....	58
Referencias	59
Anexo	64

INDICE DE FIGURAS

FIGURA No. 1 Distribución porcentual de la edad de pacientes ingresados en el área de oncología.....	37
FIGURA No. 2 Distribución porcentual del sexo de los pacientes ingresados en el área de oncología.....	38
FIGURA No. 3 Distribución porcentual de raza en pacientes ingresados en el área de oncología.....	39
FIGURA No. 4 Distribución porcentual de educación en pacientes ingresados en el área de oncología.....	40
FIGURA No. 5 Distribución porcentual de tipos de cáncer de los pacientes ingresados en el área de oncología	41
FIGURA No. 6 Distribución porcentual de los estadios del cáncer de pacientes ingresados en el área de oncología	42
FIGURA No. 7 Distribución porcentual del ciclo de quimioterapia de pacientes ingresados en el área de oncología	43
FIGURA No. 8 Distribución porcentual Escala de Karnofsky	45
FIGURA No. 9 Distribución porcentual Escala de Duke	48
FIGURA No. 10 Distribución porcentual Escala de Duke	49
FIGURA No. 11 Distribución porcentual Escala de HADS	53

INDICE DE TABLAS

TABLA No. 1 Escala de Karnofsky.....	44
TABLA No. 2 Escala Duke	46
TABLA No. 3 Escala de HADS.....	51

RESUMEN

Introducción: El Cuidado integral es una necesidad que urge en la práctica profesional y esto se evidencia en las políticas, disposiciones normativas establecidas por las entidades de salud que velan por el derecho de los pacientes y garantizan la calidad del servicio que se brinda. **Objetivo:** Identificar el cuidado integral en los pacientes con tratamiento de quimioterapia en un Hospital de la ciudad de Guayaquil. **Material y Métodos:** Estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo, la población de estudio fue de 127 pacientes hospitalizados en el área de oncología que reciben tratamiento de quimioterapia, a quienes se les aplicaron los instrumentos de KARNOFSKY, DUKE, HADS, se tuvieron en cuenta los principios de bioética. **Resultados:** La investigación permitió identificar a los individuos más vulnerables respecto a su cuidado integral y calidad de vida. El 42% de los pacientes se encuentran en la categoría de Incapaz de autocuidarse. El 17% muestra un nivel de apoyo social mínimo, 40% presentan ansiedad y 55% depresión. **Conclusión:** Los pacientes con estadios III y IV que han recibido varios ciclos de quimioterapia no cuentan con el apoyo social de su familia y no poseen una buena calidad de vida a diferencia del resto de los pacientes que están iniciando el tratamiento de quimioterapia. Los pacientes con mayor calidad de vida son pacientes que tienen una mejor educación de la patología y poseen mayor apoyo familiar y social.

Palabras clave: cuidado integral, oncología, quimioterapia, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: Comprehensive care is an urgent need in professional practice and this is evidenced in the policies, regulatory provisions established by health entities that watch over the rights of patients and guarantee the quality of the service provided. **Objective:** To identify comprehensive care in patients undergoing chemotherapy treatment in a Hospital in the city of Guayaquil. **Material and Methods:** A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, the study population was 127 patients hospitalized in the oncology area receiving chemotherapy treatment, to whom the KARNOFSKY, DUKE, HADS, the principles of bioethics were taken into account. **Results:** The research allowed to identify the most vulnerable individuals regarding their comprehensive care and quality of life. 42% of patients are in the category of Incapable of self-care. 17% show a minimum level of social support, 40% have anxiety and 55% depression. **Conclusion:** Patients with stages III and IV who have received several cycles of chemotherapy do not have the social support of their family and do not have a good quality of life, unlike the rest of the patients who are starting chemotherapy treatment. Patients with higher quality of life are patients who have a better education of the pathology and have greater family and social support.

Keywords: comprehensive care, oncology, chemotherapy, quality of life.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el cuidado integral es una necesidad que urge en la práctica profesional y esto se evidencia en las políticas, disposiciones normativas establecidas por las entidades de salud que velan por el derecho de los pacientes y garantizan la calidad del servicio que se brinda (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), promueve la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en la búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir de un "Trato humanizado a la persona sana y enferma" y declara que "la Humanización es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida" (2).

El tratamiento de cáncer es multifuncional y muchas veces involucra otros tipos de terapias aparte de la quimioterapia, el conjunto de éstos procedimientos conlleva al personal de enfermería a realizar procesos asistenciales, administrativos o educativa, es por ello que se debe tener en cuenta ciertas dimensiones: Disponibilidad para la atención, comunicación enfermera paciente y cualidades del profesional de enfermería.

La perspectiva del usuario sobre el cuidado se interpreta a través de sensaciones o pequeños gestos que hacen acercarse más al cuidado o interacción brindado por el cuidador o profesional de enfermería. Watson, indica que el acto de cuidado tiene que ser una razón moral y no una acción o procedimiento, debe estar interconectado con los sentimientos compartidos entre la enfermera y paciente (3).

Este trabajo investigativo es de suma importancia porque nos ayuda a analizar las posibles soluciones que podemos brindar ante un cuidado integral basado en la calidad de vida que llevan los pacientes, esperamos que el estudio sirva como modelo para mejorar la calidad de vida del paciente y sea una guía que oriente el cuidado hacia el enfermo. La metodología de investigación será de tipo descriptivo observacional, mediante la técnica de las encuestas y observación

indirecta, mediante el estudio de pacientes con tratamiento de quimioterapia. Se utilizarán los cuestionarios de Karnofsky, Duke y Hads con los cuales se podrá analizar el cuidado integral a los pacientes con tratamiento de quimioterapia ingresados en el área de oncología.

Este proyecto se compone de los siguientes capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del problema, Preguntas de investigación, justificación y Objetivos.

Capitulo II: Fundamentación conceptual; antecedentes de la investigación; Fundamento teórico; fundamento legal

Capitulo III: Metodología; diseño de investigación, variable de estudio, Variables generales y Operacionalización, presentación y análisis de resultados; discusión, conclusiones, recomendaciones, anexos y Referencias bibliográficas.

Capítulo I

1. Planteamiento del problema

El cuidado integral está relacionado con las expectativas del paciente sobre la atención recibida de los profesionales de salud que han prestado los servicios de cuidado en el momento de ser internados en el centro médico. El cuidado integral, es un indicador que avala la calidad del servicio brindado al paciente con cáncer (4).

Según la OMS la calidad de vida debe basarse en una amplia serie de criterios y no en un solo aspecto como puede ser el dolor. Cuando lo haya, la calidad de vida se evaluará estudiando el impacto de ese dolor en la autonomía individual y en la vida psicológica, social y espiritual del individuo, en vez de centrar la atención exclusivamente en el dolor en sí (5).

Es importante comprender de qué manera afecta el tratamiento de quimioterapia a pacientes con cáncer en su calidad de vida. Tomando en cuenta que no existen muchos expertos en el manejo del cuidado integral de los pacientes con tratamiento de quimioterapia y no se cuenta con el conocimiento suficiente acerca de la perspectiva que tienen las personas que presentan esta patología.

El estudio de este trabajo se llevará a cabo en las instalaciones del Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo, en el cual se ha podido observar un déficit en el cuidado integral de los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia en el área de oncología debido a que no cuentan con apoyo social por parte de sus familiares/cuidadores; generando así sentimientos de ansiedad y depresión que disminuyen en gran medida la calidad de vida de los pacientes.

De acuerdo con la situación planteada, surge la interrogante:

1.1 Preguntas de investigación

¿Existe cuidado integral en los pacientes con tratamiento de quimioterapia en un Hospital de la ciudad de Guayaquil?

¿Qué características sociodemográficas presentan los pacientes con tratamiento de quimioterapia en un Hospital de la ciudad de Guayaquil?

¿Existe apoyo social en los pacientes con tratamiento de quimioterapia en un Hospital de la ciudad de Guayaquil?

¿Cómo afecta la ansiedad y depresión a los pacientes con tratamiento de quimioterapia en un Hospital de la ciudad de Guayaquil?

1.2. Justificación

El cáncer es una patología frecuente a nivel mundial, que es considerada por sus características una situación de impacto en la calidad de vida de los pacientes con tratamientos de quimioterapia. De acuerdo de la teoría del déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la salud, la vida y el bienestar (6). El cuidado integral es más que brindar un trato o solo satisfacción del paciente, se debe desarrollar un entorno armonioso y saludable, en el ámbito físico y espiritual (7).

El presente estudio posee relevancia social debido que este tipo de pacientes dependen del apoyo de su familia los cuales deben ser un soporte de motivación para así hallar estrategias que ayuden a afrontar la enfermedad y el tratamiento. Se van a aplicar diferentes escalas para medir la calidad de vida, el apoyo social, la ansiedad y la depresión, puesto que los pacientes cuando reciben un diagnóstico de cáncer lo primero en lo que piensan es en la muerte y se llenan de pensamientos negativos. La escala de Karnofsky nos va a permitir medir la capacidad de los pacientes para realizar las actividades cotidianas y así evaluar su calidad de vida. La escala de Duke nos va a permitir medir el apoyo social y evaluar el bienestar subjetivo del paciente. La escala de HADS nos ayudara a determinar el malestar emocional que presente el paciente y a identificar la ansiedad y depresión.

Como profesionales de enfermería debemos conocer el impacto de la patología o el tratamiento (quimioterapia) en el paciente, facilitar la rehabilitación y la recuperación, para evaluar el apoyo social que reciben los pacientes con tratamiento de quimioterapia, en la forma en que se ha visto afectada la calidad de vida del paciente y sus emociones.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Identificar el cuidado integral en los pacientes con tratamiento de quimioterapia en un Hospital de la ciudad de Guayaquil.

1.3.2. Objetivos específicos

Caracterizar sociodemográfica mente a los pacientes con tratamiento de quimioterapia.

Determinar el apoyo social que reciben los pacientes con tratamiento de quimioterapia.

Describir el índice de ansiedad y depresión mediante la escala de HADS en los pacientes con tratamiento de quimioterapia.

CAPÍTULO II

2. Fundamentación conceptual

2.1. Antecedentes de la investigación.

En un estudio desarrollado por José Amado-Tineo, Moisés Apolaya-Segura, Elizabeth Che-H, Otto Vargas-Tineo (8), en el año 2021. Comparan la calidad de vida percibida por pacientes con cáncer avanzado de un hospital terciario según atención en domicilio versus hospitalaria. Estudio observacional, transversal, incluyó pacientes mayores de 18 años con cáncer con metástasis múltiple. Se aplicó encuesta de calidad de vida EORTC QLQ-C15-PAL a los pacientes con adecuado nivel cognitivo (cuestionario de Pfeiffer). Se utilizó Chi cuadrado y MannWhitney, $p < 0,05$, y SPSS 24.0. 83 pacientes grupo hospitalario y 69 domiciliario. Mediana de edad 66 años y 76 respectivamente ($p < 0,01$); predominó el sexo femenino ($p = 0,60$). Presentó deterioro cognitivo moderado o severo, 25% grupo hospitalario y 58% domiciliario ($p < 0,01$). La mediana del puntaje de calidad de vida fue 49,5 grupo hospitalario y 48 domiciliario ($p = 0,60$), el aspecto funcional físico tuvo menor puntuación en grupo hospitalario ($p < 0,01$). La calidad de vida percibida es aceptable, el grupo domiciliario tienen mayor edad y deterioro cognitivo (8).

A través de un estudio desarrollado por Mónica Aguilar-Sizer, Sandra Lima-Castro (9). El apoyo social es sumamente relevante para la salud y el bienestar. Por ello resulta imprescindible contar con instrumentos fiables para evaluarlo. El objetivo del estudio es evaluar la estructura factorial, fiabilidad y validez de la versión en español del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 (Bellón, Delgado, De Dios, & Lardelli, 1996); y valorar su adecuación en el contexto ecuatoriano. La escala fue aplicada a una muestra de 535 personas adultas residentes en la ciudad de Cuenca- Ecuador. Se encontró que los datos se ajustan a la escala de dos factores de primer orden relacionada con las subescalas de apoyo confidencial y apoyo afectivo. La validez de criterio se evaluó con la escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) y la Escala Breve

de Resiliencia (BRS). En general, los resultados mostraron que Duke-UNK-11 es un instrumento de recolección de datos corto y eficiente con una adecuada consistencia interna, excelentes índices de discriminación de cada uno de los ítems, altas cargas factoriales, que puede ser aplicado en el contexto ecuatoriano para facilitar la investigación(9).

Según Celina Padierna Sánchez, Concepción Fernández Rodríguez y Ana González Menéndez (10) en su artículo Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales, medida con el QL-CA-AFEX, el cual tuvo el objetivo de este estudio es analizar la calidad de vida (cv) en pacientes oncológicos en situación paliativa informada a partir del QL-CA-AFex, y examinar en dicha muestra las propiedades psicométricas de esta escala. Se administró el QL-CA-AFex en una muestra de 91 pacientes oncológicos en situación paliativa, y se analizaron las propiedades psicométricas de fiabilidad (consistencia interna y test-retest) y validez (estructura interna y capacidad discriminatoria). Los aspectos más relacionados con la cv fueron los síntomas, y en segundo lugar aspectos psicológicos como ansiedad y depresión. El QL-CA-AFex mostró poseer una consistencia interna satisfactoria (α de Cronbach total: 0.83; α de Cronbach para las subescalas: 0.75-0.94). La fiabilidad test-retest fue mostrada por las correlaciones entre las cuatro subescalas, comprendidas entre 0.32 y 0.55. En el análisis factorial se obtuvieron tres factores referidos a aspectos físicos, emocionales y recursos familiares respectivamente. Se comprobó la capacidad del QL-CA-AFex para discriminar entre grupos de pacientes realizados en función de diversas variables sociodemográficas y clínicas. La cv no se deteriora necesariamente con la progresión de la enfermedad. El QL-CA-AFex posee adecuadas propiedades psicométricas para medir cv en pacientes oncológicos en situación paliativa, aunque su utilidad en la práctica clínica es una cuestión aún no resuelta (10).

Un estudio desarrollado en Chile por Marcelo Fonseca C, Carlos Schlack V, Edison Mera M, Oscar Muñoz S, Javier Peña L. (11), describe como Introducción: Los estudios de calidad de vida en pacientes oncológicos permiten devolver la atención al paciente y a sus necesidades.

Material y Método: Se realiza la encuesta FACT-G (Functional Assessment of Cancer Treatment) a 77 pacientes con diagnóstico de cáncer terminal pertenecientes al policlínico de cuidados paliativos y alivio del dolor del Hospital Ernesto Torres Galdames de Iquique.

Resultados: El bienestar físico fue evaluado con 21,22 sobre un máximo de 28, el bienestar Social/Familiar obtuvo 12,57 de 28; el bienestar emocional obtuvo 16 sobre 24; el bienestar funcional obtuvo 17,33 sobre 28. El Score final, que representa la suma de las cuatro divisiones anteriores, con una escala de 0 a 108, fue de 67, que representa el 62% del puntaje máximo.

Conclusiones: Es factible la realización de encuestas de calidad de vida en pacientes con cáncer, las cuales nos permiten realizar intervenciones puntuales sobre el paciente y sus cercanos que mejoren su calidad de vida (11).

De acuerdo al estudio desarrollado por Mariana I. Herrera-Guerrero, Armando Torres Gómez, Silvia Allende Pérez, Angel Herrera Gómez(12), en el año 2014, Antecedentes: El cáncer es un problema de salud que actualmente se enfoca en prevención y tratamiento; sin embargo, es alto el número de pacientes con supervivencia menor de 6 meses, por lo que es mandatorio optimizar recursos. Nuestro objetivo es determinar si existe correlación del estado funcional de Karnofsky (EFK) con la supervivencia en pacientes con tumores de origen gastrointestinal en un servicio de cuidados paliativos (SCP).

Método: Se revisaron 144 expedientes de pacientes con tumores gastrointestinales, y se obtuvo: datos demográficos, EFK, localización del tumor, tiempo de admisión al SCP, síntomas en primera visita, días entre el ingreso y la defunción, y sitio donde ocurrió. Los valores de EFK y días de ingreso hasta la muerte se correlacionaron con coeficiente de Spearman.

Resultados: Del total de pacientes (n = 55), 23 eran varones y 32, mujeres; la media de edad era 63.91 ± 14.04 años; 14 pacientes presentaron un EFK del 60%. La admisión al SCP fue el día del diagnóstico en el 81.8%. La mediana de síntomas (ESAS) fue de 6. La mediana de supervivencia fue 24 días, y se

observó una correlación estadísticamente significativa ($p = 0.001$) entre EFK y la supervivencia. El sitio más frecuente de la defunción fue el hogar (65.5%).

Conclusiones: En la optimización de recursos es importante poder predecir la supervivencia al evaluar a un paciente, y para esto nos es de gran utilidad el uso de la EFK; sin embargo, se requiere de más estudios para evaluar la utilidad de los síntomas como predictores (12).

Por otra parte, en un estudio desarrollado en el 2000, por López-Roig, S., Terol, M.C., Pastor, M.A., Neipp, M.C., Massutí, B, Rodríguez-Marín, J., Leyda, J.I., Martín-Aragón, M. y Sitges (13). El objetivo de este trabajo ha sido realizar un estudio psicométrico de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en población española de pacientes con cáncer. Para ello, se ha entrevistado a 484 pacientes pertenecientes a siete hospitales y centros. Los resultados muestran buenos parámetros de fiabilidad, correlaciones coherentes con las correspondientes medidas estándar (STAI y SDS) y apoyo para la solución bifactorial (55.4% del total de la varianza), aunque las dos subescalas aparecen correlacionadas. Los puntos de corte para considerar pacientes con algún nivel de ansiedad y depresión son 9 y 4 respectivamente, con buenos parámetros de sensibilidad y especificidad. Las mujeres puntuaron más alto en ambas medidas. La escala HAD es un instrumento sencillo y útil para detectar, en población de pacientes con cáncer, niveles de respuesta en las dimensiones emocionales de ansiedad y depresión, en las diferentes etapas y situaciones de enfermedad (13).

En el artículo desarrollado por Ana González, Concepción Fernández, Gerardo García, Jorge Soler, Clavel Arce y José Cueto (14), El estudio pretende revisar la metodología y las dificultades asociadas a la evaluación de la calidad de vida en pacientes oncológicos en situación terminal y avanzada. Para ello se evalúa la calidad de vida informada a través de una escala estandarizada, el cuestionario de calidad de vida de la EORTC, el QLQ-C30, y se observa si es sensible a la recepción de cuidados paliativos en el domicilio. Se pretende al

mismo tiempo, comparar estos resultados con los posibles cambios reportados por los pacientes sobre sus síntomas físicos, sobre la percepción del apoyo social y sobre los marcadores de ansiedad y depresión, tras el ingreso en una Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD). El trabajo se realizó con 42 pacientes a los que se evaluó en dos ocasiones, al ingreso en la UHAD y al cabo de 1, 2, 3 ó 4 semanas. Se recogen variables sociodemográficas y clínicas, y los datos se analizan mediante análisis de covarianza de medidas repetidas, y a través de t de Student para muestras relacionadas. Los resultados indican que tan sólo la variable dolor del QLQ-C30 cambia significativamente tras el ingreso en la UHAD ($p < .045$). Por el contrario, la mayoría de las variables referidas a sintomatología clínica y evaluadas por el médico, descienden significativamente tras el ingreso en la unidad (vómitos: $p < .003$; dolor: $p < .000$; estreñimiento: $p < .000$ y sueño: $p < .000$). Los niveles de ansiedad y depresión, que al ingreso ya revelan ausencia de patología, no se modifican desde los valores iniciales. El índice de Karnofsky no cambia significativamente tras el ingreso en la Unidad. Se discute la adecuación del uso del término calidad de vida en la enfermedad terminal(14).

Según el artículo realizado por M. Carmen Terol, Sofía López-Roig, Jesús Rodríguez-Marín(15), en el año 2000, el impacto del diagnóstico y tratamiento del cáncer provoca una serie de respuestas psicosociales que afectan a la calidad de vida del paciente. El objetivo de este trabajo es evaluar y comparar la calidad de vida y el Estado emocional, (ansiedad y depresión) de 21 pacientes oncológicos entrevistados en dos momentos de su enfermedad, al inicio y en sus últimos ciclos de quimioterapia. Los resultados mostraron que la calidad de vida global y la condición física percibida se asociaron entre sí y con la depresión. Sólo la Condición Física se diferenciaba significativamente entre las fases de estudio. En ambas fases, los Síntomas de Enfermedad, y el Impacto Económico se asociaron, bien con la ansiedad o con la depresión. El Impacto Social se relacionó con la depresión y la ansiedad en la primera fase, y la Discapacidad funcional con la Calidad de vida global, en la segunda (15).

De acuerdo al estudio realizado en Colombia por Ana Milena Gaviria, Stefano Vinaccia, María Fernanda Riveros, Japcy Margarita Quicenoen (16), el año 2007. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, el afrontamiento del estrés y las emociones negativas en 28 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en tratamiento quimioterapéutico del Instituto de Medicancer de Medellín (Colombia). Se utilizaron los cuestionarios: EORTC QLQ-C30, que mide Calidad de Vida; el CAE, que evalúa Afrontamiento al Estrés, y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). Los resultados evidenciaron una calidad de vida favorable tanto en las dimensiones funcionales como en la de síntomas de la enfermedad. En cuanto a las Estrategias de Afrontamiento se encontró que la Evitación y la Reevaluación Positiva, fueron las más utilizadas a diferencia de la Expresión Emocional Abierta, que fue la menos empleada. Por último, se observaron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión en los pacientes con cáncer (16).

El siguiente artículo, desarrollado por Jéssica López Peláez, Haney Aguirre-Loaiza, Arturo Ortiz, Vicente E. Caballo (17), en el año 2021. Presenta la siguiente introducción. **Introducción:** El cáncer ginecológico impacta psicológicamente a la mujer. En este proceso las Estrategias de Afrontamiento-EA, al parecer, se asocian con la Calidad de Vida relacionada con la Salud-CvRS; sin embargo, se desconoce el valor predictivo de las EA sobre la CvRS. Este artículo tiene como finalidad identificar las diferencias y la naturaleza de la relación entre la CvRS y las EA respecto al apoyo psicológico, así como identificar si las EA predicen la CvRS.

Método: Se efectuó un diseño no-experimental con 55 mujeres entre 27 y 69 años, $M = 42.3$, $DE = 10.1$, diagnosticadas con cáncer ginecológico. La CvRS se evaluó con el FACT-Cx y el SF-36; las EA, con el CAEPO.

Resultados: las mujeres con asistencia psicológica tienen mejor CvRS y EA, igualmente, la CvRS se correlacionó con las EA positivas. La dimensión de salud general también es explicada por las EA positivas e inversamente por las EA negativas. Las EA que mejor predicen las CvRS son: Enfrentamiento y Lucha Activa, y Autocontrol y Control Emocional, mientras que las EA negativas afectan la CvRS.

Conclusión: Los resultados resaltan la necesidad de acompañamiento psicológico que promueva EA positivas y beneficien la CvRS en mujeres con cáncer ginecológico (17).

Así mismo, el artículo desarrollado por Naranjo, Luz Viviana Grisales; Valencia, María Mercedes Arias (18), en el año 2013. Tiene como **Objetivo.** Conocer las necesidades de cuidado humanizado de los pacientes sometidos a quimioterapia. **Metodología.** El estudio fue realizado con pacientes, de ambos sexos, diagnosticados con diferentes tipos de cáncer que recibieron un tratamiento de quimioterapia en una unidad oncológica de la ciudad de Medellín, Colombia en 2011. Se sacó un enfoque cualitativo con herramientas de la teoría fundamental; se realizaron 23 entrevistas y se hicieron diario de campo. En el análisis se extrajeron códigos que posteriormente fueron agrupados en las categorías que mejor representaban el fenómeno estudiado. **Resultados.** Los pacientes con cáncer que están sometidos a quimioterapia tienen necesidades de cuidado humanizado. Se resaltaron las necesidades emocionales, espirituales, sociales y afectivas como consecuencia del impacto de la noticia del diagnóstico y los cambios físicos notorios a los que se enfrentan estos pacientes. Emergió la categoría de deshumanización del cuidado relacionado con la información del diagnóstico y en la comunicación que el personal retuvo con estas personas. **Conclusión.** El paciente con cáncer que recibe quimioterapia es un ser gravemente enfermo, con necesidades, quien requiere un cuidado humanizado por parte del personal asistencial (18).

2.2. Marco teórico.

2.2.1. Cuidado integral

El Cuidado integral es una necesidad que urge en la práctica profesional y esto se evidencia en las políticas, disposiciones normativas establecidas por las entidades de salud que velan por el derecho de los pacientes y garantizan la calidad del servicio que se brinda (1).

Para poder llevar a cabo un protocolo de humanización necesitamos una serie de conocimientos, habilidades y actitudes para manejar con soltura y eficacia la relación con el paciente y familia y hacer que esta sea un instrumento de ayuda. En este orden de cosas, se puede decir que ayudar consiste en ofrecer recursos a una persona para que pueda superar o afrontar sanamente una situación difícil. Estos recursos pueden ser materiales, técnicos o de relación. Otro aspecto a considerar es la actitud empática, que se puede definir como la disposición interior que puede permitir al enfermero facilitar la comprensión del paciente, mirando con sus ojos, escuchando atentamente para captar lo que verdaderamente éste quiere transmitir, de tal manera que la relación de ayuda llegue a centrarse en la persona y no en la patología (19).

Según la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella (20).

Según la Teoría del afrontamiento de Lipowsky, el afrontamiento serían las estrategias que pone en juego el individuo ante un problema para mantener su integridad física y psicológica. La capacidad de afrontamiento de una persona depende de su trayectoria personal y de los valores y las creencias que ha ido incorporando con los años.(6)

2.2.2. Cáncer.

El cáncer, también conocido como “tumor maligno o neoplasia maligna” es un término genérico utilizado para designar un amplio grupo de enfermedades que puede afectar a cualquier parte del organismo; según la OMS, y el cual posee una característica definitoria, que es la multiplicación rápida de células anormales que se extiende más allá de sus límites a la cual se denomina metástasis (21).

El cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo. Se estima que durante el 2020 hubo 10 millones de muertes y 10.1 millones de casos nuevos en todo el mundo (21).

Los tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos son:

- De pulmón
- Colorrectal
- Hepático
- Gástrico
- De mama (21).

Fisiopatología del cáncer.

El cáncer es considerado como una de las principales causas de mortalidades en el mundo ya que agrupa entidades clínicas de diverso origen. El tejido canceroso estaba conformado por células con morfología alterada, y se postuló que la causa de esta enfermedad yacía en lesiones celulares. Actualmente, el cáncer es considerado como un desorden de células que se dividen anormalmente, lo que conduce a la formación de agregados que crecen dañando tejidos vecinos, se nutren del organismo y alteran su fisiología(22).

Las células normales se dividen y mueren durante un periodo de tiempo programado. Sin embargo, la célula cancerosa o tumoral “pierde” la capacidad para morir y se divide casi sin límite. Tal multiplicación en el número de células llega a formar unas masas, denominadas “tumores” o “neoplasias”, que en su expansión pueden destruir y sustituir a los tejidos normales (23).

Causas del cáncer.

El cáncer se produce cuando células normales se transforman en células tumorales a través de un proceso en varias etapas que suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Esas alteraciones son el resultado de la interacción entre factores genéticos de la persona afectada y tres categorías de agentes externos, a saber:

- carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes.
- carcinógenos químicos, como el amianto, sustancias contenidas en el humo de tabaco, las aflatoxinas que contaminan los alimentos y el arsénico presente en el agua de bebida.
- carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias y parásitos (21).

Un carcinógeno es una sustancia, organismo o agente químico o físico específico que tiene la capacidad de causar cáncer en individuos expuestos a él. Pueden ocurrir en forma natural en el ambiente o pueden ser generados por los seres humanos. La mayoría de los carcinógenos interactúan directamente con el ADN de la célula, dando lugar a mutaciones (24)

Estadios del cáncer.

La estadificación se refiere a la extensión del cáncer, es decir; si se ha propagado o que tan extenso es el tumor en el cuerpo de una persona.

Es la manera en que se determina la etapa (estadio de la persona) y ayuda a entender la gravedad y los estudios clínicos que puedan dar un mejor tratamiento (25).

La mayoría de los sistemas de estadificación incluyen información acerca de:

La ubicación del tumor en el cuerpo, el tipo de células (tales como adenocarcinoma o carcinoma de células escamosas), el tamaño del tumor, Si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos, Si el cáncer se ha diseminado a una parte diferente del cuerpo, el grado del tumor, el cual se refiere

al aspecto anormal de las células y de la probabilidad de que el tumor crezca y se disemine (26).

En el sistema TNM:

La T se refiere al tamaño y extensión del tumor principal. El tumor principal se llama de ordinario el tumor primario. La N se refiere a la extensión de cáncer que se ha diseminado a los ganglios (o nódulos) linfáticos cercanos. La M se refiere a si el cáncer se ha metastatizado; es decir, si ha tenido metástasis. Esto significa que el cáncer se ha diseminado desde el tumor primario a otras partes del cuerpo (26).

Estadio	Lo que significa
Estadio 0	Hay células anormales presentes, pero no se han diseminado al tejido cercano. Se llama también carcinoma in situ, o CIS. El CIS no es cáncer, pero puede convertirse en cáncer.
Estadio I	Este estadio es un cáncer que no ha crecido profundamente en los tejidos adyacentes. Además, no se ha diseminado a los ganglios linfáticos ni a otras partes del cuerpo. A menudo se le denomina cáncer en estadio temprano.
Estadio II y Estadio III	estos 2 estadios son cánceres que han crecido más profundamente en los tejidos adyacentes. También es posible que se hayan diseminado a los ganglios linfáticos, pero no a otras partes del cuerpo.
Estadio IV	El cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo. También se le puede denominar cáncer avanzado o metastásico.

2.2.3. Quimioterapia.

La quimioterapia es un tipo de tratamiento del cáncer que usa fármacos para destruir células cancerosas, deteniendo o haciendo más lento el crecimiento de las células (27).

La quimioterapia se usa para:

Tratamiento del cáncer.

La quimioterapia depende del tipo de cáncer y de cuánto se haya diseminado. A veces, el objetivo del tratamiento es destruir todo el cáncer y evitar que vuelva a

aparecer. Si esto no es posible, la quimioterapia puede retrasar o ralentizar el crecimiento del cáncer (27).

Alivio de los síntomas del cáncer.

La quimioterapia puede usarse para encoger los tumores que causan dolor y otros problemas.(27)

Tipos de Quimioterapia.

Según cuándo y con qué finalidad se administre la quimioterapia respecto a las otras modalidades terapéuticas del cáncer, ésta se clasifica en:

-Quimioterapia adyuvante: Es la quimioterapia que se administra generalmente después de un tratamiento principal como es la cirugía, para disminuir la incidencia de diseminación a distancia del cáncer. La identificación de una población de pacientes que son candidatos a tratamiento adyuvante se basa en los datos disponibles sobre su riesgo de recurrencia tras un tratamiento local solo. Actualmente, la quimioterapia adyuvante se considera el estándar de tratamiento para muchos tipos de tumores, incluyendo el cáncer de mama o el cáncer de colon en estadios precoces (28).

-Quimioterapia neoadyuvante: Es la quimioterapia que se inicia antes de cualquier tratamiento quirúrgico o de radioterapia con la finalidad de evaluar la efectividad in vivo del tratamiento. La quimioterapia neoadyuvante disminuye el estadio tumoral pudiendo mejorar los resultados de la cirugía y de la radioterapia y en algunas ocasiones la respuesta obtenida al llegar a la cirugía, es factor pronóstico. La quimioterapia neoadyuvante se utiliza en el tratamiento del cáncer de canal anal, vejiga, mama, esófago, laringe, cáncer de pulmón no microcítico y sarcoma óseo (28).

-Quimioterapia de inducción o conversión: la quimioterapia para enfermedad avanzada que se utiliza antes de cualquier otro tipo de tratamiento local, con intención de reducir la cantidad de enfermedad o lograr convertir la enfermedad

en operable, cuando inicialmente no lo era (por ejemplo, quimioterapia de conversión o inducción en cáncer de colon con enfermedad metastásica limitada al hígado, con metástasis irresecables de entrada, pero que se busca con la quimioterapia una reducción del tamaño y/o número de las metástasis para convertirlas en operables) (28).

-Quimioterapia paliativa: en tumores que no se vayan a intervenir quirúrgicamente por existir metástasis a distancia y cuando la finalidad del tratamiento no sea curativa (28).

Ciclos de quimioterapia.

El tratamiento de quimioterapia se administra en ciclos. Esto permite atacar las células cancerosas cuando son más vulnerables y dar tiempo a las células normales del cuerpo para recuperarse del daño sufrido (29).

La duración de un ciclo es variable, ya que puede durar unos días o varias semanas. Frecuentemente, la quimioterapia se administra de forma semanal o mensual. Del mismo modo, la duración de cada tratamiento de quimioterapia es ampliamente variable, pero generalmente comprenden de cuatro a seis ciclos (30).

En realidad, hay tres aspectos relacionados con el tiempo del ciclo: la duración del ciclo, la frecuencia del ciclo y el número de ciclos.

Duración del ciclo: El tratamiento de quimioterapia puede consistir en un solo fármaco o una combinación de ellos. Los fármacos pueden administrarse todos en un mismo día, en varios días consecutivos o de manera continua al paciente ambulatorio u hospitalizado. El tratamiento podría tardar minutos, horas o días, dependiendo del protocolo específico (29).

Frecuencia del ciclo: La quimioterapia puede repetirse en forma semanal, quincenal o mensual. Por lo general, un ciclo se define en intervalos de un mes. Por ejemplo, dos sesiones de quimioterapia quincenales pueden clasificarse como un ciclo (29).

Número de ciclos: En la mayoría de los casos, el número de ciclos, o la duración de la quimioterapia de principio a fin, ha sido determinado sobre la base de ensayos de investigación y ensayos clínicos (29).

Cómo se administra la quimioterapia

La quimioterapia puede darse de muchas formas. Algunas formas comunes son:

Oral

La quimioterapia se administra en tabletas, cápsulas o líquidos que se toman (27).

Intravenosa

La quimioterapia se administra en una vena (27).

Inyección

La quimioterapia se da por una inyección en un músculo de su brazo, de su muslo o cadera, o directamente bajo la piel en la parte grasa de su brazo, de su pierna o vientre (27).

Intratecal

La quimioterapia se inyecta en el espacio entre las capas de tejido que cubren el cerebro y la médula espinal (27).

Intraperitoneal

La quimioterapia va directamente en la cavidad peritoneal, la cual es el área de su cuerpo que contiene los órganos como sus intestinos, su estómago e hígado (27).

Intraarterial

La quimioterapia se inyecta directamente en la arteria que va al cáncer (27).

Tópica

La quimioterapia tiene presentación de crema que usted aplica a su piel (27).

La quimioterapia se da con frecuencia por medio de una aguja delgada que se inserta en una vena de su mano o de su brazo. Su enfermera insertará la aguja al principio de cada tratamiento y la quitará cuando termine el tratamiento. La quimioterapia intravenosa puede darse también por medio de catéteres o puertos, algunas veces con la ayuda de una bomba (27).

Catéter

Un catéter es un tubo blando, delgado. Un doctor o una enfermera coloca un extremo del catéter en una vena grande, con frecuencia en el área de su pecho. El otro extremo del catéter se queda afuera del cuerpo. La mayoría de los catéteres se dejan en el lugar hasta que usted haya terminado los tratamientos de quimioterapia. Los catéteres pueden usarse también para otros fármacos y para sacar sangre. Asegúrese de vigilar los signos de infección alrededor de su catéter. Vea la sección sobre infecciones para más información (27).

Puerto

Un puerto es un disco pequeño que se coloca bajo su piel por una cirugía menor. Un cirujano lo coloca antes de que usted empiece su curso de tratamiento y se deja allí hasta que haya terminado. Un catéter conecta el puerto a una vena grande, de ordinario en el pecho. Su enfermera puede insertar una aguja en su puerto para administrarle quimioterapia o para sacar sangre. Esta aguja puede dejarse en el lugar para tratamientos de quimioterapia que se dan por más de un día. Asegúrese de vigilar los signos de infección alrededor de su puerto. Vea la sección sobre infecciones para más información (27).

Bomba

Con frecuencia se conectan bombas a los catéteres o puertos. Estas controlan la cantidad de quimioterapia que entra en el catéter o puerto y la rapidez, y le permite recibir la quimioterapia fuera del hospital. Las bombas pueden ser internas o externas. Las bombas externas se quedan fuera de su cuerpo. Las bombas internas se colocan bajo su piel con una operación (27).

Efectos secundarios de la quimioterapia

La quimioterapia no solo destruye las células cancerosas que crecen con rapidez, sino también destruye o hace lento el crecimiento de células sanas. Un ejemplo de esto son las células que revisten la boca e intestinos y las que hacen que crezca el cabello. El daño a las células sanas puede causar efectos secundarios, como llagas en la boca, náuseas y caída del pelo. Los efectos

secundarios con frecuencia mejoran o desaparecen después de que haya terminado la quimioterapia (27).

Los efectos secundarios más frecuentes son:

Cansancio

Caída del cabello

Tendencia a presentar fácilmente moretones y sangrados

Infección

Anemia (recuentos bajos de glóbulos rojos)

Náuseas y vómitos

Cambios en el apetito

Estreñimiento

Diarrea

Problemas en boca, lengua y garganta como úlceras (llagas) y dolor al tragar

Problemas en músculos y nervios como entumecimiento, hormigueo y dolor

Cambios en la piel y las uñas, como sequedad y cambio de color

Cambios urinarios y problemas renales

Cambios en el peso

Efecto del quimiocerebro que puede afectar la capacidad para concentrarse y enfocarse

Cambios en el estado de ánimo

Cambios en el deseo y la función sexual

Problemas de fertilidad (31).

2.2.4. Escala funcional de Karnofsky

La escala de Karnofsky fue desarrollada por Karnofsky y Burchenal en 1948 para evaluar los efectos de la quimioterapia. Consta de 11 categorías numeradas en porcentaje de 0 a 100, utiliza información en base a la capacidad del paciente para realizar actividades en su domicilio y trabajo, la severidad de los síntomas y la necesidad de cuidados médicos personales, Esta escala ha sido validada internacionalmente y es probablemente la medida de la capacidad funcional más

utilizada en oncología y Cuidados Paliativos, también se ha utilizado para la predicción de la supervivencia, por la correlación que existe entre el descenso del índice de Karnofsky y la disminución del tiempo de supervivencia, aunque esta correlación se pierde para valores mayores de 60% del Índice (32).

Los objetivos de la escala de valoración funcional de Karnofsky permite conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas.

Es un elemento predictor independiente de mortalidad, tanto en patologías oncológicas y no oncológicas.

Sirve para la toma de decisiones clínicas, hospitalariamente y valorar el impacto de un tratamiento y el pronóstico de la enfermedad de los pacientes.

Un Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes (33).

- 100 - Actividad normal. Sin evidencia
- 90 - Actividad normal. signos y síntomas leves de enfermedad
- 80 -Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad
- 70 - Cuida de sí mismo, pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal
- 60 - Necesita ayuda ocasional de otros, pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades
- 50 - Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes
- 40 - Incapacitado. Requiere cuidados especiales
- 30 - Severamente incapacitado. Indicación de hospitalización, aunque no hay indicios de muerte inminente
- 20 - Gravemente enfermo. Necesita asistencia activa de soporte
- 10 -moribundo
- 0 - Fallecido

Un Karnofsky de 70 es un signo pronóstico favorable de supervivencia en gliomas malignos (33).

Se han identificado factores sociodemográficos (edad, educación, nivel económico, estado civil) o médicos (estadio de la enfermedad, tipo de tratamiento) como predictores de calidad de vida en pacientes con cáncer

2.2.5. Escala de duke-unc-11

El cuestionario Duke-UNC-11 es una de las herramientas frecuentemente utilizadas en la investigación internacional para evaluar el apoyo social percibido, debido a su sencillez, brevedad y multidimensionalidad (9).

Evalúa el AS confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el AS afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía). La escala de respuestas es la de Likert con puntuaciones del 1 al 5.

El apoyo social es un proceso interactivo en el cual el individuo obtiene ayuda emocional que es relevante para la salud y el bienestar e influye de forma positiva a satisfacer las necesidades humanas básicas de seguridad, contacto social, pertenencia, estima y afecto (34).

El apoyo social también cuenta con una dimensión funcional donde se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo, es decir se refiere a la calidad del apoyo social existente y en este sentido se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste (apoyo percibido vs. apoyo recibido) y el que se refiere a los diferentes tipos de apoyo (instrumental, informativo y socioemocional), así como al grado de satisfacción con éste (35).

La mayor percepción de apoyo social relacionada con mejor calidad de vida en su dimensión física y mental, durante el tratamiento del cáncer. La percepción de apoyo social favorece estrategias activas de afrontamiento ante la enfermedad oncológica, menor sentimiento de desesperanza, actitud fatalista y resignación. Las dimensiones de calidad de vida relacionan con la salud influyen más que las respuestas de afrontamiento en la percepción de apoyo social, durante el tratamiento oncológico (36).

Las redes de apoyo social juegan un importante papel en el bienestar de los cuidadores, protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento. La familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el enfermo crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacándose el papel de la cuidadora primaria, quien aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional (36).

2.2.6. Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) es un instrumento autoadministrable para pacientes ambulatorios cuyo comportamiento difiere según la población clínica a la que se aplica (37).

Los pacientes oncológicos presentan en su gran mayoría una sintomatología ansiosa y depresiva es parte de los principales problemas de salud mental en pacientes oncológicos, lo cual afecta la calidad de vida y la adhesión al tratamiento, además de que se asocia con mayor número de síntomas y estancia hospitalaria (38).

Es una herramienta autoaplicada que está conformada por 14 preguntas que pueden ser utilizadas en diferentes medios hospitalarios o en atención primaria. Es un instrumento que considera dimensiones cognitivas y afectivas, que omite aspectos somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) y así evita atribuirlos a la enfermedad (38).

La HADS está compuesta por dos subescalas: Depresión y Ansiedad, cada una con siete ítems. La puntuación de cada subescala puede variar entre 0 y 21, ya que cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta, que van desde ausencia/mínima presencia = 0, hasta máxima presencia = 3. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, habrá mayor intensidad o gravedad de los síntomas. Además, el periodo en el que se examina al paciente corresponde a los últimos siete días (39).

2.3 Marco legal

Artículo 32.- La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros sustenten el buen vivir (40).

El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión 41 programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución, bioética, con enfoque de género y generacional. En la sección cuarta acerca de mujeres embarazadas (40).

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia (41).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional(41).

Artículo 43.- El estado garantizara a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativos, social y laboral. 2. La gratuidad de los servicios de salud materna. 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el

embarazo, parto y postparto. 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia (40).

2.3.1. Ley orgánica de la salud

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético (41).

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional (41).

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (41).

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información (41).

5-A.- Dictar, regular y controlar la correcta aplicación de la normativa para la atención de patologías consideradas como enfermedades catastróficas, así

como, dirigir la efectiva aplicación de los programas de atención de las mismas (41).

Art. 13.- Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general (41).

Art. 14.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental (41).

2.3.2 De las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas

Artículo... (1)- El Estado ecuatoriano reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas; y, a través de la autoridad sanitaria nacional, implementará las acciones necesarias para la atención en salud de las y los enfermos que las padezcan, con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida, bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y calidez; y, estándares de calidad, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación. Las personas que sufran estas enfermedades serán consideradas en condiciones de doble vulnerabilidad (42).

Artículo... (2)- Son obligaciones de la autoridad sanitaria nacional; Emitir protocolos para la atención de estas enfermedades, con la participación de las sociedades científicas, las mismas que establecerán las directrices, criterios y procedimientos de diagnóstico y tratamiento de las y los pacientes que padezcan enfermedades raras o huérfanas; Promover, coordinar y desarrollar, conjuntamente con organismos especializados nacionales e internacionales

públicos y privados, investigaciones para el estudio de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas con la finalidad de favorecer diagnósticos y tratamientos tempranos en pro de una mejor calidad y expectativa de vida; En aquellos casos en los que al Sistema Nacional de Salud le resulte imposible emitir el diagnóstico definitivo de una enfermedad, la autoridad sanitaria nacional implementará todas las acciones para que estos casos sean investigados en instituciones internacionales de la salud con la finalidad de obtener el diagnóstico y tratamiento correspondiente (42).

Controlar y regular, en coordinación con los organismos competentes, a las compañías de seguros y prestadoras de servicios de medicina pre pagada en lo referente a la oferta de coberturas para enfermedades rara o huérfanas (42).

Las compañías de seguros y las empresas privadas de salud y medicina pre pagada, en el marco de las políticas definidas por la autoridad sanitaria nacional y de la presente Ley, estarán obligadas a cumplir las coberturas comprometidas en los respectivos contratos de seguro sin que puedan negar dicha cobertura a pretexto del apareamiento posterior de enfermedades consideradas catastróficas y raras o huérfanas. Controlar que los prestadores de servicios de salud mantengan la búsqueda activa de casos relacionados con las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas, de conformidad con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica que incluya el registro de los pacientes que sufran este tipo de enfermedades. Implementar las medidas necesarias que faciliten y permitan la adquisición de medicamentos e insumos especiales para el cuidado de enfermedades consideradas raras o huérfanas en forma oportuna, permanente y gratuita para la atención de las personas que padecen enfermedades raras o huérfanas. Establecer, en forma conjunta con las organizaciones de pacientes y científicas, acciones para divulgar y promover el conocimiento de las enfermedades raras y huérfanas (42).

Artículo... (3).- La autoridad sanitaria nacional creará e implementará un sistema de registro e información de pacientes que padezcan enfermedades raras o huérfanas y requerirá los reportes que en forma obligatoria deberán remitir todas

las instituciones prestadoras de servicios de salud de los sectores públicos y privados respecto de los pacientes que sean diagnosticados o aquellos en los cuales no se pudiere emitir el diagnóstico definitivo. El organismo encargado de la política migratoria y las instituciones diplomáticas coordinarán con la autoridad sanitaria nacional y con el ministerio encargado de la inclusión económica y social, la implementación del registro de personas residentes en el extranjero que padezcan enfermedades raras o huérfanas, a fin de brindar atención oportuna en el país de residencia y de ser el caso en el territorio nacional (42).

Artículo... (4).- La autoridad sanitaria nacional promoverá acciones destinadas a la capacitación, a nivel de pregrado, postgrado y la educación permanente, para todo el personal y profesionales de la salud, a fin de divulgar el conocimiento científico de las enfermedades raras o huérfanas (42).

Artículo... (5).- La Autoridad Sanitaria nacional regulará la producción e importación de medicamentos e insumos especiales para tratar enfermedades consideradas raras o huérfanas; y, procurará a través de la normativa que expida para el efecto, la provisión suficiente y necesaria de tales medicamentos para los pacientes según sus necesidades (42).

La Autoridad Sanitaria nacional promoverá los mecanismos que permitan a las y los pacientes que sufran estas enfermedades, el acceso a los medicamentos e insumos especiales para su tratamiento" (42).

Art. 3.- Inclúyase en el artículo 144, luego de las palabras: "especializados no disponibles en el país,", las palabras: "para personas que sufran de enfermedades catastróficas, raras o huérfanas," (42).

Art. 4.- En el artículo 259, luego de la definición de: "Donante", agréguese las siguientes definiciones: "Enfermedad Catastrófica. - Es aquella que cumple con las siguientes características: Que implique un alto riesgo para la vida de la persona; Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente; y, Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio

de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria." Enfermedades Raras y Huérfanas: Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad (42).

Capítulo III

3. Diseño de la investigación

Materiales y Métodos.

3.1. Tipo De Estudio

Nivel. Descriptivo

Métodos. Cuantitativo

3.2. Diseño

Según el Tiempo. Prospectivo

Según la secuencia de los datos. Transversal

3.3. Población y Muestra.

127 pacientes ingresados en el área de oncología con tratamiento de quimioterapia

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

Para seleccionar los sujetos de estudio se tuvo en cuenta las siguientes características de los pacientes.

Pacientes mayores de 18 años

Pacientes menores de 75 años

Pacientes que acepten de forma voluntaria participar en el estudio

Exclusión:

Para el siguiente estudio se determinaron los siguientes criterios de exclusión

Pacientes menores de 18 años.

Pacientes mayores de 75 años

Pacientes que no acepten voluntariamente participar en el estudio o contestar las preguntas desarrollada en el instrumento.

3.4. Procedimientos para la recolección de la información.

Técnica: Encuesta/Observación indirecta

Instrumento: Se realizó la recolección de los datos en la población de estudio mediante la aplicación del cuestionario de Karnofsky, Duke y de HADS.

Se le explico al paciente seleccionado el objetivo y la utilidad de la investigación y se le solicito la firma del consentimiento informado explicándole las implicaciones éticas del mismo.

3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Se lo realizara mediante el SPSS y Microsoft Excel, y se lo representara mediante la estadística descriptiva.

3.6. Variables generales operacionalización.

Variable general. Análisis del cuidado integral en paciente con tratamiento de quimioterapia.

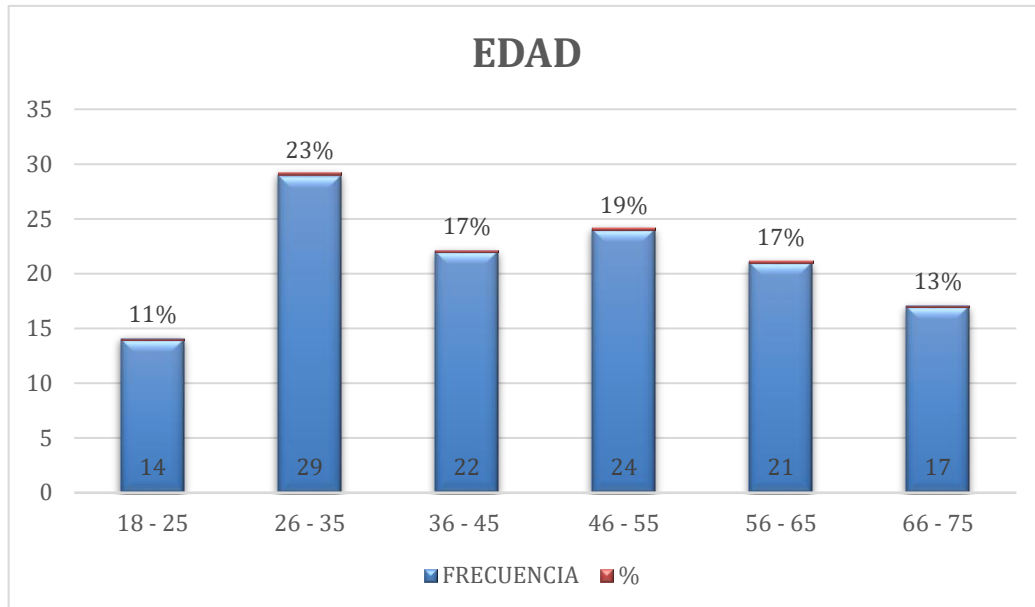
Dimensiones	Indicador	Escala
Características sociodemográficas	Edad	18 – 25 años
		26 – 35 años
		36 – 45 años
		46 – 55 años
		56 – 65 años
		66 – 75 años
		Sexo
	Femenino	
Raza	Mestizo	
	Blanco	
	Afrodescendiente	
	otras	
Residencia	Rural	
	Urbana	
Nivel de educación	Sin estudios	
	Primaria	
	Secundaria	
	Tercer nivel	
	Otros.	
Tipo de cáncer	cáncer mama	
	cáncer pulmón	
	cáncer de próstata	
	cáncer de útero	
	otros	

	Estadio del cáncer	I II III IV
	Ciclo de quimioterapia	Primer ciclo Segundo ciclo Tercer ciclo Cuarto ciclo Quinto ciclo Sexto ciclo
Estado Funcional	Calidad de vida	Capacidad de realizar las actividades cotidianas: La puntuación oscila entre 0 a 100; donde a mayor grado mayor calidad de vida.
Apoyo social	Bienestar subjetivo del paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mucho menos de lo que deseo. 2. Menos de lo que deseo 3. Ni mucho ni poco 4. Casi como deseo. 5. Tanto como deseo.
Ansiedad y depresión	Malestar emocional	La puntuación oscila entre 0 – 21 ya que cada ítem presenta 4 opciones de respuestas que van desde: ausencia/ mínima presencia=0, hasta máxima presencia = 3.

3.7. Presentación y análisis de resultados

Figura No. 1

Distribución porcentual de la edad de pacientes ingresados en el área de oncología



Nota: Datos recolectados mediante encuestas a los pacientes del área de oncología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo; realizadas por las autoras del proyecto de investigación.

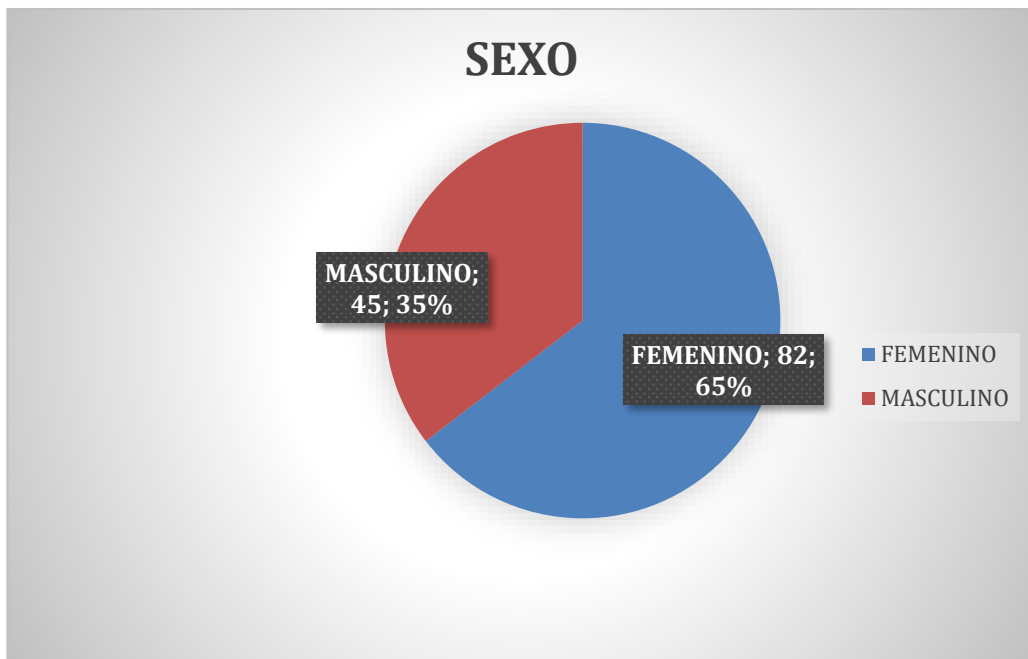
Media $5822/127= 45,8$	Mediana $44+45= 89/2= 44,5$	Moda 54
----------------------------------	---------------------------------------	-------------------

Análisis e interpretación:

Según en el grafico podemos observar que en los pacientes ingresados en el área de oncología que reciben tratamiento de quimioterapia, predomina el rango de edad entre los 26 a 35 años representando un 23% de los encuestados. En comparación a las revisiones realizadas y a los datos estadísticos la mediana de edad en que se recibe un diagnóstico de cáncer es de 66 años, es decir la mitad se diagnostica a personas menores de 66 años y la otra mitad a mayores de 66 años.

FIGURA No. 2

Distribución porcentual del sexo de los pacientes ingresados en el área de oncología



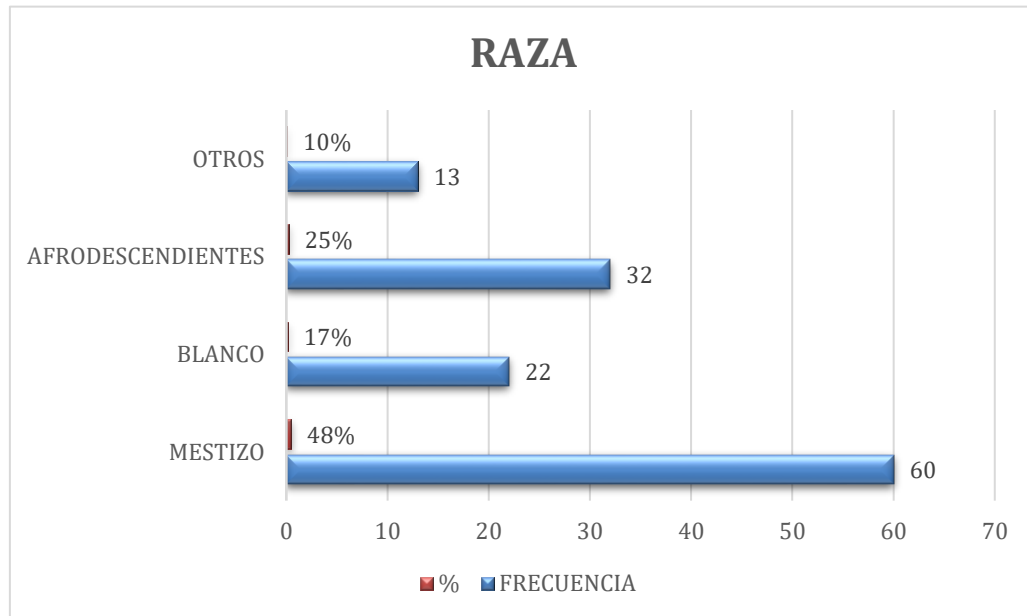
Nota: Datos recolectados mediante encuestas a los pacientes del área de oncología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo; realizadas por las autoras del proyecto de investigación.

Análisis e interpretación:

De acuerdo a las encuestas realizadas podemos observar que los pacientes ingresados en el área de oncología que reciben tratamiento de quimioterapia, el sexo femenino predomina con un 65% y el masculino con un 35%. Es importante manifestar que la mayoría de pacientes que participaron en este estudio son mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. En relación a lo investigado, se puede evidenciar que el sexo masculino recibe mayor pronóstico de cáncer debido a la pérdida de ciertos genes en el cromosoma Y, en el cual aumenta la posibilidad de tener cáncer.

FIGURA No. 3

Distribución porcentual de raza en pacientes ingresados en el área de oncología



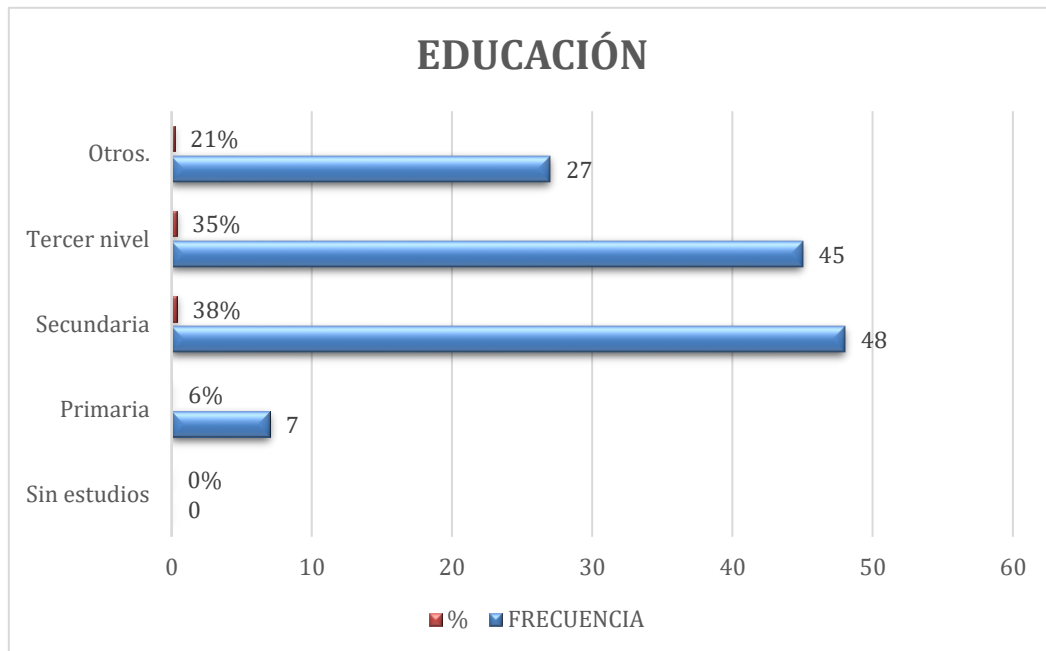
Nota: Datos recolectados mediante encuestas a los pacientes del área de oncología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo; realizadas por las autoras del proyecto de investigación.

Análisis e interpretación:

Según el gráfico podemos observar que en los pacientes ingresados en el área de oncología que reciben tratamiento de quimioterapia, la raza que predomina es la mestiza con un 48% seguido de los afrodescendientes con un porcentaje de 25 % de los encuestados. Hay que tomar en cuenta que la diversidad en el país hace que el grupo mestizo se presente en mayor proporción. De acuerdo a los datos revisados se puede evidenciar que la raza afroamericana tiene mayor probabilidad de padecer cáncer.

FIGURA No. 4

Distribución porcentual de educación en pacientes ingresados en el área de oncología



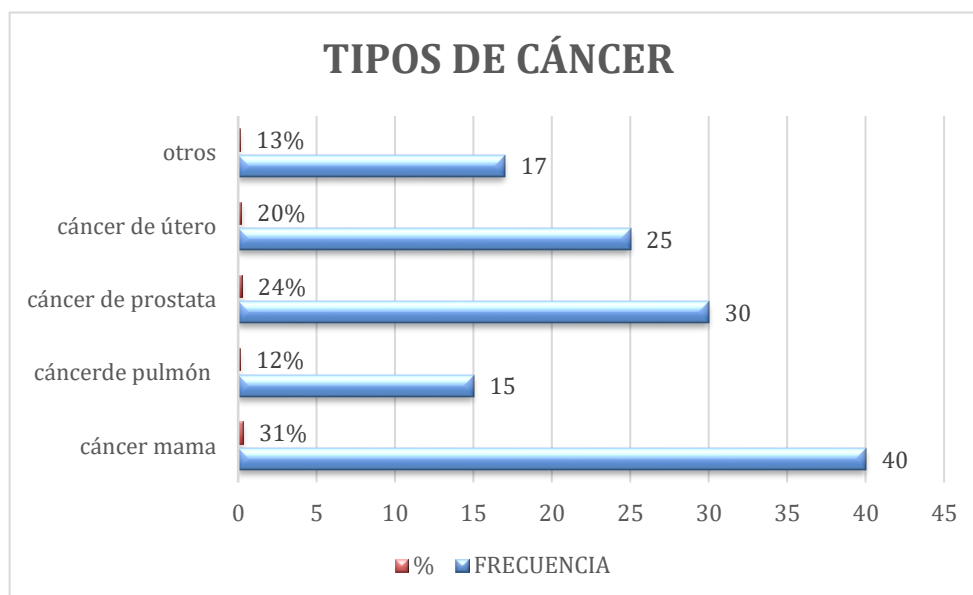
Nota: Datos recolectados mediante encuestas a los pacientes del área de oncología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo; realizadas por las autoras del proyecto de investigación.

Análisis e interpretación:

En esta grafica podemos evidenciar el nivel de escolaridad de los pacientes que están ingresados en el área de oncología que reciben tratamiento de quimioterapia, predomina el 38% de los pacientes que ha culminado su etapa de secundaria, seguido con el 35% que ha culminado su tercer nivel de educación. Solo el 6% ha terminado la primaria debido a que se encuentran en zonas rurales y se dedican a la agricultura desde muy temprana edad.

FIGURA No. 5

Distribución porcentual de tipos de cáncer de los pacientes ingresados en el área de oncología



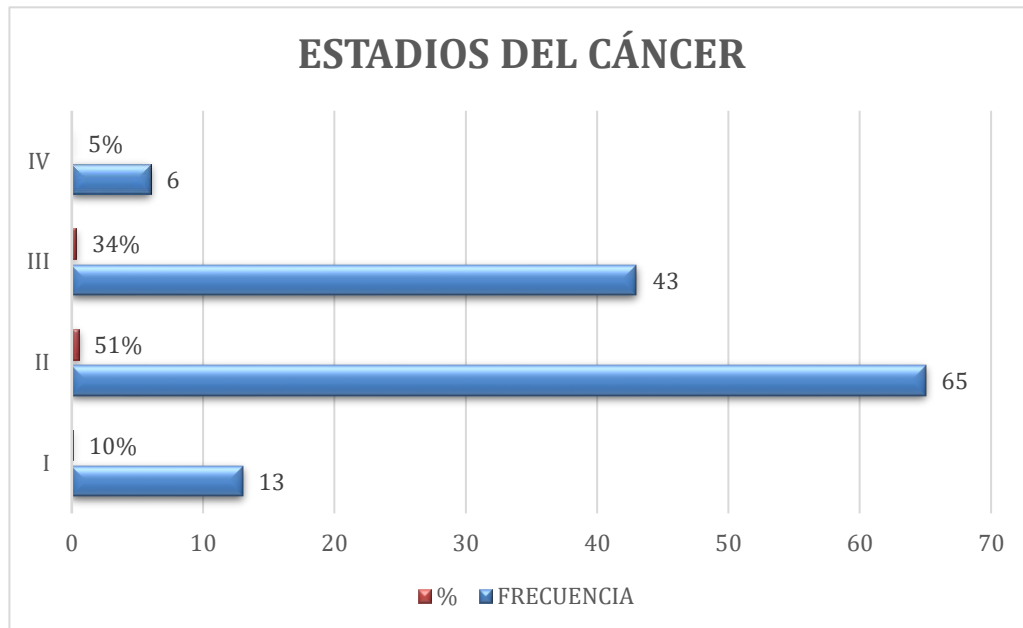
Nota: Datos recolectados mediante encuestas a los pacientes del área de oncología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo; realizadas por las autoras del proyecto de investigación.

Análisis e interpretación:

De acuerdo a los datos recolectados podemos observar que el tipo de cáncer que predomina es el cáncer de mama con un 31% seguido de cáncer de próstata con un 24%. Se debe tomar en cuenta que los tipos de cáncer más frecuente varían en función del país. Según la OMS los tipos de cáncer más comunes de acuerdo a su incidencia son: cáncer de mama, pulmón, próstata, colorrectal, piel y gástrico.

FIGURA No. 6

Distribución porcentual de los estadios del cáncer de pacientes ingresados en el área de oncología



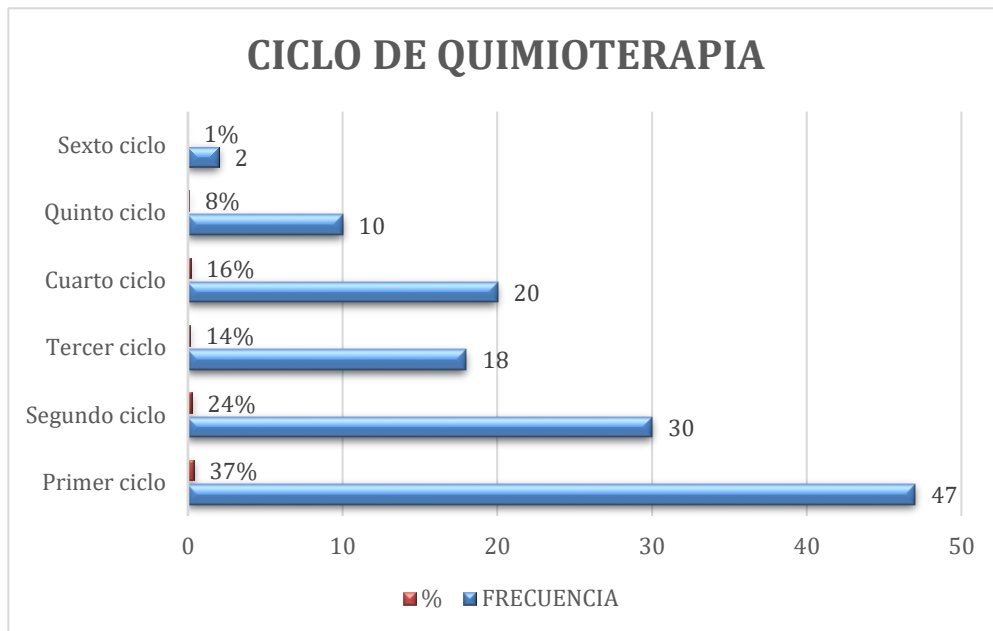
Nota: Datos recolectados mediante encuestas a los pacientes del área de oncología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo; realizadas por las autoras del proyecto de investigación.

Análisis e interpretación:

Según al cuadro estadístico podemos observar que los pacientes ingresados en el área de oncología que reciben tratamiento de quimioterapia, el estadio de cáncer que predomina es el estadio II con un 51%, seguido del estadio III con un 34% de los encuestados. De acuerdo a la investigación realizada, el estadio del cáncer va a depender de la ubicación del tumor, el tipo de células, el tamaño del tumor, el grado del tumor, si se ha diseminado a los ganglios o a una parte del cuerpo.

FIGURA No. 7

Distribución porcentual del ciclo de quimioterapia de pacientes ingresados en el área de oncología



Nota: Datos recolectados mediante encuestas a los pacientes del área de oncología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo; realizadas por las autoras del proyecto de investigación.

Análisis e interpretación:

Según la figura podemos observar que los pacientes ingresados en el área de oncología que recibe tratamiento de quimioterapia, el ciclo de quimioterapia que predomina es el primer ciclo con un 37% y el segundo ciclo con un 24% de los encuestados. Acorde a la investigación realizada, la quimioterapia se distribuye de forma sistémica, y actúa tanto localmente como en todas las zonas del organismo, y puede destruir células malignas que estén a distancia. El ciclo se define en intervalo semanal, mensual o quincenal.

TABLA No. 1*Escala de Karnofsky*

CATEGORÍAS GENERALES	GRADO	ACTIVIDAD	F	%
Capaz de realizar actividades normales, no requiere cuidados especiales	100	Actividad normal. Sin evidencia	4	3%
	90	Actividad normal. Signos y síntomas leves de enfermedad	9	7%
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad	11	8%
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda variable	70	Cuida de sí mismo, pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal	8	6%
	60	Necesita ayuda ocasional de otros, pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades	6	5%
	50	Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes	14	11%
Incapaz de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de enfermedad	40	Incapacitado. Requiere cuidados especiales	30	24%
	30	Severamente incapacitado. Indicación de hospitalización, aunque no hay indicios de muerte inminente	22	18%
	20	Gravemente enfermo. Necesita asistencia activa de soporte	17	13%
	10	Moribundo	6	5%
	0	Fallecido	0	0%

Nota: Datos recolectados mediante encuestas a los pacientes del área de oncología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo; realizadas por las autoras del proyecto de investigación.

Análisis e interpretación:

De acuerdo a la encuesta realizada se pudo evidenciar que el 24% y 18% de los pacientes se encuentra en la categoría de: Incapaz de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de enfermedad.

FIGURA No. 8

Distribución porcentual Escala de Karnofsky



Nota: Datos recolectados mediante encuestas a los pacientes del área de oncología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo; realizadas por las autoras del proyecto de investigación.

Análisis e interpretación

El gráfico representa la escala de actividad de KARNOFSKY, en la que se valora las actividades que el paciente oncológico puede realizar, observamos que cada paciente se encuentra en una etapa distinta. De los 127 pacientes 24% se encuentra en la escala 40 y el 18% en la escala 30 de la categoría: Incapaz de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de enfermedad, es decir son personas que no pueden valerse por sí misma que necesitan de ayuda y atenciones especiales debido a que se encuentran encamado más del 50% del día.

TABLA No. 2*Escala Duke*

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares	8 6%	32 25%	26 20%	14 11%	48 38%
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	15 12%	34 27%	15 12%	10 8%	53 41%
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	6 5%	27 21%	28 22%	22 17%	44 35%
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	25 20%	23 18%	36 28%	28 22%	15 12%
5.- Recibo amor y afecto	29 23%	31 24%	22 17%	35 28%	10 8%
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	28 22%	15 12%	26 20%	40 32%	18 14%
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	29 23%	31 24%	17 14%	36 29%	14 11%
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	39 31%	15 12%	19 15%	37 29%	17 13%
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	38 30%	37 29%	12 9%	16 13%	24 19%
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	15 12%	20 16%	36 28%	26 20%	30 24%
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	7 5%	11 9%	22 17%	33 26%	54 43%

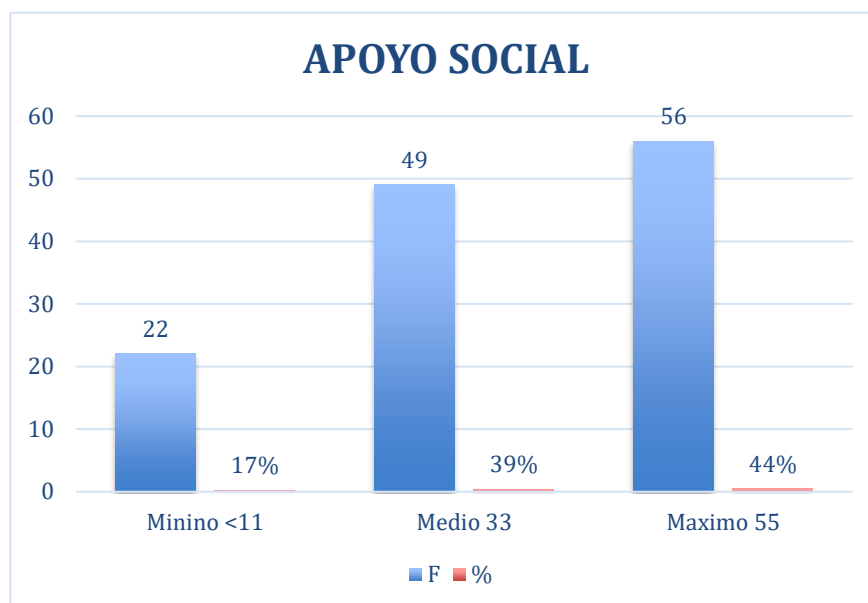
Nota: Datos recolectados mediante encuestas a los pacientes del área de oncología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo; realizadas por las autoras del proyecto de investigación.

Análisis e interpretación:

De acuerdo a los porcentajes presentados de esta tabla podemos diferenciar el nivel de apoyo que reciben los pacientes en el área de oncología del hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo y se puede evidenciar que el 44% pacientes encuestados reciben un máximo nivel de apoyo social. El cuestionario Duke-UNC-11 es una de las herramientas frecuentemente utilizadas en la investigación internacional para evaluar el apoyo social percibido, debido a su sencillez, brevedad y multidimensionalidad.

FIGURA No. 9

Distribución porcentual Escala de Duke



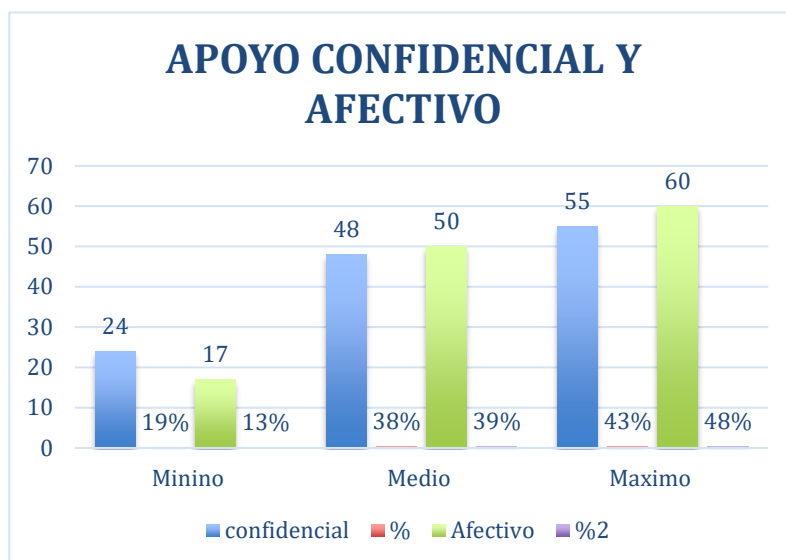
Nota: Datos recolectados mediante encuestas a los pacientes del área de oncología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo; realizadas por las autoras del proyecto de investigación.

Análisis e interpretación:

En el gráfico podemos observar que el nivel de apoyo social máximo es de 44% (56), porque gran mayoría de los encuestados recibe ayuda relacionados con asuntos de su casa, tienen personas que se preocupan de lo sucedido, reciben distracciones para salir con otras personas, hablan con otras personas de sus problemas personales y familiares, cuando están enfermos en la cama reciben ayuda de sus familiares. Por otro lado, podemos observar que el nivel de apoyo social medio es de 39% (49) porque no reciben visitas, tampoco reconocimientos al realizar bien un trabajo, reciben poco cariño y afecto, no tienen la posibilidad de hablar con otras personas de sus molestias laborales o en la casa y tampoco hablar sobre sus problemas económicos, por último, no reciben consejos útiles cuando ocurre algo importante en su vida. Y, por último, el nivel de apoyo social mínimo es de 17% (22) se debe a las personas que no tienen apoyo por parte de la familia. El cuestionario de Duke es un reflejo del apoyo percibido por el paciente tanto el confidencial como el afectivo.

FIGURA No. 10

Distribución porcentual Escala de Duke



Nota: Datos recolectados mediante encuestas a los pacientes del área de oncología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo; realizadas por las autoras del proyecto de investigación.

Análisis e interpretación:

Podemos observar que en el apoyo confidencial un 43%(55) tienen un nivel de apoyo confidencial máximo, porque cuentan con otras personas preocupadas por lo que sucede y tienen la facilidad de platicar sobre sus situaciones personales y familiares, mientras que 38%(48) tienen un nivel de apoyo confidencial medio porque no reciben visitas de amigos y familiares, tampoco tienen la facilidad de platicar con alguien de sus situaciones económicas, sin recibir consejos adecuados cuando les ocurre algo importante en su vida. Por otro lado, el 19% (24) refieren un nivel de apoyo confidencial mínimo ya que no tienen la facilidad de platicar sobre sus situaciones económicas. Podemos observar que en el apoyo afectivo un 48% (60) reciben un nivel de apoyo afectivo máximo porque la mayoría de personas reciben amor y afecto, tienen ayuda cuando están postrados en la cama. Por otro lado, el nivel de apoyo afectivo medio es de 39% (50) porque no reciben ayuda relacionados con asuntos de su casa, tampoco reciben elogios y reconocimientos cuando hacen bien su trabajo

y sobre todo no les invitan para distraerse y salir con otras personas. El nivel de apoyo afectivo mínimo es de 13% (17) porque son muy pocas las personas que tienen ayuda vinculados con respecto a su casa y algunas personas reciben elogios y reconocimientos cuando hacen bien su trabajo.

TABLA No. 3*Escala de HADS*

Instrucciones para el paciente: A continuación, leerá unas frases que pueden describir cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada frase y encierre la respuesta que coincida mejor con cómo se ha sentido usted en la última semana. No hay respuesta ni buenas, ni malas. No es necesario que piense tanto cada respuesta.	Siempre	A menudo		Raras veces		Nunca		
	3	2	1	0	3	2	1	0
A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:	57	45%	43	34%	20	16%	7	5%
A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:	33	26%	22	17%	40	31%	32	25%
A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:	50	39%	37	29%	19	15%	22	17%
A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:	90	71%	25	20%	12	9%	0	0%
A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:	29	23%	32	25%	28	22%	38	30%
A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:	10	8%	32	25%	12	9%	73	58%
A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:	19	15%	34	27%	34	27%	40	31%
D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:	77	61%	23	18%	15	12%	12	9%
D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:	39	31%	48	38%	34	27%	6	4%
D.3. Me siento alegre:	43	34%	31	24%	29	23%	24	19%
D.4. Me siento lento/a y torpe:	69	54%	43	33%	13	10%	4	3%
D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal	87	69%	19	15%	12	9%	9	7%
D.6. Espero las cosas con ilusión:	25	20%	52	41%	37	29%	13	10%
D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:	82	65%	30	23%	15	12%	0	0%

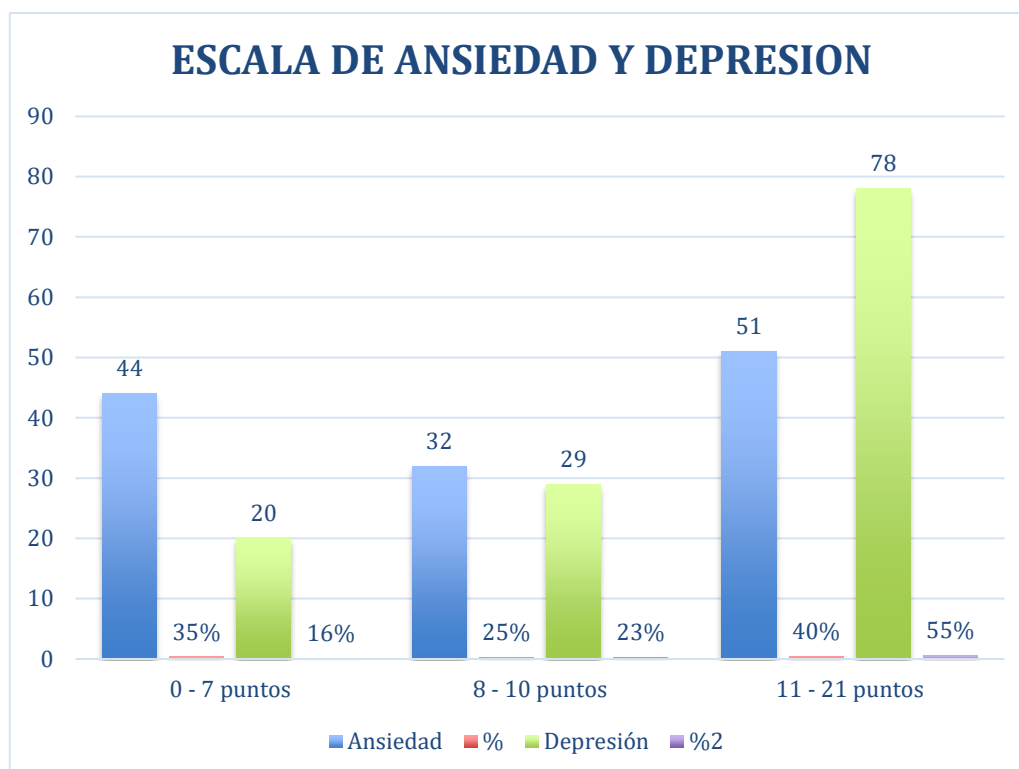
Nota: Datos recolectados mediante encuestas a los pacientes del área de oncología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo; realizadas por las autoras del proyecto de investigación.

Análisis e interpretación:

Acorde a la tabla presentada se puede observar que el 40% de los pacientes encuestados tiene una máxima presencia de ansiedad y el 55% de los pacientes encuestados tiene una máxima presencia de depresión. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) es un instrumento autoadministrable para pacientes ambulatorios cuyo comportamiento difiere según la población clínica a la que se aplica.

FIGURA No. 11

Distribución porcentual Escala de HADS



Nota: Datos recolectados mediante encuestas a los pacientes del área de oncología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo; realizadas por las autoras del proyecto de investigación.

Análisis e interpretación:

Acorde al grafico se observa que el cuestionario Hads – ansiedad, el 35% (44) se encuentran en el rango normal, 25% (32) en estado probable y 40% (51) con ansiedad.

Mientras que en el cuestionario Hads – depresión podemos observar que el 16% (20) se encuentran en el rango normal, 23% (29) en estado probable y 55% (78) con depresión.

El identificar y tratar adecuadamente estos trastornos a nivel primario nos ayuda mejorar la calidad de vida del paciente. El cuestionario de Hads es un instrumento de autoevaluación más usado para detectar malestar emocional (ansiedad y depresión) en poblaciones con enfermedad física.

Discusión

Mediante la revisión de artículos anteriores y en comparación con el presente estudio.

El cuidado integral se ha ido transformando en una importante medida de impacto en los pacientes con tratamiento de quimioterapia, los estudios del cuidado integral son un reto debido a su eminente carácter subjetivo. En este mismo sentido, tanto hombres y mujeres tienen diferentes necesidades psicológicas de acuerdo a su edad.

En distintos estudios, se encontraron diferentes estadísticas según los grupos de edad. En un estudio de Jose Amado – Tinedo (8) en los que se incluyeron 152 pacientes en un rango de edad de 18 a 85 años, siendo la edad predominante 66/76 años. En el estudio realizado por Mariana I. Herrera-Guerrero, Armando Torres Gómez, Silvia Allende Pérez, Ángel Herrera Gómez (11), (EFK). Incluyen 55 pacientes la media de edad era 63.91 ± 14.04 años. En nuestro estudio realizado de 127 pacientes el grupo etario predominante es de 26 a 35 años representando un 23% de la muestra.

Según el estudio realizado por Mónica Aguilar-Sizer, Sandra Lima-Castro (9). El apoyo social es sumamente relevante para la salud y el bienestar. El cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 y valorar su adecuación en el contexto ecuatoriano. La escala fue aplicada a una muestra de 535 personas donde se encontró que los datos se ajustan a la escala de dos factores de primer orden relacionado con las subescalas de apoyo confidencial y apoyo afectivo. Por otro lado, en el artículo realizado por Naranjo, Luz Viviana Grisales; Valencia, María Mercedes Arias (18). Se aplica la escala a 23 pacientes en los cuales resaltaron las necesidades emocionales, espirituales, sociales y afectivas como afectadas debido al estigma y la deshumanización del cuidado relacionado con la información y la comunicación que el personal retuvo con estas personas. En comparación a nuestro estudio podemos observar que el nivel de apoyo social máximo es de 44% (56), porque gran mayoría recibe ayuda relacionados con asuntos de su casa, Sin embargo, podemos observar que el nivel de apoyo

social medio es de 39% (49) porque no reciben visitas, tampoco reconocimientos al realizar bien un trabajo, reciben poco cariño y afecto, no tienen la posibilidad de hablar con otras personas de sus molestias laborales o en la casa, tampoco hablar sobre sus problemas económicos y no reciben consejos útiles cuando ocurre algo importante en su vida. Y, por último, el nivel de apoyo social mínimo es de 17% (22) se debe a las personas que no tienen apoyo por parte de la familia.

De acuerdo al estudio desarrollado por Mariana I. Herrera-Guerrero, Armando Torres Gómez, Silvia Allende Pérez, Ángel Herrera Gómez (12), el número de pacientes con supervivencia menor de 6 meses en correlación del estado funcional de Karnofsky (EFK). Se revisaron 144 expedientes de pacientes (n = 55), 23 eran varones y 32, mujeres; la media de edad era 63.91 ± 14.04 años; 14 pacientes presentaron un EFK del 60%. La admisión al SCP fue el día del diagnóstico en el 81.8%. La mediana de síntomas (ESAS) fue de 6. La mediana de supervivencia fue 24 días, y se observó una correlación estadísticamente significativa ($p = 0.001$) entre EFK y la supervivencia. El sitio más frecuente de la defunción fue el hogar (65.5%). En el estudio realizado por Ana González, Concepción Fernández (14), se realiza un estudio con 42 pacientes a los que se evaluó en dos ocasiones, al ingreso en la UHaD y al cabo de 1, 2, 3 ó 4 semanas. En las evaluaciones realizadas el índice de Karnofsky no cambia significativamente tras el ingreso en la Unidad. En comparación con la presente investigación la escala de actividad de KARNOFSKY, observamos que cada paciente se encuentra en una etapa distinta. El 24% se encuentra en la escala 40 y el 18% en la escala 30 de la categoría: Incapaz de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de enfermedad.

Un estudio desarrollado por López-Roig, S., Terol, M.C., Pastor, M.A., Neipp, M.C., Massutí, B, Rodríguez-Marín, J., Leyda, J.I., Martín-Aragón, M. y Sitges (13). Se ha entrevistado a 484 pacientes los resultados muestran buenos parámetros de fiabilidad. Los puntos de corte para considerar pacientes con

algún nivel de ansiedad y depresión son 9 y 4 respectivamente, con buenos parámetros de sensibilidad y especificidad. Las mujeres puntuaron más alto en ambas medidas. De acuerdo al estudio de Ana Milena Gaviria (16), se evaluó el afrontamiento de las emociones negativas en 28 pacientes de ambos géneros. En los cuales se observaron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión en los pacientes con cáncer. En comparación a lo investigado se observa que en el cuestionario Hads – ansiedad tenemos 35% (44) pacientes en el rango normal, 25% (32) en estado probable y 40% (51) con ansiedad. Y que el cuestionario Hads – depresión tenemos 16% (20) pacientes en el rango normal, 23% (29) en estado probable y 55% (78) con depresión. Siendo el sexo femenino quien predomina en ambas escalas tanto en la escala de ansiedad como la escala de depresión.

Conclusiones

- El presente trabajo está relacionado al Análisis del cuidado integral a pacientes con tratamiento de quimioterapia, ingresados en el área de oncología del hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo, año 2021.
- La evaluación del tratamiento de quimioterapia se ha centrado en el impacto que tiene la enfermedad y el tratamiento en la calidad de vida del paciente. Se elaboraron distintos instrumentos que consisten en cuestionarios los cuales nos ayudaron a conseguir la información necesaria para llevar a cabo este estudio, los cuestionarios que utilizamos son: escala de Karnofsky, escala de Duke y escala de HADS, los cuales nos permitieron valorar la calidad de vida, el nivel de apoyo social que reciben los pacientes y a identificar la ansiedad y depresión que puedan presentar. El estudio estuvo conformado por 127 personas entre hombres y mujeres en un rango de edad de 18 y 75 años, el sexo femenino predominó con un 65% de la muestra, principalmente entre los 26 a 35 años, el grupo de pacientes con mejor calidad de vida correspondió a un 47% debido que son pacientes que recién están iniciando sus estadios de quimioterapia y tienen todo el apoyo de su familia. Pudimos observar que los pacientes con estadios III y IV que han recibido varios ciclos de quimioterapia no cuentan con el apoyo social de su familia y no poseen una buena calidad de vida a diferencia del resto de los pacientes que están iniciando el tratamiento de quimioterapia. Los pacientes con mayor calidad de vida son pacientes que tienen una mejor educación de la patología y poseen mayor apoyo familiar y social, las entrevistas con los pacientes nos ayudaron a identificar a los grupos más vulnerables y a tomar las mejores decisiones en la atención brindada a estos pacientes con la finalidad de aportar una mejora en su cuidado integral y poder brindarles una mejor calidad de vida.

Recomendaciones

Se debe abordar de forma diferente a cada paciente, dado que los efectos psicológicos y el afrontamiento que cada uno presenta en el tratamiento de quimioterapia varía no solo en su conducta sino también en la personalidad, entorno familiar y social, ya que no todos reciben el mismo nivel de apoyo y no pueden expresarse libremente.

Se deben incluir herramientas o actividades que le permitan al paciente afrontar de mejor manera la enfermedad y por ende el tratamiento; por lo que esto afecta no solo de forma física, sino también de forma psicológica y social. De esta forma vamos a poder hacer que la persona mantenga una buena calidad de vida y su estado mental este en las mejores condiciones.

Incentivar a la familia y al paciente a fortalecer sus redes de apoyo y su entorno familiar y social en lugar de aislarse para afrontar las dificultades o problemas por sí solo.

Capacitar y sensibilizar a la familia ante la situación del paciente para que el acompañamiento hacia el paciente sea más efectivo y puedan brindar un mejor apoyo social mejorando así la calidad de vida del paciente y evitando que el paciente desarrolle ansiedad y depresión.

Referencias

1. Guerrero Ramirez R, Meneses - La Riva M, De la Cruz - Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. LimaCallao, 2015. 2016. 2015;9(2):133-42.
2. Vialart Vidal N. La gestión del cuidado humanizado de enfermería en la era digital. 2019 [Internet]. 2019;35(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3059/505>.
3. Portilla Cusirramos Lisset Stefany. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería, servicio de quimioterapia ambulatoria adultos del INEN [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2021. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8969/Portilla_CLS.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
4. García Campos M JR. La importancia del cuidado de enfermería. 2009. 2021;17(2):109-11.
5. Foro Mundial de la Salud. ¿Que calidad de vida? Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. 1996. 20522;17:385-7.
6. Triviño V ZG, Sanhueza A O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. 2005 [Internet]. 5(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100003
7. Malpica Tinoco María Claudia. Percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente adulto con enfermedad oncológica hospitalizado en una IPS de iv nivel [Internet]. De La Sabana; 2017. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323265125.pdf>
8. Tineo Jose Amado, Segura Moises Apolaya. Calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado según lugar de atención en un hospital de referencia. 2021;21(1):138-44.
9. Aguilar-Sizer M, Lima-Castro S, Arias Medina P. Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en una Muestra de Adultos Ecuatorianos. 2020. 2022;18(1):55-71.
10. Fernández Rodríguez Concepción C, Padierna Sánchez C. Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales, medida con el QL-CA-AFEX. 2002. 14(1):1-8.
11. FONSECA C M, SCHLACK V C. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal*. Rev Chil Cir. 65(4):321-8.

12. Herrera-Guerrero MI, Torres Gómez A, Allende Pérez, Silvia. Correlación del estado funcional de Karnofsky con la supervivencia de pacientes con tumores de origen gastrointestinal en un servicio de cuidados paliativos. 2014 [Internet]. 2022;36(3). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992014000300134
13. López-Roig, Rodríguez-Marín. Ansiedad y depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. 2000 [Internet]. 2000;12(2). Disponible en: <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/787/1132>.
14. González Ana, Fernández Concepción. Parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos terminales en hospitalización domiciliaria. 2001. 2021;13(2):310-7.
15. Terol M. Carmen, López-Roig Sofía. Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. 2000. 2021;16(2):111-22.
16. Gaviria, Ana Milena, Vinaccia, Stefano, Riveros, María Fernanda. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. 2007. (20):50-75.
17. López Peláez Jéssica, Aguirre Loaiza Haney. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico. 2021 [Internet]. 2022;28(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812021000200088
18. Grisales-Naranjo Luz Viviana, Arias-Valencia María Mercedes. Cuidado humanizado. El caso de los pacientes sometidos a quimioterapia. 2013. 2022;31(3):364-76.
19. Lupiáñez Pérez Yolanda. Humanización en el Cuidado del Paciente Oncológico. 2006. 85:27-30.
20. Naranjo Hernández, Concepción Pacheco, Rodríguez Larreynaga. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. 2017 [Internet]. 2022;19(3). Disponible en: <http://www.revvgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129/html#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20del%20d%C3%A9ficit%20de%20autocuidado.&text=Los%20seres%20humanos%20tienen%20gran,capacidad%20para%20responder%20a%20ella>.
21. OMS. Cáncer [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
22. Sánchez N. Catherine. Conociendo y comprendiendo la célula cancerosa: Fisiopatología del cáncer. 2013 [Internet]. 2022;24(4). Disponible en:

- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-conociendo-comprendiendo-celula-cancerosa-fisiopatologia-S071686401370659X#:~:text=Actualmente%2C%20el%20c%C3%A1ncer%20es%20considerado,organismo%20y%20alteran%20su%20fisiol>
23. Puente Javier, De Velasco Guillermo. ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? 2019 [Internet]. 2022; Disponible en: <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
 24. NIH. Carcinógeno [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Carcinogeno>
 25. Sociedad Americana contra el Cancer. Estadificación del cáncer. 2022 [Internet]. 2022; Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html>
 26. Instituto Nacional del Cancer. Estadificación del cáncer. 2015 [Internet]. 2022; Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>
 27. Instituto Nacional del Cancer. Quimioterapia para tratar el cáncer. 2015 [Internet]. 2022; Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/quimioterapia>
 28. Guillén Ponce Carmen, Molina Garrido María José. Qué es, cómo funciona y tipos de quimioterapia [Internet]. 2022. Disponible en: <https://seom.org/157-informacion-al-publico-guia-de-%20tratamientos/que-es-como-funciona-y-tipos-de-quimioterapia#:~:text=Los%20principales%20tipos%20de%20quimioterapia,i ntradural%2C%20y%20la%20quimioterapia%20intraarterial>.
 29. Foro Chemocare. ¿Por cuánto tiempo se administra la quimioterapia? [Internet]. Chemocare. 2022. Disponible en: <https://chemocare.com/es/chemotherapy/what-is-chemotherapy/iquestpor-cuaacutento-tiempo.aspx#:~:text=Frecuencia%20del%20ciclo%3A%20La%20quimioterapi a,pueden%20clasificarse%20como%20un%20ciclo>
 30. Foro Initia. Ciclo de quimioterapia. [Internet]. Centro Oncologico Integral. 2022. Disponible en: <https://initiaoncologia.com/glosario/ciclo-de-quimioterapia/>
 31. American Cancer Society. Efectos secundarios de la quimioterapia. 2019 [Internet]. 2022; Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/quimioterapia/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia.html>
 32. Sosa Sánchez K. Evaluación y comparación de dos escalas pronosticas de supervivencia en enfermos oncologicos terminales del hospital Regional 1°

- de Octubre [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2013. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2013/diciembre/0706769/0706769.pdf>
33. Escala de Karnofsky. 2019 [Internet]. 2022; Disponible en: http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=escala_de_karnofsky
 34. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J de D. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. 1996. 2022;18(4):153-63.
 35. Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. 2009 [Internet]. 2022;(16). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021
 36. Costa Requena G. APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES CON CANCER [Internet]. Universidad Jaume; 2014. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/667042#page=1>
 37. Yamamoto-Furusho JK, Sarmiento-Aguilar A, García-Alanis M, Toledo-Mauriño J. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. 41(8):477-82.
 38. Galindo Vázquez Óscar, Benjet Corina. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. 2015 [Internet]. 2022;38(4). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000400253#:~:text=La%20ventaja%20de%20la%20HADS,sobrees timaci%C3%B3n%20en%20los%20dem%C3%A1s%20instrumentos
 39. Barriguete Meléndez JA, Pérez Bustinzar AR, de la Vega Morales RI. Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en población mexicana con trastorno de la conducta alimentaria. 2017 [Internet]. 8(2). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232017000200123#:~:text=La%20HADS%20est%C3%A1%20compuesta%20por,%20C%20hasta%20m%C3%A1xima%20presencia%20%3D%203
 40. Asamblea Constituyente. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>
 41. Congreso Nacional. LEY ORGANICA DE SALUD [Internet]. 423, 67 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>
 42. República del Ecuador. Registro Oficial Administración del Señor Ec. Rafael Correa Delgado Presidente Constitucional de la República del Ecuador [Internet]. Sec. Capítulo III A, artículo 35 ene 24, 2012 p. 2. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDireccion>

es/dnvc/archivos/LEY%20ORGANICA%20REFORMATORIA%20A%20LA%
20LEY%20ORGANICA%20DE%20SALUD.pdf

Anexo



CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física



Certificado No EC-SG-2018002043

Tel.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-
4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 18 de diciembre del 2021

Señoritas

Keyla Tais Menéndez López

Damara Abigail Moncada Monar

Estudiantes de la Carrera de Enfermería

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez comunico a ustedes que su tema presentado: **"Análisis del cuidado humanizado a pacientes con tratamiento de quimioterapia, ingresados en el área de oncología del Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo, año 2021"** ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lic. Martha Holguin Jiménez.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

Lcda. Angela Mendoza Vincés

Directora de la Carrera de Enfermería

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Cc: Archivo

Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2020-0135-FDQ
Guayaquil, 26 de Abril de 2022

PARA: KEYLA TAIS MENÉNDEZ LÓPEZ
Estudiante de Enfermería
Universidad Católica Santiago de Guayaquil

DAMARA ABIGAIL MONCADA MONAR
Estudiante de Enfermería
Universidad Católica Santiago de Guayaquil

De mi consideración:

Por medio de la presente, informo a usted que ha sido resuelto factible su solicitud para que pueda realizar su trabajo de Titulación: **"ANÁLISIS DEL CUIDADO HUMANIZADO A PACIENTES CON TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA, INGRESADOS EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. TEODORO MALDONADO CARBO, AÑO 2021"**, presentado por Keyla Menéndez López, estudiante de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en la carrera de Enfermería, una vez que por medio del memorando N° IESS-HTMC-JUTON-2022-0920-M de fecha 25 de Abril del presente, firmado por el Esp. Luis Unda Vernelle -Jefe de Unidad de Oncología, hemos recibido el informe favorable de la misma.

Por lo antes expuesto reitero que puede realizar su trabajo de titulación siguiendo las normas y reglamentos del hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Atentamente,



JAVIER HUMBERTO
CARRILLO UBIDIA

Mgs. Javier Carrillo Ubidia
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN, ENCARGADO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES – TEODORO MALDONADO CARBO

Referencias:

- Solicitud

mm



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Nombres:

Fecha:

Unidad:

ESCALA DE ACTIVIDAD - KARNOFSKY

ELIJA UN GRADO DE 0 AL 100 SEGÚN LA CATEGORÍA EN LA QUE USTED SE SIENTA IDENTIFICADO.

CATEGORÍAS GENERALES	GRADO	ACTIVIDAD
Capaz de realizar actividades normales, no requiere cuidados especiales	100	Actividad normal. Sin evidencia
	90	Actividad normal. Signos y síntomas leves de enfermedad
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda variable	70	Cuida de sí mismo, pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal
	60	Necesita ayuda ocasional de otros, pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades
	50	Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes
Incapaz de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de enfermedad	40	Incapacitado. Requiere cuidados especiales
	30	Severamente incapacitado. Indicación de hospitalización, aunque no hay indicios de muerte inminente
	20	Gravemente enfermo. Necesita asistencia activa de soporte
	10	moribundo
	0	Fallecido



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Nombres:

Fecha:

Unidad:

CUESTIONARIO DUKE-UNC

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Nombres:

Fecha:

Unidad:

CUESTIONARIO DE HADS

ACONTINUACION LEERA UNAS FRASES QUE PUEDEN DESCRIBIR COMO SE SIENTE USTED AFECIVA Y EMOCIONALMENTE. LEA CADA FRASE Y ENCIERRE LA RESPUESTA QUE COINCIDA MEJOR CON **COMO SE HA SENTIDO USTED EN LA ULTIMA SEMANA**. NO HAY RESPUESTA NI BUENAS, NI MALAS. NO ES NECESARIO QUE PIENSE TANTO CADA RESPUESTA.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso 2. Sí, pero no muy intenso 1. Sí, pero no me preocupa 0. No siento nada de eso

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre 1. A menudo 2. Raras veces 3. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

3. Sólo en algunas ocasiones 1. A menudo 2. Muy a menudo 3. Nunca

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes 1. No tanto como antes 2. Solamente un poco 3. Ya no disfruto con nada

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre 1. Actualmente, algo menos 2. Actualmente, mucho menos 3. Actualmente, en absoluto

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca 2. Muy pocas veces 1. En algunas ocasiones 0. Gran parte del día

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuido como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE

Estudio:

“Análisis del cuidado integral a pacientes con tratamiento de quimioterapia, ingresados en el área oncológica”

Estimado Sr/Sra,

En relación al estudio:

“Análisis del cuidado integral a pacientes con tratamiento de quimioterapia, ingresados en el área oncológica” en el que solicitamos su participación, quisiéramos informarle de los siguientes puntos:

1. El motivo del estudio es analizar el cuidado integral y el cambio percibido en la calidad de vida del paciente con tratamiento de quimioterapia.
2. El tiempo que se dedicará en completar o rellenar el cuestionario del estudio no será más de 15 – 20 minutos.
3. Los datos o información aportada por usted en el cuestionario son confidenciales, quedando en posesión del investigador principal y solo serán usados para este estudio.
4. Su participación es voluntaria y en cualquier momento, puede retirarse, sin tener que dar explicaciones o le afecte en la atención médica o de cuidados que recibe.

Le damos gracias por su colaboración.

Atentamente:

Equipo investigador: Keyla Menéndez López,

Damara Moncada Monar

Teléfono contacto: 0989980368

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto:

“Análisis del cuidado integral a pacientes con tratamiento de quimioterapia, ingresados en el área oncológica”

Sr/Sra. _____

He sido informado/a del contenido y finalidad investigadora del proyecto ***“Análisis del cuidado integral a pacientes con tratamiento de quimioterapia, ingresados en el área oncológica”***

Se me ha explicado con claridad el objetivo de este proyecto y he podido hacer mis preguntas o aclarar mis dudas con las internas de enfermería: Keyla Menéndez López y Damara Moncada Monar, que me han informado y a quienes presto mi consentimiento.

Mi participación es voluntaria y puedo negarme a continuar sin tener que dar explicaciones y que en ningún caso repercuta sobre el diagnóstico, el tratamiento o el motivo de mi consulta.

Sr/Sra:

Investigador:

Guayaquil.

Fecha: ____ de _____ del 202__

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Menéndez López Keyla Tais**, con C.C: # **0951355197** autor del trabajo de titulación: **Análisis del cuidado integral a pacientes con tratamiento de quimioterapia, ingresados en el área de oncología del Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo, año 2021** previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los doce días del mes de septiembre del año 2022

f. 

C.C: **0951355197**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Moncada Monar Damara Abigail**, con C.C: # **0926385881** autor del trabajo de titulación: **Análisis del cuidado integral a pacientes con tratamiento de quimioterapia, ingresados en el área de oncología del Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo, año 2021** previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los doce días del mes de septiembre del año 2022

f.



C.C: 0926385881

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Análisis del cuidado integral a pacientes con tratamiento de quimioterapia, ingresados en el área de oncología del Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo, año 2021.		
AUTOR(ES)	Menéndez López Keyla Tais Moncada Monar Damara Abigail		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Martha Lorena Holguín Jiménez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	LICENCIADAS EN ENFERMERÍA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de septiembre del 2022	No. DE PÁGINAS:	71
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Pública/Enfermedades crónicas y degenerativas		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cuidado integral, oncología, quimioterapia, calidad de vida.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>Introducción: El Cuidado Integral es una necesidad que urge en la práctica profesional y esto se evidencia en las políticas, disposiciones normativas establecidas por las entidades de salud que velan por el derecho de los pacientes y garantizan la calidad del servicio que se brinda. Objetivo: Identificar el cuidado integral en los pacientes con tratamiento de quimioterapia en un Hospital de la ciudad de Guayaquil. Material y Métodos: Estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo, la población de estudio fue de 127 pacientes hospitalizados en el área de oncología que reciben tratamiento de quimioterapia, a quienes se les aplicaron los instrumentos de KARNOFSKY, DUKE, HADS, se tuvieron en cuenta los principios de bioética. Resultados: La investigación permitió identificar a los individuos más vulnerables respecto a su cuidado integral y calidad de vida. El 42% de los pacientes se encuentran en la categoría de Incapaz de autocuidarse. El 17% muestra un nivel de apoyo social mínimo, 40% presentan ansiedad y 55% depresión. Conclusión: Los pacientes con estadios III y IV que han recibido varios ciclos de quimioterapia no cuentan con el apoyo social de su familia y no poseen una buena calidad de vida a diferencia del resto de los pacientes que están iniciando el tratamiento de quimioterapia. Los pacientes con mayor calidad de vida son pacientes que tienen una mejor educación de la patología y poseen mayor apoyo familiar y social.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 967885563 / 989980368	E-mail: darabby21@gmail.com tais_menendez@outlook.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Holguin Jimenez Martha Lorena, Mgs		
	Teléfono: +593-4- 0993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			