

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**



TRABAJO DE GRADO

Para la obtención del Título de Licenciatura en Psicología

“Indicadores de Malestar Emocional y Calidad de Vida de los pacientes con enfermedad oncológica que acuden a los servicios del Hospital de Oncología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en la ciudad de San Salvador, durante el periodo de Octubre a Noviembre de 2015.”

REALIZADO POR:

Espinoza Ponce, Raquel Alejandra	EP10006
Guillen Portillo, Roxana Geraldina Elena	PP05009
Monge de Vásquez, María Elma	MD04036

DIRECTORA DE TESIS:

Licda. Roxana María Galdámez Velásquez

COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADO:

Lic. Evaristo Morales

CIUDAD UNIVERSITARIA, 10 DE FEBRERO 2016

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR INTERINO:

Lic. Luis Argueta Antillón

VICE- RECTOR ADMINISTRATIVO:

Ing. Carlos Armando Villalta

SECRETARIO GENERAL:

Dra. Ana Letizia Zabaleta de Amaya.





AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y
HUMANIDADES

DECANO:

Lic. José Vicente Cuchillas Melara

VICE-DECANO:

Lic. Edgar Nicolás Ayala

SECRETARIO DE LA FACULTAD:

Prof. Javier Vladimir Quintanilla Orellana

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA:

Lic. Wilber Hernández

COORDINADOR DEL PROCESO DE GRADO:

Lic. Evaristo Morales

DOCENTE DIRECTOR:

Licda. Roxana Galdámez Velásquez



*Dedicado a
Los pacientes del Hospital Oncológico
del Instituto Salvadoreño del Seguro Social*

*Las personas más bellas con las que me he encontrado son aquellas que han conocido la derrota, conocido el sufrimiento, conocido la lucha, conocido la pérdida, y han encontrado su forma de salir de las profundidades. Estas personas tienen una apreciación, una sensibilidad y una comprensión de la vida que los llena de compasión, humildad y una profunda inquietud amorosa.
La gente bella no surge de la nada.*

Elisabeth Kubler Ross

Agradecimientos especiales

Al Sub-Director del Hospital Oncológico Dr. Ramón Menjívar por abrirnos las puertas de la institución y confiar en nuestra investigación.

A las encargadas de las áreas de consulta externa e ingreso hospitalario por su ayuda y colaboración en el desarrollo de las actividades.

A todo el personal hospitalario

Muchas gracias....

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por este logro realizado, por guiarme desde el primer momento en esta carrera profesional y brindarme las habilidades y oportunidades, fortaleza y optimismo durante todo este caminar.

A mis padres Juana Eduvina de Espinoza y Carlos Alejandro Espinoza por todo su esfuerzo, dedicación y amor, no sólo en mis estudios universitarios, sino durante toda mi vida, ya que sin ellos no estaría cumpliendo este gran objetivo personal. Gracias por su apoyo incondicional, por la ayuda económica, consejos de dar lo mejor de mí siempre y superarme, por su paciencia y ánimos de llegar hasta el final.

A mi hermana Verónica Eduvina Espinoza por acompañarme, ayudarme y contagiarme el buen ánimo.

Por todo esto y lo significativo e importante que son para mí, este logro también es de ellos y les dedico el presente trabajo, puesto que juntos escalamos la montaña y llegamos a la meta.

También, quiero agradecer a mis amigos que compartimos momentos de angustia, tristeza y alegrías durante estos cinco años, haciéndonos crecer no sólo profesionalmente sino personalmente.

A un amigo y excelente psicólogo Marco Rodríguez, agradecerle su generosidad en el compartir conocimientos, su tiempo, orientaciones y apoyo durante mi servicio social y trabajo de grado.

A nuestra docente asesora, Roxana Galdámez, por su tiempo, amabilidad y apoyo en esta etapa importante.

Por ahora se culmina esta etapa, pero al mismo tiempo comienzan las oportunidades para fomentar la salud mental y demostrar que la Psicología juega un rol importante en la sociedad.

“Caminante no hay camino, se hace camino al andar”

Raquel A. Espinoza Ponce

AGRADECIMIENTOS

“Vuelvo y pido perdón por la tardanza
se debe a que hice muchos borradores”

“Sé que nací y sé que moriré.
Lo de en medio, es mío
Yo soy mío”

“...Vuelvo/Quiero creer que estoy volviendo
con mi peor y mi mejor historia
Conozco este camino de memoria
pero igual me sorprende

Eddie Vedder

Mario Benedetti

*Primero agradezco a la fuerza sobrenatural del universo, que nos
permite ser energía que se transforma.*

*A mis padres/familia por brindarme su ayuda emocional y
económica.*

*A mis compañeras de tesis por permite estar en su grupo y aprender
de esta manera aspectos que no conocía de mí.*

*A Elisa (mi hermana en el metal) juntas nos atrevemos a ver el
mundo como es, y no, como nos lo venden. Gracias por aguantarme
caracola ;)*

*A Judith cualquiera que te conoce me dará la razón al decir que sos
un ángel, soy afortunada de ser tu amiga, te quiero mucho onii-chan.*

*A Vanessa, yo no seguiría aquí si no fuera por vos, fuiste la única
persona que estuvo conmigo en mis días más oscuros, (te pido perdón
por todo eso) creíste en mí cuando yo, ya no lo hacía, me motivaste
a continuar en el Crepúsculo de mi vida. Sos mi familia.*

A Lore, a mi tía, a la líc. Roxy, al resto familiares amiga/os. Gracias

*Y finalmente agradezco a la niña/adolescente que escogió este
camino, que en su ingenuidad creyó que era la solución a su vida--no
encontró lo que esperaba, obtuvo lo que necesitaba-- por lo cual doy
gracias, es parte de lo que soy más allá de una carrera, los amigo/as
que tengo y las cosas que se ahora es gracias a ella.*

Geraldina

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo le agradezco a Dios por ser mi guía, compañero, bastión de fuerzas en cada momento a lo largo de mi carrera, una experiencia llena de aprendizajes.

Mi mamita que ya está con Diosito, sé que estás orgullosa de mí y que siempre me acompañas cada paso que doy, gracias por ser un ejemplo de lucha, valor y amor; mi mamá, por todo el apoyo que me ha dado incondicionalmente a lo largo de toda mi vida; mis dos hijos Rossana y Juan por el amor, paciencia, consejos y apoyo que me han dado siempre, acompañamiento en mi trayectoria de vida universitaria, así como en mi vida en general.

Recordar mis inicios en la universidad, y siempre tendré en mi memoria a la Licda. Francisca Ferrer quién me dio su confianza e hizo que tomará la decisión correcta como estudiante de psicología; así mismo a la Licda. Roxana María Galdámez, Psicóloga directora de tesis, quien estuvo siempre pendiente de nuestros avances, las palabras de aliento, los buenos momentos en las reuniones y por ser una más en este proyecto de tesis.

Y no menos importante, mi grupo de tesis, por todos los buenos y no tan buenos momentos que vivimos y compartimos, que la caótica pero maravillosa amistad que logramos en este tiempo, ahora la vemos culminar con nuestro título.

Muchas gracias, y que Dios los bendiga a todos.

Elma

INDICE

Introducción

Capítulo I. Planteamiento del Problema

1.1 Situación problemática.....	14
1.2 Enunciado del problema	18
1.3 Objetivos de la Investigación	18
1.4 Justificación	19
1.5 Delimitación de la Investigación	20
1.6 Alcances y Limitaciones.....	21

Capítulo II. Marco Teórico

2. 1 Antecedentes de investigaciones sobre malestar emocional y calidad de vida en pacientes oncológicos.	22
2.1.1 Datos Epidemiológicos del Cáncer en Latinoamérica y El Salvador.....	25
2.1.2 Historia del Hospital Oncológico de ISSS	29
2.2 La enfermedad por cáncer	31
2.2.1 Tipos de cáncer	32
2.2.2 Estadios de la enfermedad por cáncer	33
2.2.3 Tratamientos médicos del cáncer.	34
2.2.4 Respuesta Psicológica del paciente con cáncer	36
2.3 Impacto Psicosocial del paciente con cáncer: Malestar Emocional	38
2.3.1 Evaluación de malestar emocional según Hastings Center	40
2.3.2 Importancia de la Evaluación de Malestar Emocional.....	43
2.4 Calidad de vida en pacientes oncológicos	44
2.4.1 Factores relacionados a la calidad de vida	47
2.4.2 Importancia de la evaluación de calidad de vida	48

Capitulo III. Hipótesis y Variables

3.1 Hipótesis General de Trabajo.	50
3.2 Operacionalización de las Variables	51

Capítulo IV. Metodología de la Investigación

4.1 Tipo de Investigación	52
4.2 Población	52
4.3 Muestra	52
4.4 Técnicas e instrumentos utilizados:	54
4.5 Procedimiento Metodológico:.....	58

Capitulo V. Presentación, discusión e interpretación de resultados

5.1 Presentación de Resultados	60
5.2 Discusión e Interpretación de Resultados.....	84
5.2.1 Indicadores de Malestar Emocional y Calidad de Vida	84
5.2.2 Relación entre Malestar Emocional y Calidad de Vida	85
5.2.3 Malestar Emocional y los datos generales de la muestra	86
5.2.4 Calidad de Vida y los datos generales de la muestra.	90
5.2.5 Malestar Emocional y Calidad de Vida de los pacientes en condición de ingreso hospitalario y tratamiento oncológico.	91

Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones	93
6.2 Recomendaciones	94

Cronograma de actividades

Presupuesto de la investigación

Referencias Bibliográficas

Anexos

INTRODUCCION

La enfermedad por cáncer impacta física y emocionalmente a la persona; pues se considera una situación que pone en alto riesgo la salud y que es percibida como un problema que sobrepasa sus capacidades de afrontamiento, generando así un distrés o malestar emocional; además, es una enfermedad que amenaza la vida del individuo y cuyos índices de diagnóstico y mortalidad van en aumento cada año en El Salvador; resultando por ello fundamental investigar acerca de su impacto psicológico en las personas diagnosticadas.

Aunque existan personas que estén asimilando adecuadamente la fase diagnóstica de la enfermedad y no manifiesten que necesitan ayuda psicológica; es probable que en el transcurso del tratamiento médico o las diversas fases, experimenten altibajos emocionales y funcionales, las cuales son necesarias que los especialistas se encuentren alerta para que los pacientes puedan manejar o adaptarse a la situación y prevenir un sufrimiento mayor ante el proceso de la enfermedad, ya que cada paciente responde de forma particular a dicha situación.

La presente investigación tiene como propósito la descripción y correlación de los indicadores de malestar emocional y la calidad de vida de los pacientes que acuden a los servicios del Hospital de Oncología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social”, aportando a su vez un estudio que ayude en la documentación científica y en la comprensión de dichas variables; además de presentar datos cuantitativos accesibles para los profesionales en todas las áreas de la salud y ser un precedente para futuros proyectos en el ámbito de la psicología clínica.

El estudio está conformado por seis capítulos: 1) Planteamiento del problema: el cual describe la situación problemática del cáncer en el país, los objetivos que guían la investigación y su justificación, alcances y limitaciones; 2) Marco teórico: consistiendo en la revisión de la diferente base teórica propuesta por expertos en psicooncología que profundizan en los conceptos de malestar emocional y la calidad de vida en personas diagnosticadas con cáncer, los tratamientos oncológicos y su respuesta psicológica; 3) Hipótesis y variables: se presentan las hipótesis formuladas a partir de los objetivos propuesto y se brinda una descripción conceptual y operacional de las variables . 4) Metodología: en el cual se explica el tipo de estudio descriptivo-correlacional, la población y las características de la muestra seleccionada, descripción de los instrumentos de recolección de datos y la metodología para el procesamiento y análisis de resultados, el cual se llevará a cabo mediante el Programa Estadístico SPSS, *versión 19.0*.

Adicionalmente, el capítulo 5) Presentación, discusión e interpretación de resultados donde se expresan de forma gráfica y analítica los datos obtenidos en la investigación, contrastados con la teoría y el razonamiento del grupo investigador. 6) Conclusiones y Recomendaciones, donde se expresa de forma sintética los principales hallazgos del presente estudio, así como posibles acciones a futuro que mejoren el actuar del investigador, personal de la institución evaluada u orientaciones para futuros trabajos.

Capítulo I. Planteamiento del Problema

1.1 Situación problemática.

Cáncer es un término que se utiliza para designar un crecimiento de células anormales en cualquier parte de un organismo. Cuando se habla de tumores “malignos” o “neoplasias malignas” se refiere a la multiplicación de células anormales que pueden extenderse más allá de sus límites naturales. La invasión de partes cercanas o su propagación a otros órganos se denomina metástasis y suele ser la causa de muerte por cáncer (OMS, 2015).

La enfermedad por cáncer se ha convertido en un problema de salud pública en los últimos años, y es que según las estadísticas de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el cáncer (2014), en su investigación en 184 países, se encontró principalmente que existe una incidencia del 13.8% en el padecimiento del cáncer de seno y de un 9.5% de cáncer de próstata. Adicionalmente, muestra índices de mortalidad en un 9.7% por cáncer de pulmón en hombres y mujeres, un 8.1% por cáncer de próstata, 8.0% para cáncer de estómago y 7.7% de mortalidad por cáncer de hígado.

Por otra parte, en América Latina y el Caribe, el cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres; de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2012, se detectó esta neoplasia en más de 408 mil mujeres. Adicionalmente, tanto la OPS como la OMS en el 2014, estimaron que para 2030, dichos diagnósticos de cáncer de mama se elevaran en un 46% (INEGI, 2014).

En El Salvador, no existen informes epidemiológicos oficiales a nivel nacional, sin embargo según estadísticas del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (2013), se registraron 1,779 pacientes con patologías hemato-oncológicas durante el 2012, de las cuales 1094 fueron mujeres y 695 hombres, siendo los cánceres más predominantes el de piel y mama.

Para ello, existen instituciones gubernamentales y no gubernamentales que brindan servicios de oncología. Se encuentra el Instituto del Cáncer, Hospital de Oncología del ISSS, Hospital Rosales, Hospital de niños Benjamín Bloom, Hospital Divina Providencia, entre otros, donde se brindan atenciones médicas como radioterapia, quimioterapia, cirugía, ingresos hospitalarios, tratamientos paliativos y seguimientos de casos; dichos tratamientos médicos causan fuertes efectos secundarios (caída del cabello, vómitos, malestares estomacales) afectando de manera significativa la salud física y mental de los pacientes.

En este contexto, es probable que uno de los principales factores de riesgo para dicha enfermedad sean las escasas condiciones materiales de vida, ya que la población posee recursos limitados para acudir a atenciones médicas privadas de mayor calidad y/o posee poco acceso a los servicios sanitarios públicos (aunque el ISSS 2014, haya ampliado su cobertura de 1.4 millones a 1.6 millones de derechohabientes en el 2014, el acceso sigue siendo limitado para los más de 6 millones de salvadoreños/as; tomando en cuenta que el cáncer tiene una incidencia de 128.1 por cada 100,000 derechohabientes).

Adicionalmente, la no existencia de un plan nacional de salud para la enfermedad oncológica en atención primaria, la inadecuada información o poca educación sobre el cáncer, conlleva a no tomar las medidas o cuidados necesarios para prevenir y tratar la enfermedad. Por consiguiente, debido a los factores de riesgo antes mencionados, el cáncer se ha convertido en un problema social invisibilizado.

Otro de los factores de riesgo que regulan la respuesta psicológica del paciente pueden estar relacionados a aspectos médicos (estadio de la enfermedad, tratamientos invasivos, paliación, etc.) y aspectos psicosociales (características de personalidad, apoyo familiar y social, mecanismos de afrontamiento, entre otros) y más específicamente el malestar emocional o distrés, que en la mayoría de pacientes oncológicos se manifiesta en niveles subclínicos, pero puede convertirse en un factor de riesgo de trastornos psicopatológicos.

Lo anterior, se expresa debido que, el cáncer y sus tratamientos se desarrollan como un proceso en el que tiene lugar una serie de acontecimientos que generan preocupaciones importantes y conlleva consecuencias de tipo emocional en la vida de los pacientes y sus familias.

Según Trill (2006), expresa el impacto psicosocial del cáncer en la persona mediante: negación, dificultades en la toma de decisiones, aislamiento, miedo a la muerte, sentimientos de hostilidad, tristeza, dificultades familiares debido a los cambios de roles, dificultades en las relaciones sexuales, angustia por el futuro, entre otros; obstaculizando así la aceptación y adaptación de la persona a la situación.

La Sociedad Americana de Cáncer (2014), señala entre los efectos psicológicos al ser diagnosticado con dicha enfermedad crónica, sentimientos de incredulidad, miedo, ansiedad, depresión, culpa, ira y más.

Es importante mencionar que a nivel internacional, instituciones dedicadas a la investigación, lucha y atención integral al paciente con cáncer ha promovido la importancia de la evaluación psicosocial del paciente con enfermedad oncológica. En 2004 la agencia de salud pública de Canadá -Canadian Strategy for Cancer Control- aprueba la declaración del malestar emocional como el 6° signo vital del paciente oncológico.

Posteriormente esta propuesta ha sido respaldada por la Sociedad Internacional de Psico-Oncología IPOS en Junio del 2009. Esto supone que el malestar emocional debe ser controlado sistemáticamente, al igual que el pulso, la respiración, presión arterial, temperatura y el dolor.

En esa vía, al reconocer la influencia psicológica y social que posee dicha enfermedad, actualmente el Gobierno de El Salvador ha comenzado a hacer esfuerzos por incorporar atenciones integrales al paciente con cáncer, en Septiembre del 2014 el Ministerio de Salud de El Salvador hace la convocatoria para elaborar la “Política Nacional para la Atención Integral del Cáncer”. Propuesta que responde a la concientización de la importancia integral del paciente, puesto que de no abordarse dicha situación, continuarán manifestándose problemas psicosociales que generen malestar emocional y disminuyan la calidad de vida de los pacientes.

1.2 Enunciado del problema

¿Existe relación entre los indicadores de Malestar Emocional y la Calidad de Vida de los pacientes con enfermedad oncológica que acuden a los servicios del Hospital de Oncología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en la ciudad de San Salvador durante el periodo de octubre a noviembre del año 2015?

1.3 Objetivos de la Investigación

Objetivo General:

Investigar si existe relación entre los indicadores de Malestar Emocional y la Calidad de Vida de los pacientes con enfermedad oncológica que acuden a los servicios del Hospital Oncológico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de la ciudad de San Salvador durante el período de octubre a noviembre del año 2015.

Objetivos Específicos:

- Identificar los indicadores de Malestar Emocional y la Calidad de Vida de los pacientes con enfermedad oncológica.
- Analizar los indicadores de Malestar Emocional y Calidad de Vida según los datos generales de la muestra de estudio.
- Relacionar los indicadores de Malestar Emocional y la Calidad de Vida que presentan los pacientes con enfermedad oncológica.
- Establecer si existe diferencia significativa en los indicadores de Malestar Emocional y Calidad de Vida de los pacientes en condición de ingreso hospitalario y tratamiento oncológico.

1.4 Justificación

En la sociedad actual el diagnóstico de enfermedades crónicas van en aumento, pareciera que la globalización también influye en el desarrollo de enfermedades; y en El Salvador, no es la excepción. El cáncer como una de las enfermedades que aumenta cada año, se ha convertido en un fenómeno de salud pública cuya necesidad de que existan estudios actuales y contextualizados donde permita generalizar las conclusiones a una población oncológica, es cada vez más evidente.

En el contexto salvadoreño, Hernández et al. (1987), investigaron sobre los efectos psicosociales en pacientes con cáncer cervical; Castro y Góchez (2002) exploraron las actitudes de los pacientes hacia el cáncer, y más recientemente Landaverde, Santos y Tejada (2014), investigaron los estilos de afrontamiento y calidad de vida. Lo anterior, evidencia que la psicooncología está tomando auge pero continúa siendo escaso su estudio y actualización.

Por ende, la presente investigación posee la novedad de analizar variables correlacionadas escasamente en investigaciones del país; es decir, el propósito del estudio es aportar conocimientos científicos, actuales y de importancia al basamento teórico de la Psicooncología, mediante la descripción y relación de los indicadores de malestar emocional y la calidad de vida presentes en los pacientes del Hospital Oncológico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Por consiguiente, el trabajo a presentar permitirá estudiar más adecuadamente dicha población, pues al realizar una investigación descriptiva correlacional brindará un conocimiento más amplio de aquellas características que coloquen a los pacientes oncológicos en situación vulnerable a indicadores altos de malestar emocional y/o niveles bajos de calidad de vida; con ello, la problemática de salud en la población oncológica puede ser mejor comprendida y por ende mejor tratada.

Con lo antes mencionado, los resultados de la presente investigación, tendrán como beneficio futuro, que el equipo médico asistencial concientice en el entendimiento de las situaciones estresantes para los pacientes y sus emociones, así como se motiven en la incorporación de evaluaciones periódicas del malestar emocional en sus pacientes; trayendo como consecuencia mejor comunicación médico- paciente, adaptación adecuada y adherencia a los tratamientos y situación de enfermedad en general, prevención de cuadros psicológicos clínicos, mejoramiento de la calidad de vida y satisfacción de los usuarios del ISSS. Finalmente, la investigación espera ser base para futuros análisis o estudios donde psicólogos/as y psiquiatras puedan retomar en la elaboración de planes en intervención terapéuticas, estudios de casos o intervenciones grupales.

1.5 Delimitación de la Investigación

- a) Espacial: La investigación se realizará en el Hospital de Oncología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en la Ciudad de San Salvador, Departamento de San Salvador
- b) Social: Los sujetos de estudio deberán ser usuarios de los servicios de Oncología en el ISSS (radioterapia, quimioterapia, consulta externa e ingreso hospitalario), ser mayores de 18 años y no presentar deterioro cognitivo o afectación emocional, ya que es necesario brindar respuestas coherentes, conscientes y con el mayor grado de sinceridad posible.
- c) Temporal: El período de recolección de datos oscilará entre los meses de Octubre a Noviembre del 2015.

1.6 Alcances y Limitaciones

- Alcances

La presente investigación pretende identificar y describir los indicadores de malestar emocional y calidad de vida de los pacientes con cáncer que acuden a los servicios del Hospital Oncológico del ISSS y cómo éstos indicadores se correlacionan entre sí, así como su expresión según los datos generales de la muestra y el tipo de tratamiento oncológico que reciben (quimioterapia o radioterapia, ya sea en condición de ingreso o consulta externa).

Por consiguiente, se obtendrán datos científicos que servirán para la profundización en el conocimiento de las consecuencias que el cáncer tiene en dicha muestra a fin de generalizar los datos obtenidos en otras poblaciones.

Por otra parte, a partir de dicho trabajo, se proyecta la documentación de un tema poco profundizado en el país mediante la publicación de un artículo en una revista científica relativa a los aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer.

- Limitaciones

El trabajo posee la limitante de no tener acceso a documentos de control clínico de los pacientes a estudiar (expedientes clínicos) debido a normas de ética y confidencialidad en la institución; desconociendo así datos importantes que ayudarían a la mejor comprensión de la problemática (control de síntomas, diagnóstico y estadio de la enfermedad, entre otros).

Adicionalmente, existe el criterio de selección, donde aquellos pacientes que al momento de realizar la aplicación de instrumentos presenten deterioro físico y/o cognitivo, no podrán ser tomados como parte de la muestra a estudiar.

Finalmente, el escaso registro de estadísticas o información oficial global y actual (2015) sobre el control de diagnósticos médicos realizados, asistencias y seguimientos médicos a pacientes con cáncer en el Hospital Oncológico y el país en general.

Capítulo II. Marco Teórico

2. 1 Antecedentes de investigaciones sobre malestar emocional y calidad de vida en pacientes oncológicos.

La enfermedad por cáncer ha ganado auge investigativo desde el siglo XVIII, donde se comenzaron a indagar aspectos relacionados a sus orígenes, tipos y posibles tratamientos efectivos. Con el paso del tiempo, los científicos y diversos profesionales han ido realizando estudios sobre diversas variables médicas, tales como: factores de riesgo, aspectos genéticos y clínicos en diversos tipos de cáncer, predominancia del cáncer según la región de estudio, eficacia de los tratamientos médicos, etc.

Asimismo, existen investigaciones de tipo psicosocial orientadas a conocer los mecanismos de afrontamiento en los pacientes oncológicos, autoestima, efectos de la comunicación del diagnóstico, trastornos adaptativos y del ánimo, estrés, entre otros, con el fin de profundizar en el fenómeno. Sin embargo, debido al enfoque otorgado a la presente investigación, se hará una breve reseña de estudios realizados respecto al malestar emocional y calidad de vida¹.

Remontándonos a 1993, respecto a malestar emocional, en Estados Unidos, los investigadores Carroll, Kathol, Wald, Clamon & Rosell, realizaron un estudio con pacientes hospitalizados y ambulatorios, con el objetivo de identificar niveles de ansiedad y depresión (utilizando escala HADS²); encontrando que el 17.7% de la población era propensa a padecer ansiedad y el 9.9% a trastornos depresivos según criterios del DSM- III-R.

¹ Cabe mencionar que dichas variables son centrales en la investigación, por ello se abordan detalladamente en su respectivo apartado. Ver página 39 y 44.

² Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

Es importante denotar, cómo años más tarde; en 1997 en Noruega, aplicando el mismo instrumento evaluador, se obtuvieron resultados similares; es decir, presencia de ansiedad en un 13% y depresión en un 9% de la población estudiada,(Ass, Fossa, Aloe & Dahl). Además, dicha investigación arrojó resultados como los siguientes:

- El riesgo de padecer malestar emocional es aproximadamente el doble para los pacientes hospitalizados, a diferencia de los pacientes en consulta externa.
- Existe una correlación significativa entre ansiedad y depresión con la alteración en la capacidad de continuar el trabajo profesional y/o actividades diarias, alteración en la vida social, problemas psiquiátricos previos, el funcionamiento físico, la fatiga y el dolor.

Adicionalmente, los investigadores españoles Vega et al. (2002), confirmaron la incidencia del malestar emocional en la población a tratar, realizando una relación con aspectos sociodemográficos.

La investigación reveló que los pacientes casados, que convivían con su cónyuge e hijos, fueron los que consiguieron mayor puntuación en la subescala de ansiedad pero no en la subescala de depresión. Los síntomas depresivos que son superiores a los puntos de corte eran más frecuentes en pacientes jubilados.

Asimismo, no surgieron datos significativos sobre la localización del tumor o la presencia de enfermedades relacionadas y el malestar emocional. Sin embargo, la presencia de metástasis diferenciaba al subgrupo, en donde la sintomatología depresiva era más frecuente. Los pacientes que han terminado recientemente la quimioterapia (menos de un mes) obtuvieron puntuaciones más altas en casi todas las escalas.

Por otro lado, al evaluar la prevalencia del malestar emocional en pacientes según su evolución en la enfermedad, se encuentra un 63% si se toma en cuenta a pacientes que en algún momento de la enfermedad presentaron dichos síntomas (Henselmans y otros, 2010), un 37% de pacientes que reciben radioterapia presentan ansiedad y depresión (Hernández, 2012), y un 41-47% alcanza niveles de intensidad que puede considerarse equivalentes a un trastorno psicopatológico (Hegel et al. 2006).³

Como se observa, en las investigaciones mencionadas, los indicadores de ansiedad y depresión se ven relacionados no sólo con aspectos propios de la enfermedad (tratamientos, estadio, funcionamiento físico), sino que afectan los demás aspectos psicosociales del paciente; por ende, guarda relación con la calidad de vida.

Dicha relación, se convierte en área de interés para los investigadores Terol y otros (2000), quienes en España, realizaron un estudio longitudinal en pacientes con cáncer que recibían tratamiento de quimioterapia, con el objetivo de evaluar sus niveles de calidad de vida y distrés durante la enfermedad.

Los investigadores, observaron que el impacto social, los síntomas de la enfermedad y el impacto económico se relacionan con la depresión al inicio del tratamiento; mientras que dichos factores se relacionaron con la ansiedad en la segunda fase del estudio; es decir, después del tratamiento recibido.

Asimismo, encontraron que el funcionamiento físico, los síntomas de la enfermedad- tratamiento y el impacto social fueron las dimensiones de calidad de vida más afectadas durante la administración del tratamiento.

³ Revisar "Salud mental y Malestar Emocional en pacientes con cáncer" (Hernández et al. 2012)

Según los datos, al comparar en los dos momentos las dimensiones e índices globales de calidad de vida, los resultados muestran sensibles variaciones que deben ser consideradas; puesto que, en la primera fase se obtuvo una puntuación 6.8 y en la segunda fase 6.2. Sin embargo, los pacientes perciben significativamente peor condición física durante la etapa final de su tratamiento (7.1 en primera fase y 5.8 en segunda fase de estudio).

Lo anterior, fue confirmado por los investigadores chilenos Fonseca, Schlack, Mera, Muñoz y Peña (2013), al realizar una evaluación de calidad de vida a 77 pacientes con diagnóstico de cáncer terminal, encontrando que los factores más influyentes en la calidad de vida global fueron: bienestar funcional (5.6), bienestar físico (5.37) y bienestar emocional (5.11).

Por consiguiente, concluyeron que las evaluaciones de calidad de vida en población con enfermedad oncológica permiten principalmente devolver la atención en la persona y sus necesidades, facilitando entregarles lo que ellas necesitan y no lo que los médicos suponen. Éstas debieran ser incorporadas a la evaluación rutinaria y periódica de los pacientes oncológicos, ya que permiten averiguar oportunamente las áreas problemáticas, y en un segundo tiempo realizar intervenciones puntuales no sólo en el ámbito médico, que le brinden al paciente, familia y amigos una mejor calidad de vida en su etapa terminal o durante el desarrollo de la enfermedad.

2.1.1 Datos Epidemiológicos del Cáncer en Latinoamérica y El Salvador

Las enfermedades crónicas como el cáncer, afectan actualmente a muchos países del mundo, aunque unos sean más afectados por otros debido a sus condiciones de desarrollo socioeconómicos.

En el siguiente apartado, se exponen datos epidemiológicos a nivel internacional y de El Salvador respecto al cáncer, detallando su prevalencia, morbilidad y mortalidad, entre otros aspectos que resultan importantes para conocer la presencia de dicha enfermedad en nuestro medio.

En correspondencia a lo anterior según las estadísticas obtenidas por GLOBOCAN 2008, el cual consiste en un proyecto sobre estimaciones mundiales de incidencia y mortalidad por cáncer; identificaron alrededor de 12.7 millones de casos nuevos y 7.6 millones de muertes por cáncer para el 2008.

Además, registran que el cáncer de mama en mujeres y el cáncer de lengua en hombres son la causa de muerte más frecuente en los países desarrollados y en vías de desarrollo (Global Cancer Statistics, 2011).

Por otro lado, los datos globales estadísticos respecto al cáncer según la Organización Mundial de la Salud (2015) confirman la tendencia de crecimiento en los casos de cáncer, por mencionar los siguientes datos:

- El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer.
- Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años.
- En 2012, los cánceres diagnosticados con más frecuencia en el hombre fueron los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado.
- En la mujer fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago.
- Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol.

- El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, y es la causa más del 20% de las muertes mundiales por cáncer en general, y alrededor del 70% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón.
- Los cánceres causados por infecciones víricas, tales como las infecciones por virus de las hepatitis B (VHB) y hepatitis C (VHC) o por papiloma virus humanos (PVH), son responsables de hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios.
- El 70% de todas las muertes por cáncer registradas en 2012 se produjeron en África, Asia, América Central y Sudamérica. Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 en las próximas dos décadas.

Respecto a los datos estadísticos en El Salvador, la Organización Mundial para la Salud (2012) declara:⁴

De acuerdo al Atlas Global de Cáncer de la OMS del 2012, en El Salvador se registran 9,000 caso por año y 5,926 personas fallecen por cáncer. Los cáncer más frecuentes en las mujeres son: cérvix (24.8%), mama (23.7%) y cuello (16.3%) en los hombres son: próstata (27%), estómago (19.5%) y colorectal (7.9%).

El promedio anual de atenciones en los servicios hospitalarios en la red del MINSAL son: Consultas ambulatorias: 46,339; Egresos hospitalarios: 7,372; Cirugías: 5,826 y las Defunciones hospitalarias: 726; SIMMOW (Sistema de Morbimortalidad 2009-2013).

⁴ Ver más en comunicado de prensa por el Ministerio de Salud de El Salvador “Ministerio de Salud avanza en la Política Nacional de Atención Integral al paciente con Cáncer” (2015).

Según datos del Ministerio de Salud (SIMMOW 2010-2014) respecto a los diagnósticos de primera vez por tumores atendidos en consulta ambulatoria, se observa una tendencia al crecimiento, ya que a comparación del 2010 con 7,194 consultas realizadas, en el 2014 se realizaron 8, 852 consultas.

Tabla 1. Diagnóstico de primera vez de tumores atendidos en consulta ambulatoria en MINSAL

Año 2010 - 2014	
Año	Consultas de primera vez
2010	7,194
2011	6,431
2012	6,342
2013	7,953
2014	8,852

Fuente: Sistema de Morbimortalidad (SIMMOW)

Por otro lado, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social⁵ expresa mediante sus registros estadísticos, que durante el 2010 se realizaron 1,848 casos nuevos de cáncer, los cuales 1,083 fueron mujeres y 765 hombres; siendo las mayores causas el cáncer de mama y de piel.

Durante el 2011, se registraron 1,906 casos nuevos de cáncer, de los cuales el 60% fue población femenina y el 40% masculina: identificándose nuevamente casos de cáncer de mama y de piel mayormente.

⁵ Instituto Salvadoreño del Seguro Social (8 de Abril 2015). Comunicación personal.

Respecto al 2012, el ISSS registra un leve crecimiento con 1,940 casos nuevos de cáncer, mayoritariamente cáncer de mama (357 casos) y cáncer del sistema digestivo (296). Nuevamente la población femenina obtiene el mayor porcentaje de casos diagnosticados al poseer 1,209, y los hombres poseen 731 casos atendidos.

En el 2013, las cifras se elevaron a 2,122 casos de tumores malignos, 822 fueron hombres y 1,300 mujeres. Según las estadísticas de la institución, los cánceres mayormente detectados para este año fueron: cáncer de mama, carcinoma de piel, cuello uterino, próstata y cáncer colorrectal.

Finalmente, para el 2014 se identificaron 1,814 casos por cáncer; 1,001 mujeres y 713 hombres. Nuevamente sobresalieron los casos de cáncer de mama y de piel. Concluyendo que el sector femenino es el más afectado por la enfermedad; así como una tendencia al aumento en casos por esta enfermedad. *(Ver anexo 1. Estadísticas de cáncer del ISSS a nivel nacional (2010 - 2014)).*

2.1.2 Historia del Hospital Oncológico de ISSS

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social tiene más de cinco décadas brindando servicios médicos a sus cotizantes desde el 14 de Mayo de 1954. En las próximas décadas el ISSS amplió sus áreas y localidades de atención en diferentes puntos del país, sin embargo fue hasta Noviembre de 1993 que se construyó la Torre Oncológica (inaugurado como Unidad de Oncología) donde se atiende a personas con cáncer. Aquí se encuentra el equipo de cobaltoterapia más moderno de Centroamérica.

Dos años más tarde en 1995, con el objetivo de ofrecer una atención oportuna a los derechohabientes que padecen enfermedades oncológicas y debido a su alta demanda, se inaugura el Hospital de Oncología, como un área sub-especializada del ISSS y con funcionamiento hasta el día de hoy; prestando servicios en las especialidades médicas de: Oncología Clínica, Hematología, Cirugía Oncológica, Radioterapia, Allogología, Psiquiatría, Psicología, Fisioterapia, Neumología, Infectología. Alergología e inmunología.

Durante el año 2008 se obtuvo la adquisición y puesta en funcionamiento de la Bomba de Cobalto, la cual se encuentra en funcionamiento en el Oncológico del ISSS y en el Hospital Médico Quirúrgico con el cual de acuerdo a convenios con el MSPAS⁶. Se realiza la colaboración de ambos hospitales para aminorar los tiempos de espera de los derechohabientes y dar mejor atención en radioterapia. Además el Oncológico del ISSS ha establecido convenios con el Ministerio de Salud (agosto del 2007) en la adquisición de medicamentos y el Hospital Divina Providencia (abril de 2013) para brindar cuidados paliativos.

Además, cuenta con 278 profesionales de la salud entre ellos: paramédicos, médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, técnicos, personal administrativo; funcionando únicamente de las aportaciones de los afiliados al Instituto Salvadoreño del Seguro Social. En la actualidad el Hospital Oncológico del ISSS es dirigido por el Director Guillermo Antonio Marroquín y el Sub-director Dr. Ramón Menjívar.



⁶ Ministerio de Salud Pública Asistencia Social

2.2 La enfermedad por cáncer

La palabra cáncer tiene un origen muy antiguo y deriva del griego karkinos (kapkivoc), que significa “cangrejo”. El nombre proviene de la comparación del cangrejo con las masas neoplásicas que avanzan progresivamente con ramificaciones que se adhieren al tejido sano, afectando crónicamente a otros.

Según la Organización Mundial de la Salud (2015); define cáncer como “la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos”.

Para comprender el proceso de creación de neoplasias en el ser humano, es importante conocer que las células en su funcionamiento normal crecen, se reproducen y mueren según el cuerpo las necesite; si aparece algún daño celular que no puede ser reparado, dicha célula se autodestruye para no transmitir el daño a sus células descendientes.

Cuando este procedimiento se altera, surgen células anormales y en lugar que ellas sean desechadas por el cuerpo, éstas no mueren, continúan reproduciéndose; dando paso así, al surgimiento y formación de tumores, los cuales pueden llegar a convertirse en malignos o neoplasias.

Una vez formada la neoplasia, el tumor puede ser sólido (masas de tejido) o líquido (en la sangre), los cuales se extienden desde el lugar donde se encuentra el tumor original hasta invadir otros órganos lindantes, formando nuevos tumores. Cabe mencionar que la evolución del cáncer está relacionada a múltiples factores, dependiendo del tipo de tumor y de características del paciente.

Ahora bien, dicho proceso y evolución de la enfermedad estará sujeto a factores capaces de originar el cáncer tales como, los aspectos genéticos; es decir que en la familia exista un registro de padecimientos a causa del cáncer generalmente cáncer de mama, cérvix y de próstata y/o antecedentes en la persona de trastorno de ansiedad o depresión.

Además, aspectos ambientales como productos químicos, contaminación, productos industriales, medicamentos y procesos médicos u otros aspectos relacionados al estilo de vida (dieta, ingesta de alcohol, tabaco, comportamiento sexual y reproductivo); sin embargo, las investigaciones aún no son concluyentes para estos aspectos.

2.2.1 Tipos de cáncer

Resulta difícil elaborar una lista completa sobre las diferentes tipologías de cáncer, ya que, pueden existir tantos tipos de cáncer como los hay de enfermos, pues dependerán de su anatomía patológica o alteraciones moleculares y celulares específicas. No obstante, la Sociedad Española de Oncología Médica (Puente, 2015) y el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (2014), coinciden en la siguiente clasificación del cáncer, detallando los siguientes términos comunes:

Carcinoma: Se forman en las células epiteliales, las cuales son las células que cubren las superficies internas y externas del cuerpo, es decir, son las células que cubren las superficies de los órganos, glándulas o estructuras corporales. Representan más del 80% de la totalidad de los cánceres, incluyendo las variedades más comunes de cáncer de pulmón, mama, colon, próstata, páncreas y estómago, vejiga, riñones, entre otros.

Sarcoma: Se trata de un tumor maligno que se origina en el tejido conectivo, que forman los huesos (ostiosarcoma), cartílagos (condrosarcoma), tejido adiposo o grasa (liposarcoma), vasos sanguíneos (angiosarcoma), músculos y tejidos fibrosos.

Leucemia: Son aquellos cánceres que se originan en la médula ósea, popularmente son conocidos como cáncer en la sangre. Dichos pacientes no presentan tumoraciones sólidas, sino que un gran número de glóbulos blancos anormales (células leucémicas y blastocitos leucémicos) se acumulan en la sangre y en la médula ósea, y desplazan a los glóbulos normales de la sangre. La concentración baja de células normales de la sangre puede hacer que el cuerpo lleve con dificultad oxígeno a los tejidos, que no controle las hemorragias o que no combata las infecciones.

Hay cuatro tipos comunes de leucemia, los cuales se agrupan de acuerdo a la rapidez con la que empeora la enfermedad (aguda o crónica) y del tipo de glóbulo en donde empieza el cáncer (linfoblástico o mieloide).

Linfoma: Consiste en un cáncer que empieza en los linfocitos, estos son glóbulos blancos que combaten las enfermedades y que forman parte del sistema inmunitario.

2.2.2 Estadios de la enfermedad por cáncer

Los estadios son arbitrarios y su eficacia se pone de manifiesto cuando existe un consenso sobre su uso como terminología estándar para seleccionar el tratamiento y sobre la valoración final. No obstante, los criterios exactos dependen de cada localización visceral y las definiciones se proporcionan sólo a modo de guía. Según Rubin (2003), plantea las siguientes clasificaciones de estadios:

Estadio I, T1, N0, M0: Se aprecia en la exploración clínica una masa confinada al órgano origen. La lesión es operable y resecable sólo con afectación local, y no existe diseminación ganglionar ni vascular. Este estadio ofrece las mejores posibilidades de curación (70- 90%).

Estadio II, T1 o T2, N1, M0: Se aprecian en la exploración clínica indicios de diseminación local hacia el tejido circundante y la primera estación de ganglios linfáticos. La lesión es operable y resecable, pero debido a la mayor extensión local, no existe certeza sobre su total extirpación. La muestra de tejido contiene indicios de microinvasión capsular y de los linfáticos. Este estadio ofrece buenas posibilidades de curación (alrededor del 50% \pm 5%).

Estadio III, cualquier T3, o cualquier N2, M0: Se aprecia en la exploración clínica un gran tumor primario adherido a estructuras profundas, con invasión ósea y con ganglios afectados de forma similar.

La lesión es operable, pero no resecable, por lo que queda gran parte del proceso sin extirpar. Este estadio ofrece algunas posibilidades de supervivencia (alrededor del 20% \pm 5%).

Estadio IV, T4, N3, M1: Existen indicios de metástasis lejos de la localización u órgano de origen. La lesión primaria es inoperable. Existen pocas o ninguna posibilidad de curación en la mayoría de las localizaciones (<5%).

2.2.3 Tratamientos médicos del cáncer.

La inadecuada información acerca de los tratamientos utilizados para combatir el cáncer, probablemente es uno de los aspectos más estresantes y generadores de malestar emocional en los pacientes oncológicos, sin importar la fase de la enfermedad en que se encuentren. Por esta razón es importante mencionar cuáles son los principales procedimientos médicos y en qué consisten. La American Cancer Society (2015) clasifica⁷:

⁷ Para fines de la investigación presente únicamente se explicarán los tratamientos que se evaluarán en la muestra a estudiar.

-*Quimioterapia*: Significa el uso de cualquier medicamento (como aspirina o penicilina) para tratar cualquier enfermedad, para la mayoría de las personas se refiere al uso de medicamentos para el tratamiento del cáncer. En la quimioterapia los medicamentos viajan a través de todo el cuerpo para llegar hasta las células del cáncer.

Efectos secundarios físicos: anemia, cansancio, náuseas/vómitos, úlceras orales, pérdida de pelo, estreñimiento, diarrea, dolor, problemas de sexualidad, entre otros.

-*Radioterapia*: La radiación es energía que se transmite mediante ondas o mediante una corriente de partículas. Funciona al dañar los genes (ADN) en las células. Los genes controlan la manera en que las células crecen y se dividen. Cuando la radiación daña los genes de las células cancerosas, estas ya no pueden crecer y dividirse. Con el tiempo, las células mueren. Esto significa que la radiación se puede usar para destruir las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores.

Efectos secundarios físicos: cansancio, reacciones en la piel, caída del pelo efectos sobre la boca: mucositis, hongos, alteración de glándulas salivales, alteraciones dentales, diarrea, náuseas y vómitos, molestias al orinar, entre otros. (Asociación Española contra el Cáncer, 2012).

Ahora bien, de forma general los objetivos de los tratamientos médicos contra el cáncer son: Curación de la enfermedad; controlar o reducir el tamaño del tumor, evitar su propagación a otros órganos y cuidados paliativos; sin embargo, es importante tomar en cuenta los efectos psicológicos de dichos tratamientos para promover una mejor calidad de vida en los pacientes.

Por lo anterior, es importante la desmitificación acerca de los procedimientos médicos, siendo vital para la persona diagnosticada que tenga un conocimiento apropiado; éste contribuirá a que asimile y enfrente la enfermedad de la manera más adecuada que sea posible.

Debido al estigma social y la desinformación de los medios de comunicación, la predisposición a esperar lo peor acerca de los tratamientos médicos contra el cáncer, se podría considerar hasta natural; sin embargo el trabajo del equipo multidisciplinario es crucial para que el paciente obtenga información verídica y precisa de los procedimientos y la condición médica en la que se encuentra.

2.2.4 Respuesta Psicológica del paciente con cáncer

En el apartado anterior se mencionaron los efectos físicos secundarios de los tratamientos médicos recibidos; a continuación se mencionarán las reacciones emocionales ante la vivencia de la enfermedad por cáncer, y su impacto dependerá de: características de personalidad, redes de apoyo, edad, estilos de afrontamiento, fase en la que se encuentra el tipo de cáncer diagnosticado, etc.

Alonso y Bastos (2011), señalan las diferentes reacciones emocionales que la persona experimenta dependiendo la fase de la enfermedad en que se encuentre:

1. Fase del diagnóstico: Kauffman, 1989, citado por Alonso y Bastos (2011), plantea las siguientes series de fases dentro del diagnóstico:
 - ▶ La que precede al diagnóstico: que se determina por variables como edad, sexo, clase social, nivel cultural, educación sanitaria, además de variables asociadas con el miedo a la enfermedad.
 - ▶ La confirmación del diagnóstico: cuando la persona se le confirma un diagnóstico positivo se produce un shock, debido a que automáticamente se asocia el cáncer con muerte y pérdida de proyectos personales.
 - ▶ Reconocimiento de la propia enfermedad: consiste cuando la persona asume la situación real del diagnóstico, aunque no siempre sucede en esta etapa

2. Fase de tratamiento: Debido a lo invasivo de los tratamientos y los efectos secundarios que estos producen, el paciente en un corto periodo de tiempo se ve drásticamente afectado física y psicológicamente, experimentando reacciones emocionales como: ansiedad, miedo, pérdida de control, indefensión y sentimientos de inutilidad.
3. Fase de remisión: En el momento en que los tratamientos han finalizado y no existe evidencia de la enfermedad se le conoce como remisión. En la presente fase es cuando muchos de los pacientes solicitan ayuda psicológica gracias a un fenómeno de “toma de conciencia” que lo emociona y es cuando los pacientes se “permiten” deprimirse o se sienten asustados, indefensos, e inseguros debido a que no existe una seguridad que la enfermedad ha desaparecido totalmente.
4. Fase de recidiva: Sucede cuando el cáncer reaparece después de un periodo más o menos largo de tiempo. Las posibilidades en los tratamientos ahora están limitadas y el paciente se siente culpable y enfadado debido al hecho de no haber superado la enfermedad y tener que volver a realizar todo el procedimiento de nuevo, experimentando emociones de rabia, tristeza, ansiedad, angustia, miedo, incertidumbre, rasgos depresivos e indefensión ante la falta de control de la enfermedad.
5. Fase Terminal: Cuando las posibilidades de una curación son escasas o nulas se le denomina fase terminal. La persona atraviesa dificultades físicas y emocionales en un proceso de adaptación, en el cual se identifican tres momentos:
 - El impacto, experimentándose emociones de negación y reacciones de ansiedad.
 - El afrontamiento, reaccionando con miedo, rabia, ira y un estado de ánimo deprimido.
 - El de adaptación en el cual disminuye las reacciones emocionales anteriores y el paciente retoma sus habilidades personales para asimilar su realidad

Huertas (Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, 2012) confirma la clasificación mencionada anteriormente, sin embargo añade la Fase de supervivencia: la cual consiste en las reacciones emocionales tras haber superado el cáncer. Es en esta etapa, donde la persona percibe secuelas físicas y psicológicas experimentadas en el tratamiento y por el proceso de institucionalización; además deberá reintegrarse a sus actividades cotidianas.

“El significado que el paciente construye alrededor del cáncer, es fundamental, porque de la manera de cómo se confronte el diagnóstico, la persona convivirá de forma negativa su enfermedad” (Huertas, 2012, p. 250).⁸

En resumen, se puede determinar que desde el momento en el cual la persona comienza a realizarse evaluaciones médicas para descartar un posible diagnóstico de cáncer, ésta recorre un camino en el cual experimenta diferentes reacciones emocionales, que desarrollarán un afrontamiento adaptativo o no hacia la enfermedad.

Para ello, debe tomarse en cuenta el historial del paciente y cómo ha reaccionado previamente a eventos estresantes para poder hacer un pronóstico del posible ajuste emocional y o psicológico.

2.3 Impacto Psicosocial del paciente con cáncer: Malestar Emocional

La enfermedad por cáncer impacta física y emocionalmente a la persona; pues se considera una situación que pone en alto riesgo a la salud y que es percibida como un problema que sobrepasa sus capacidades de afrontamiento, generando así un distrés o malestar emocional.

⁸ Revisar Paliación y Cáncer (Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, 2012)

Según el Informe de Hastings Center (2007) en su documento *Los Fines de la Medicina*, en el que define a malestar emocional como “*Sensación subjetiva por parte de una persona de que su bienestar físico o mental se halla ausente o mermado, de modo que no puede desenvolverse con normalidad en la vida diaria*”.

Según la NCCN⁹ (2014), malestar emocional se definiría como “*una experiencia emocional desagradable y multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social y/o espiritual que puede interferir en la capacidad de afrontar de forma efectiva el cáncer, los síntomas físicos asociados y el tratamiento pautado.*”

Así mismo, el término distrés debe entenderse como una variedad de respuestas que se extienden a lo largo de un continuo, abarcando por un lado, reacciones emocionales normales tales como: presencia de miedo, preocupación e incertidumbre por el futuro, preocupación por la enfermedad, por los tratamientos y sus efectos secundarios.

Además, provoca tristeza ante la pérdida de salud; ira, enfado o rabia y sentimientos de pérdida de control; falta de sueño, apetito o concentración; así como preocupaciones o pensamientos sobre la enfermedad y la muerte.

Por el otro lado del continuo, se encuentran las respuestas emocionales graves, las cuales consisten en cuadros clínicos de depresión y ansiedad; crisis familiares y/o existenciales o espirituales.

Desde el 2004, la agencia de salud pública del Gobierno Federal de Canadá, declaró el malestar emocional o distrés como el 6° signo vital al igual que el pulso, la respiración, la presión sanguínea, la temperatura y el dolor.

⁹Nacional Comprehensive Cancer Network

Actualmente, son más de setenta organizaciones profesionales y los organismos internacionales que respaldan dicha propuesta, ya que este signo se asocia a una serie de consecuencias negativas como una disminuida calidad de vida del paciente, una baja satisfacción con la atención médica recibida y una inadecuada adherencia en las recomendaciones médicas; además de ser considerado una respuesta habitual del paciente con cáncer.

2.3.1 Evaluación de malestar emocional según Hastings Center

Según el trabajo de Cassell, citado por Fraile y Verdú (2012) señala al momento de evaluar malestar emocional o distrés sugiere las siguientes áreas:

- Relaciones consigo mismo según Rosenberg (1965) se refiere a una actitud o sentimiento, positivo o negativo, hacia uno mismo, basada en la evaluación de las propias características e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo.
- Relaciones con imagen corporal según Raich (1996) es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.
- Relaciones interpersonales según Bisquerra (2003), consiste en una interacción recíproca entre dos o más personas. Se trata de relaciones sociales que, como tales, se encuentran reguladas por las leyes e instituciones de la interacción social.
- Relaciones familiares según Trill (2006) se refiere a la presencia de flexibilidad, cohesión familiar y comunicación abierta y sincera con los miembros de una familia para su adaptación a una dificultad (enfermedad crónica).

- Reacciones emocionales, se entiende como aquellas reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos, en este caso a la enfermedad por cáncer.

A continuación y para fines de la presente investigación, se mencionarán las emociones a estudiar.

La ira es una de las emociones básicas presentes en la vida del ser humano desde su comienzo. Se corresponde con un estado que implica una gran variabilidad de elementos internos y externos que difieren en intensidad, desde la irritación media o la contrariedad hasta la furia intensa o la cólera, y que funciona como el principal antecedente emocional de la conducta agresiva y violenta.

En el paciente oncológico, cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, envidia, y resentimiento. Les surge la siguiente pregunta: “¿Por qué yo? “. Esta fase de ira a diferencia de la anterior es muy difícil de afrontar para la familia y el personal. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas las direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar. La familia que les visita es recibida con poco entusiasmo, con lo que el encuentro se convierte en algo violento. Luego responden con dolor y lágrimas culpabilidad o vergüenza, o evaden futuras visitas, lo cual sólo sirve para evitar la incomodidad y el disgusto del paciente. A donde quiera que mire el paciente en esos momentos, encontrara motivos de queja.

La desesperanza, según Folkman (2010) se trataría de una actitud mental de afrontamiento que tiene tonos emocionales negativos. Es un planteamiento que lleva a la persona afectada a sentarse y esperar la muerte, a considerar y expresar abiertamente que no hay nada que hacer; con lo que la esperanza se anula, siendo la principal causa de depresión de estos pacientes.

Es importante mencionar que cuando el dolor se cronifica, supone para el enfermo oncológico, su familia y la parte de la comunidad más relacionada con ellos, un importante elemento perturbador desde los puntos de vista físico, moral, social y económico, provocando así un estado que se denomina sufrimiento. Este estado, que no se limita a una experiencia sensorial, si no que por el contrario tiene importantes consecuencias sobre la vida afectiva del ser humano, llega a minimizar sus ilusiones, a desintegrar la personalidad y negativizar su espíritu; en otras palabras, el sufrimiento intenso aumenta el sentimiento de desesperanza, porque el dolor no tiene un propósito determinado, ni finalidad alguna.

Adicionalmente, los pacientes que sufren pueden tener una variedad de sentimientos que van desde la vulnerabilidad y la tristeza hasta la depresión, el pánico, el aislamiento y la ansiedad (consiste en el miedo, el pavor y la incomodidad que causa la tensión). Cabe mencionar que en la presente investigación se determinarán síntomas de ansiedad o depresión, más no el diagnóstico clínico de los mismos, puesto esto requiere una evaluación más detallada.

Síntomas de ansiedad, consiste en un estado emocional subjetivo caracterizado por hiperactividad o aprensión. Según Ortiz (Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, 2012), en pacientes oncológicos puede darse por factores situacionales (dolor no controlado, limitación funcional, procedimientos dolorosos, falta de apoyo social, aislamiento, etc.), causas psicológicas (temor a la muerte, falsas creencias sobre la enfermedad, conflictivas de orden espiritual, preocupaciones por dificultades socioeconómicas, laborales y/o familiares) o debido a causa orgánica.

La ansiedad es un síntoma muy frecuente en los pacientes con cáncer, por el sufrimiento, la expectativa y el temor intenso ante la muerte. En algunos estudios, se ha encontrado que el 44% de los pacientes describen síntomas ansiosos, pero sólo el 23% presentan ansiedad significativa. Los síntomas ansiosos pueden presentarse desde el proceso de diagnóstico, durante el tratamiento y la recaída (Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, 2012).

Síntomas de depresión, según Ortiz (2012) es la sintomatología más común en los pacientes con cáncer; así mismo se puede presentar cuadros clínicamente significativos, que podrían estar relacionados con estancias hospitalarias prolongadas, pobre cumplimiento de los tratamientos, menor calidad de vida, presencia de ideas de muerte y aparición de ideación suicidas.

Sin embargo, la depresión en pacientes con cáncer debería ser diferenciada de la desmoralización. La persona deprimida ha perdido la habilidad de experimentar placer en general, mientras que una persona desmoralizada puede disfrutar el momento presente, si se distrae de los pensamientos desmoralizantes. La persona desmoralizada se siente inhibida en la acción por no saber qué hacer, sintiéndose impotente e incompetente; la persona deprimida ha perdido la motivación y la voluntad, y es incapaz de actuar incluso cuando una dirección apropiada de acción le es conocida.

2.3.2 Importancia de la Evaluación de Malestar Emocional.

La evaluación clínica del distrés emocional como parte del proceso de evaluación psicosocial nos ofrece la oportunidad de identificar pacientes con un elevado riesgo de experimentar alteraciones emocionales antes de ser informados de su diagnóstico de cáncer.

Además, evaluaciones de distrés emocional posteriores al diagnóstico de cáncer, cirugía, o inicio de tratamientos de quimioterapia o radioterapia podrían ofrecer evidencia clínica muy valiosa de la necesidad de intervención psicológica para el tratamiento de dicha sintomatología psicológica, ya que los pacientes además del alivio y control de sus síntomas necesitan de: seguridad, sensación de pertenencia, recibir afecto y tener la confianza de que sus familiares y amigos estarán atendiéndole, entre otras necesidades psicológicas.

Evidentemente, una evaluación rutinaria de distrés o malestar emocional logrará que el profesional o equipo sanitario sean sensibles a los síntomas fisiológicos más molestos y se interesen por otros elementos que completen el bienestar; permitiendo que el paciente este más dispuesto a transmitir y comunicar sus necesidades emocionales y espirituales, trayendo como consecuencia una atención integral y que vele por su calidad de vida.

2.4 Calidad de vida en pacientes oncológicos

El término calidad de vida fue utilizado por primera vez a finales de los años 50 del siglo pasado, sin embargo, se relacionaba con aspectos de higiene pública, derechos humanos, laborales y ciudadanos, etc. Es hasta 1945, cuando la Organización Mundial para la Salud define salud, como “*el estado de bienestar físico, psíquico y social y no únicamente la ausencia de enfermedad*”; cuando muchos autores dan auge al desarrollo y evolución del concepto de Calidad de Vida.

De tal forma, podemos enunciar las diversas definiciones que cronológicamente se han ido formando respecto al término. En 1976, Andrews y Withey entienden que calidad de vida no es solo el reflejo pasivo de las condiciones objetivas, sino es la evaluación de éstas por parte del individuo; es decir, consiste en la valoración que el sujeto hace de su entorno y el significado que le otorga a su bienestar.¹⁰

¹⁰Dicho concepto será retomado por el grupo investigador como definición de la variable.

En 1986, el término fue profundizado y los autores Abbey y Andrews modelaron los determinantes psicológicos de la calidad de vida; además propusieron que las variables social-psicológicas como el estrés, el control sobre la propia vida, el control por otro, el apoyo social y el desempeño personal; influyen las variables psicológicas de la ansiedad y la depresión, que entonces determinan los resultados de la Calidad de Vida (CV), tales como el disfrute, la irritación emocional, el éxito en la vida y la evaluación del yo.

La OMS, en 1993, la define como el término que hace alusión a los aspectos multidimensionales de la vida en el contexto del sistema de valores y la cultura del individuo, y abarcando las metas personales, expectativas, niveles de vida y preocupaciones de una persona.

Sin embargo, desde el año 1982, los autores Kaplan y Bush propusieron en su definición un nuevo término llamado “Calidad de Vida Relacionada con la Salud” (CVRS), el cual en la actualidad se ha venido estructurando de mejor forma y ganando auge.

De tal modo que en 1995, Shumaker y Naughton realizan la definición del nuevo término, como aquella que se refiere a:

La evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar (p.125).

Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional.

Debido a lo antes mencionado, resulta necesario indicar la diferencia entre ambos conceptos, aunque es relativamente sutil, ya que, mientras la Calidad de Vida hace énfasis sobre los aspectos psicosociales sean estos cuantitativos y/o cualitativos del bienestar social y del bienestar subjetivo general, en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud se da mayor énfasis a la evaluación de parte del individuo sobre las limitaciones, que en diferentes áreas biológicas, psicológicas y sociales le ha procurado el desarrollo de una determinada enfermedad y/o accidente,(Quiceno y Vinaccia, 2012).

Ahora bien, en la presente investigación se trabajará con el término de Calidad de vida, para el cual existe un acuerdo en sus características que se consideran importantes y que se tienen en cuenta a la hora de su medición, los cuales consisten en: la subjetividad de la evaluación, la temporalidad, la multidimensionalidad y la relación con el estado de salud.

Dicho en otras palabras, debe ser el propio paciente quien mida su calidad de vida, ya que se trata de un fenómeno subjetivo donde los factores psicológicos pueden influir en la percepción del paciente sobre su enfermedad y su situación. Además, estas valoraciones de CV son temporales, y pueden variar debido a factores como los cambios que se producen en la situación del sujeto o en los criterios con los que éste evalúa dicha situación (el paciente puede aceptar que es normal que haya limitaciones en su vida).

Asimismo, la CV es entendida como un concepto multidimensional, cuya valoración debería incluir las diferentes áreas de la salud que se ven afectadas por la enfermedad y los tratamientos.

2.4.1 Factores relacionados a la calidad de vida

Como se dijo anteriormente, la evaluación de la calidad de vida conlleva un aspecto subjetivo y su medición puede resultar difícil de realizar; sin embargo, con los aportes de la psicometría, expresa que para realizar mediciones objetivas de dimensiones no observables, como es el caso de la calidad de vida; se deben realizar expresiones de componentes, llamados variables latentes, componente estructural, factores o dominios (Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, 2012).

Por ende, la mayoría de los autores consideran las dimensiones para Calidad de Vida como: funcionamiento físico, social, psicológico, y las de los síntomas de la enfermedad y efectos secundarios de los tratamientos (Arrarás et al., 2011).

Shumaker y Naughton, 1995, citados por Quiceno y Vinaccia (2012), plantearon que las dimensiones utilizadas con más frecuencia para evaluar Calidad de Vida Relacionada a la Salud son:

1. Estado funcional: consiste en el grado de realización de las actividades cotidianas (tanto de autocuidado como instrumentales) relacionadas con la propia autonomía, independencia y competencia.

2. Funcionamiento psicológico: hace referencia a la presencia de malestar o bienestar vinculados a la experiencia y vivencia del problema de salud, su diagnóstico o tratamiento particular o ante la vida en general.

3. Funcionamiento social: hace énfasis en la presencia de problemas en la ejecución de las actividades sociales cotidianas y deseadas, así como los efectos en la limitación de realización de los roles sociales de cada uno.

4. Sintomatología asociada al problema de salud y su tratamiento: hace alusión a los signos y síntomas de la enfermedad (dolor) y/o efectos secundarios o colaterales de la terapia (sedación, náuseas, irritabilidad, etc.).

2.4.2 Importancia de la evaluación de calidad de vida

En un estudio se encontró que la correlación entre la calificación que hacía el médico sobre el deterioro de un grupo de pacientes con cáncer, no coincidía con la evaluación que éstos hacían de su calidad de vida (Fisch et al. 2003).

Con lo anterior, se manifiesta la importancia de conocer las valoraciones del paciente sobre su enfermedad, tal como lo planteaba Bayés (2000), evaluar los niveles de calidad de vida favorece en el sentido que permite: a) conocer el impacto de la enfermedad y/o tratamiento, aun nivel relevante, diferente y complementario al del organismo; b) conocer mejor al enfermo, su evolución y adaptación a la enfermedad; c) conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos; d) evaluar mejor las terapias paliativas; e) eliminar resultados nulos de determinados ensayos clínicos; f) ampliar los conocimientos sobre la evolución de la enfermedad; g) ayudar en la toma de decisiones médicas; h) potenciar la comunicación médico/paciente i) facilitar la rehabilitación de los pacientes.

Pedraza (Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, 2012), confirma su importancia, pues asegura que las mediciones de calidad de vida proporcionan una visión global de cómo las enfermedades y sus tratamientos afectan la capacidad del paciente para vivir con bienestar.

Adicionalmente, las mediciones de CVRS permiten evaluar la vivencia de la enfermedad y los efectos de los tratamientos desde la perspectiva del paciente, lo cual resulta útil cuando se quieren comparar diferentes intervenciones. Sin dejar de lado, que tener información sobre calidad de vida resulta importante, ya que, permite la planificación de estrategias de cuidado multidisciplinario; lo que resulta de gran utilidad para el diseño de políticas de atención en salud.

No obstante, cada vez se realizan con más frecuencia ensayos clínicos en los que se valora la calidad de vida con cada uno de los tratamientos que se están valorando, pero ello no conlleva asociado (en la mayoría de las situaciones) un cambio en la práctica clínica vinculado a los resultados.

Según Movsas, 2003, citado por Martínez (2005), plantea en su trabajo realizado con más de 100 oncólogos canadienses, que el 75% afirmaba considerar que en futuros estudios aleatorizados, la CVRS debería ser un resultado a tener en cuenta aún más importante que la medición de la supervivencia.

En ese mismo estudio el 100% de los encuestados refería que cambiaría su práctica clínica con los resultados que se publicasen en un estudio en el que se valorase la CVRS, sin embargo más del 50% de dichos oncólogos reconocía que el trabajo relacionado con la valoración de la calidad de vida debería recaer sobre el personal de enfermería, dada la falta de tiempo que padecen, y debido que consideran que su tiempo lo deben emplear en cuestiones más importantes (relegando, por tanto, la calidad de vida a un segundo plano).

A consecuencia de ello, Martínez (2005), plantea que los oncólogos clínicos deben tomar conciencia de que la calidad de vida es un objetivo crítico necesario para orientar al paciente a la hora de tomar una decisión respecto a su enfermedad y su tratamiento (para lo cual se requiere por tanto que el paciente cuente con un alto grado de información).

En conclusión, “El cáncer puede ser considerado, en general, como un evento vital estresante, que afecta no sólo al individuo que lo recibe, sino también a su entorno familiar y social más directo” (Huertas, 2012, p. 324).

Adicionalmente, la manera en cómo se percibe el cáncer en la sociedad actual influye de gran medida en cómo reacciona el paciente ante ella. El cáncer a diferencia de otras enfermedades crónicas, lleva consigo la estigmatización de la sociedad como un sinónimo de muerte y desesperanza, por lo que tan sólo su pensamiento y posibilidad de desarrollo conlleva a una grave afectación emocional del paciente, sus familiares y personas allegadas. A continuación se detalla las hipótesis y variables de la investigación.

Capítulo III. Hipótesis y Variables

3.1 Hipótesis General de Trabajo.

Existe relación entre los indicadores de Malestar Emocional y Calidad de Vida de los pacientes con enfermedad oncológica que acuden a los servicios del Hospital de Oncología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en la ciudad de San Salvador durante el período de octubre a noviembre del año 2015.

- Hipótesis Específicas.

H1. Existe relación negativa entre los indicadores de Malestar Emocional y la Calidad de Vida de los pacientes con enfermedad oncológica.

H₀: No existe relación negativa entre los indicadores de Malestar Emocional y la Calidad de Vida de los pacientes con enfermedad oncológica.

H2. Existe diferencia significativa en los indicadores de Malestar Emocional según los datos generales de la muestra en estudio.

H₀: No existe diferencia significativa en los indicadores de malestar emocional según los datos generales de la muestra en estudio.

H3. Existe diferencia significativa en la Calidad de Vida según los datos generales de la muestra en estudio.

H₀: No existe diferencia significativa en la calidad de vida según los datos generales de la muestra en estudio.

H4. Existe diferencia significativa entre los indicadores de Malestar Emocional y Calidad de Vida en los pacientes en condición de ingreso y tratamiento oncológico.

H₀: No existe diferencia significativa entre los indicadores de Malestar Emocional y Calidad de Vida de los pacientes en condición de ingreso y tratamiento oncológico.

3.2 Operacionalización de las Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
Malestar Emocional	Experiencia desagradable subjetiva con causa psicológica, social, espiritual que afecta en la forma de adaptarse al cáncer, su tratamiento o la situación de enfermedad en general.	Experiencia multifactorial que el sujeto puede describir en términos de sus relaciones consigo mismo y los demás, sus reacciones emocionales asociadas a la enfermedad.	Propuesta de Cuestionario Multidimensional de Malestar Emocional: -Relación consigo mismo/a. -Relación con imagen corporal. -Relaciones interpersonales. -Relación familiar. -Reacciones emocionales.
Calidad de Vida	Valoración subjetiva que realiza la persona sobre su estado general de bienestar y las limitaciones biológicas, psicológicas y sociales debido al desarrollo de una determinada enfermedad.	Es el efecto de la enfermedad y de los tratamientos tal como es percibido por el paciente; es la valoración y la satisfacción de los pacientes con el nivel de funcionamiento real en comparación con lo que perciben como posible o cómo se encontrarían si estuvieran libre de la enfermedad.	Cuestionario FACIT-SP: -Estado físico general de salud. -Ambiente familiar y social. -Estado emocional. -Capacidad de funcionamiento personal. -Otras preocupaciones (Bienestar Espiritual)

Capítulo IV. Metodología

4.1 Tipo de Investigación

La investigación posee alcance descriptivo y correlacional ya que se muestran los indicadores de malestar emocional y calidad de vida presentes en los pacientes con enfermedad oncológica que acudieron al Hospital Oncológico del ISSS. Asimismo, se analizó si existe o no correlación entre dichas variables.

Por otra parte, posee un diseño transversal, debido a que la recolección de datos se realizó en un único momento, es decir de octubre a noviembre del 2015.

4.2 Población

En la investigación en estudio, se entendió por población a todas las personas afiliadas al Instituto Salvadoreño del Seguro Social que acuden a los servicios del Hospital de Oncología durante los meses de Octubre y Noviembre de 2015.

4.3 Muestra

Se realizó una muestra no probabilística de tipo intencional, es decir los sujetos no fueron seleccionados de forma azarosa, pues debieron cumplir los siguientes criterios:

Criterios de elegibilidad:

- Mayor de 18 años de edad.
- Acudir a los servicios del Hospital de Oncología (ingreso hospitalario, consulta externa, quimioterapia y radioterapia).
- Asistir durante los meses de Octubre y Noviembre del 2015.

Criterios de inclusión:

- Participación voluntaria.

- Facilitar consentimiento informado por escrito.
- Adecuada capacidad cognitiva para realizar conversación aproximadamente de 25 minutos y brindar respuestas válidas.

Criterio de exclusión:

- Poseer deterioro físico evidente al momento de aplicar los instrumentos (dolor, náusea, mareos, debilidad, diarrea, otros) y/o cognitivo, debido a tratamiento médico, porque es necesario obtener respuestas coherentes y sinceras para la fiabilidad de la investigación.

Al finalizar la aplicación de instrumentos, los pacientes participantes que asistieron a los servicios del Hospital de Oncología durante los meses de octubre y noviembre; y que cumplieron con los criterios antes mencionados, conformaron la muestra de 103 sujetos.

4.4 Técnicas e instrumentos utilizados:

Propuesta de Cuestionario Multidimensional de Malestar Emocional

Objetivo del Instrumento: Identificar los indicadores de malestar emocional en diferentes pacientes con enfermedad oncológica.

Descripción del Instrumento: Es un cuestionario que puede ser autoaplicado o dirigido por el/la entrevistador/a. Las áreas han sido seleccionadas según el concepto que otorga el informe del Hastings Center (2007); es decir, se exploran áreas: relación consigo mismo/a (5 ítem) y con la imagen corporal (5 ítems), relaciones interpersonales (5 ítems), relación familiar (6 ítems), y las diversas reacciones emocionales (ansiedad, depresión, ira/cólera y desesperanza) con 8 ítems; de esta manera se realiza una evaluación multidimensional del malestar emocional.

Cada ítem se responderá con 5 opciones de respuesta: Siempre (4 puntos), Casi siempre (3 puntos), Algunas veces (2 pts.), Casi nunca (1 pts.) y Nunca (0 pts.). Se realizará un puntaje en cada área donde a mayor puntuación- mejor desarrollo en dicha área; además se obtendrá un puntaje total para determinar un índice global de malestar emocional en la muestra estudiada, donde se entenderá a mayor puntaje – mayor distrés. Se debe tomar en cuenta la inversión en la escala para los ítems: 3,4, 5 (relación consigo mismo/a), 2 y 4 (relación con imagen corporal), 4 y 5 (relaciones interpersonales) y los ítems del área reacciones emocionales.

Diseño: El instrumento consiste en una recopilación de ítems por el grupo investigador, ya que está basado en los autores Rosenberg, 1965 (Escala de Autoestima de Rosenberg); Saameño, Castillo, Delgado y Claret, 1996 (Escala APGAR Familiar), Moscoso y Manolete, 2011 (inventario de Distrés Emocional Percibido).

Cabe mencionar que dicho instrumento, superó un proceso de validación por 6 jueces expertos en la temática, los cuales mediante la fórmula de C.H. Lawshe (1975) evaluaron su validez de contenido.

Cada ítem ha sido valorado en tres categorías: útil, útil pero no necesario y no necesario; según la opinión de cada juez se calculó la importancia para cada reactivo y se elaboró el instrumento a utilizar en la investigación. (*Ver anexo 2. Validación de instrumento según Lawshe*).

Adicionalmente se realizó una prueba piloto con 10 sujetos, donde brindaban su opinión sobre la redacción y objetivo de cada ítem, sin embargo no se mostraron modificaciones al instrumento validado mediante criterio de jueces. (*Ver anexo 3. Prueba Piloto de instrumento para Malestar Emocional*).

Procedimiento a Seguir: Una vez el paciente ha accedido a participar en la investigación, se dará la siguiente consigna: “Marque con una X la respuesta que más se aproxime a su manera de sentir, tomando en cuenta los últimos siete días incluido el día de ahora. Conteste de manera sincera.”

Se leerá la primera pregunta a modo de ejemplo, aunque si el paciente lo desea la psicóloga puede leerle cada una de las preguntas en el test, y el entrevistado indicará cuál es su respuesta seleccionándola con base a las opciones de la escala. (*Ver anexo 4. Instrumentos de recolección de datos*).

Tiempo de Aplicación: 10 minutos.

NOTA: De acuerdo a los percentiles 25, 50 y 75 se establecieron los siguientes niveles, según los valores esperados de la escala de Malestar Emocional: Nivel bajo (de 0 -29), Nivel moderado (30 - 86) y Nivel alto (De 87 - 116). Fundamentándose en una escala tipo Likert que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes.

Datos generales de la muestra.

Objetivo del Instrumento: Recolectar los datos generales de los participantes en la investigación.

Descripción del Instrumento: Consiste en una ficha donde se indican el nivel de escolaridad, lugar de procedencia (área rural o urbana), sexo, edad, estado civil, número de hijos/as, personas con las que vive, religión y ocupación o profesión.

Adicionalmente, se registrará el tipo de tratamiento o servicio oncológico al que asiste en el ISSS.

Diseño: El instrumento ha sido elaborado por el grupo investigador, el cual debido a contemplar la recolección de los datos personales de los participantes, no fue requerida su validación.

Procedimiento a Seguir: Una vez el paciente ha escuchado y firmado el consentimiento informado, el grupo investigador procederá a llenar la hoja de datos generales realizando preguntas como: ¿Cuántos años tiene?, ¿En qué departamento del país vive?, ¿A qué se dedica?, entre otras, de tal manera que se complete la ficha sociodemográfica. (*Ver anexo 4. Instrumentos de recolección de datos*).

Tiempo de Aplicación: 5 minutos.

Cuestionario de Calidad de Vida**Inventario Funcional de Terapia de Enfermedad Crónica- Bienestar Espiritual (FACIT- SP, 4 Versión)**

Objetivo del instrumento: Evaluar las diferentes dimensiones de calidad de vida en pacientes con cáncer.

Descripción del instrumento: Dicha escala es un instrumento de autoaplicación aunque puede ser utilizada como entrevista. Posee 27 ítems, integrado por 5 sub-escalas: estado físico general de salud, ambiente familiar y social, estado emocional y capacidad de funcionamiento personal. Adicionalmente, se evalúa la sub-escala de bienestar espiritual con 12 ítems.

Posee opciones de respuesta en escala tipo Likert (0- 4) y deberá entenderse que a mayor puntuación en las subescalas, mayor será su calidad de vida; a excepción de las subescalas Bienestar Físico y Bienestar Emocional donde se invierten los datos. Además el cuestionario otorga un puntaje general de calidad de vida del paciente.

Diseño: El cuestionario es parte de las escalas de medición de la Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT.org). Canada, Murphy, Fitchett, Peterman y Shover (2002).

Procedimiento a Seguir: Se leerá la indicación de señalar o contestar a la pregunta con una de las opciones otorgadas, pensando en la que mejor se acople a la forma de sentirse durante los últimos 7 días. Si existe alguna pregunta que no se aplique exactamente, deberá elegir la opción que más se asemeje a su situación. La psicóloga podrá leer y marcar las respuestas o resolver alguna duda sobre los ítems o el procedimiento. (*Ver anexo 4. Instrumentos de recolección de datos*).

Recursos a utilizar: Cuestionario y Lápiz o lapicero; Paciente, Psicóloga/o

Tiempo de Aplicación: 10 minutos.

NOTA: De acuerdo a los percentiles 25, 50 y 75 se establecieron los siguientes niveles, según los valores esperados de la escala de Calidad de Vida General: Nivel bajo (de 0 -27), Nivel moderado (28 - 80) y Nivel alto (De 81 - 108).

4.5 Procedimiento Metodológico:

Primera Fase: Elaboración del Anteproyecto

- Planteamiento de objetivos y alcances de la investigación.
- Descripción de situación problemática y justificación de investigación.
- Visitas a Instituciones Médicas (ISSS Oncológico, Instituto del Cáncer, MINSAL, OPS).
- Búsqueda de investigaciones previas sobre el problema de investigación.
- Fundamentación teórica de la problemática en cuestión.
- Visitas a Bibliotecas y sitios WEB de las Instituciones Médicas en el País.
- Selección de pruebas psicológicas para medir las variables.
- Elaboración y Validación de instrumento a utilizar en investigación.
- Determinación del tipo de muestreo y procedimiento para recolección de datos.

Segunda Fase: Ejecución del Proyecto

a) Recolección de datos:

- Se abordó a cada sujeto, inicialmente tratando de establecer rapport.
- Se le informó sobre el objetivo general de la investigación y el uso confidencial de los datos, para luego llenar una hoja de consentimiento informado.
- Se recopiló los datos generales de los participantes mediante la ficha sociodemográfica.
- Posteriormente, se leyó la consigna escrita en el Cuestionario Multidimensional del Malestar Emocional. Con la opción para el paciente de ser autoaplicado, por el contrario, el grupo investigador dirigió la aplicación del mismo.
- Se procedió a leer la consigna escrita en el Cuestionario sobre Calidad de Vida FACIT –SP (Inventario Funcional de Terapia de Enfermedad Crónica-Bienestar Espiritual), respondiendo a las dudas que puedan surgir durante su aplicación.
- Finalmente, se agradeció el tiempo y la colaboración a los participantes.

Cabe mencionar que la recolección de datos se realizó, antes que los pacientes acudieran a sus consultas y/o tratamientos respectivos o según indicaciones especiales del personal médico (realización de procedimiento médico, aislados, entre otros).

b) Procesamiento de datos:

- Mediante el Programa de Microsoft Office Excel, 2007 se procedió a la tabulación y organización de los datos: detallando para cada sujeto sus datos sociodemográficos, así como los resultados por áreas en Malestar Emocional y Calidad de vida.
- Se realizaron estadísticos descriptivos para cada variable a medir; es decir, se estimó la media, varianza y desviación típica de los datos obtenidos.
- Con lo anterior, se procedió al análisis individual de los datos generales de la muestra, los indicadores de malestar emocional y calidad de vida presentes en los pacientes participantes.
- Posteriormente se analizaron los datos, mediante el Programa Estadístico SPSS versión 19.0, y se realizó un análisis bivariado utilizando las herramientas estadísticas para prueba de hipótesis como T de Student y Coeficientes de Correlación como el Rho de Spearman y R de Pearson.
- Para realizar estos análisis, se aplicaron pruebas de normalidad (Prueba de Kolmogorov- Smirnov o ShapiroWilk) para determinar si los datos poseían distribución normal.
- Seguidamente, se presentaron los resultados y su discusión respectivamente.
- Se elaboraron las conclusiones y recomendaciones
- En último lugar, se elaboró el informe final y la preparación para la defensa de la investigación.

Capítulo V. Presentación, Discusión e Interpretación de Resultados

5.1 Presentación de Resultados

- Estadísticos descriptivos de los Datos Generales de la muestra

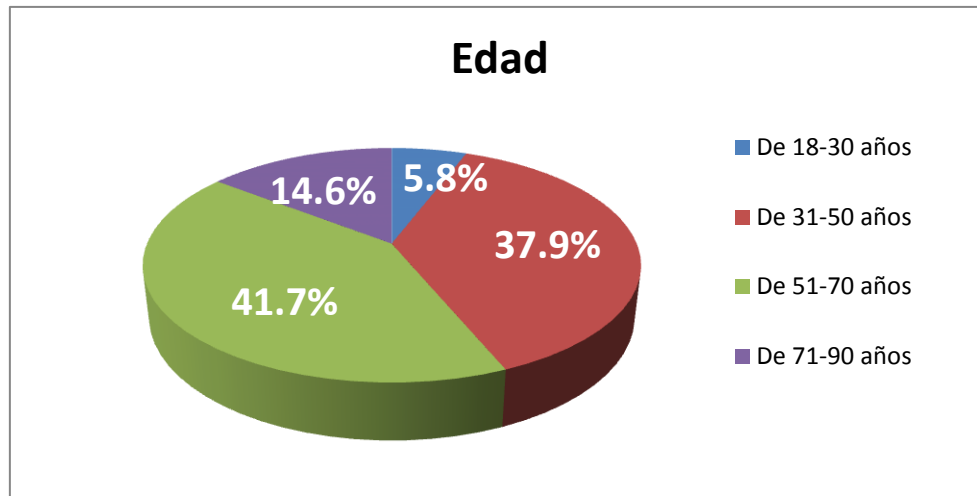


Figura 1. Edades de los pacientes

Los pacientes participantes se encuentran entre las edades de 51 a 70 años al obtener un porcentaje del 41.7%, seguido de los pacientes entre 31 a 50 años de edad con un 37.9%. Es decir, la muestra se ubicó en mayor porcentaje entre edades de 31 a 70 años.

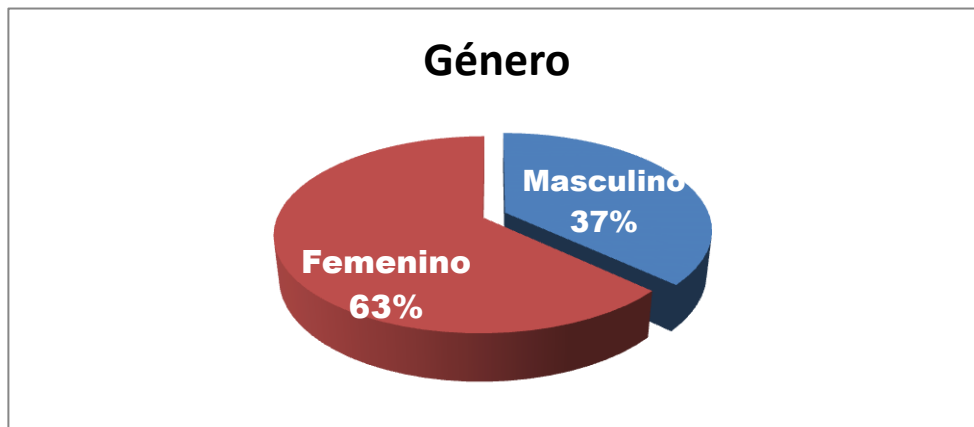


Figura 2. Género de la muestra

En la figura 2 se muestra que la mayoría de los pacientes participantes fue del género femenino ya que obtuvo un 63% y el masculino obtuvo un 37%.

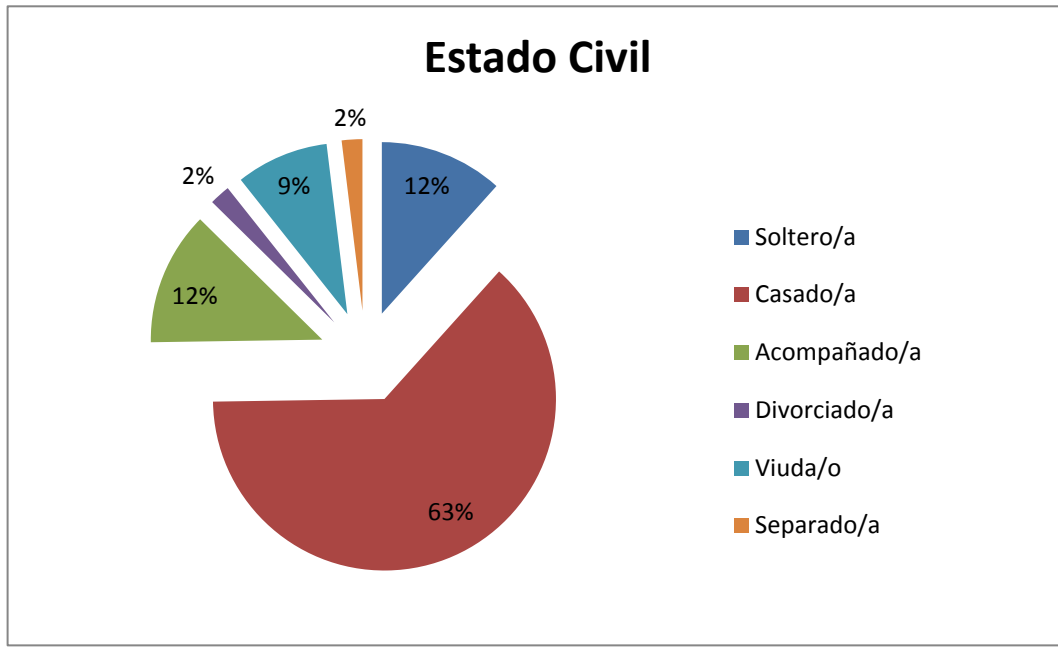


Figura 3. Estado Civil de los pacientes

Un 63% de los pacientes poseen un estado civil casados/as. Por otro lado, los pacientes con estado civil: separados y divorciados coinciden con un 2% cada uno del total de la muestra estudiada.

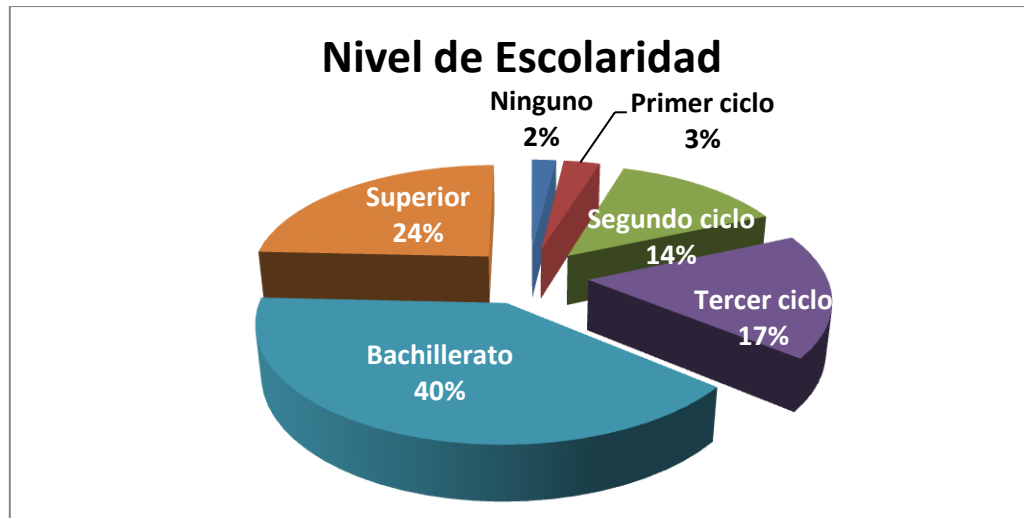


Figura 4. Nivel de Escolaridad de los pacientes

Los pacientes se encuentran en un nivel de escolaridad de Educación Media con un 40%, seguido de una Educación Superior con el 24%.



Figura 5. Profesión u Ocupación de los pacientes

En cuanto a la profesión u ocupación, el 32% de los pacientes son empleados; seguido de pacientes con profesiones académicas o dedicadas a ser amas de casa con el 20% cada uno.

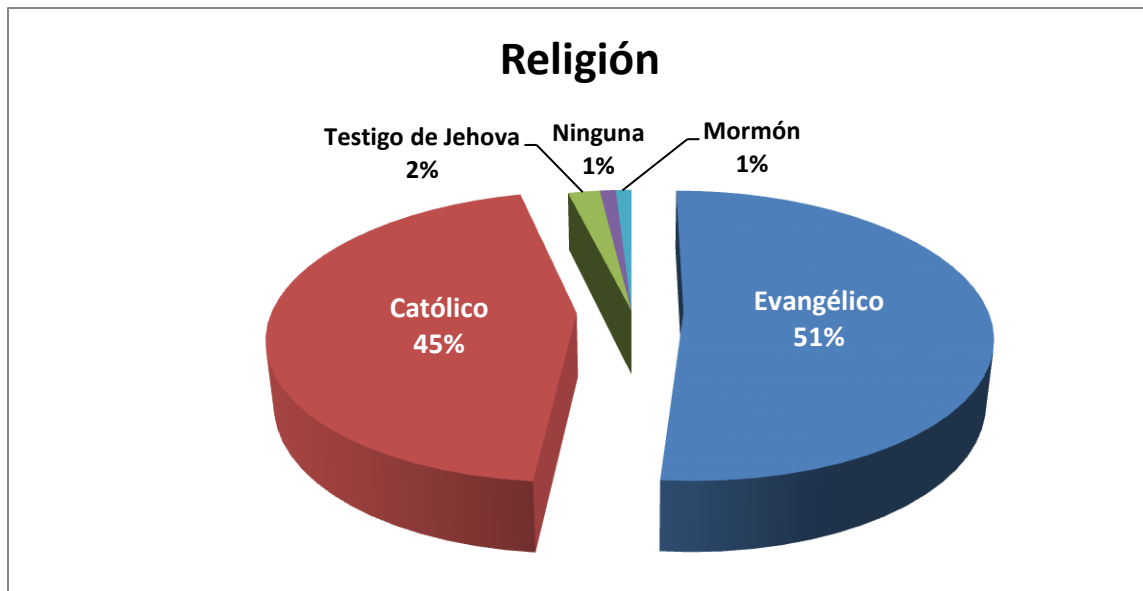


Figura 6. Religión de los pacientes

En el aspecto religioso, se evidencia que la muestra se encuentra mayormente entre la religión evangélica con un 51% y las religión católica con un 45%.

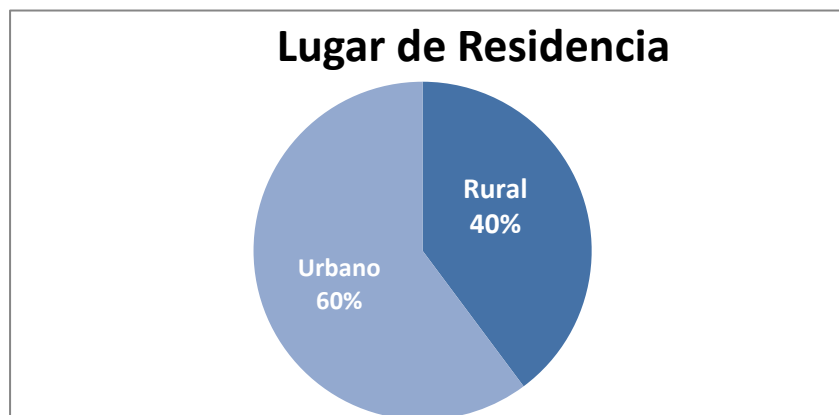


Figura 7. Lugar de Residencia de los pacientes

Según el lugar de residencia los pacientes provienen del área urbana entendiéndose esta como San Salvador y Santa Tecla con un porcentaje del 60%; los demás residen en departamentos como Usulután, San Vicente, Cuscatlán, La Unión y Sonsonate.

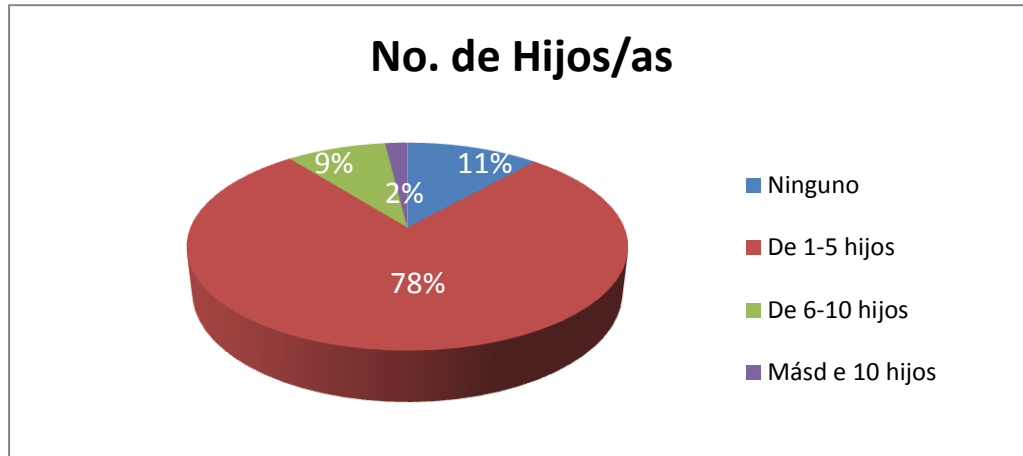


Figura 8. Número de hijos que poseen los pacientes

Con base a la muestra de estudio, los pacientes mayormente tienen de 1 a 5 hijos/as, al obtener el 78% y en menor porcentaje con el 2% pacientes con más de 10 hijos/as.

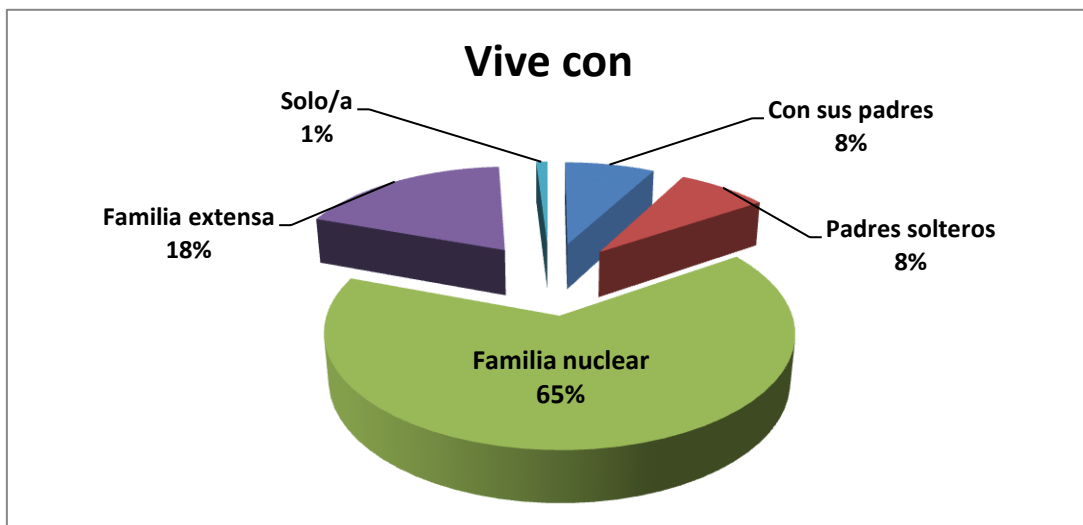


Figura 9. Personas con las que viven los pacientes

En la figura 9 se observa que mayormente los pacientes participantes en el estudio, con un 65% viven en familia nuclear (esposo/a e hijos), mientras que con un 18% viven en familia extensa.

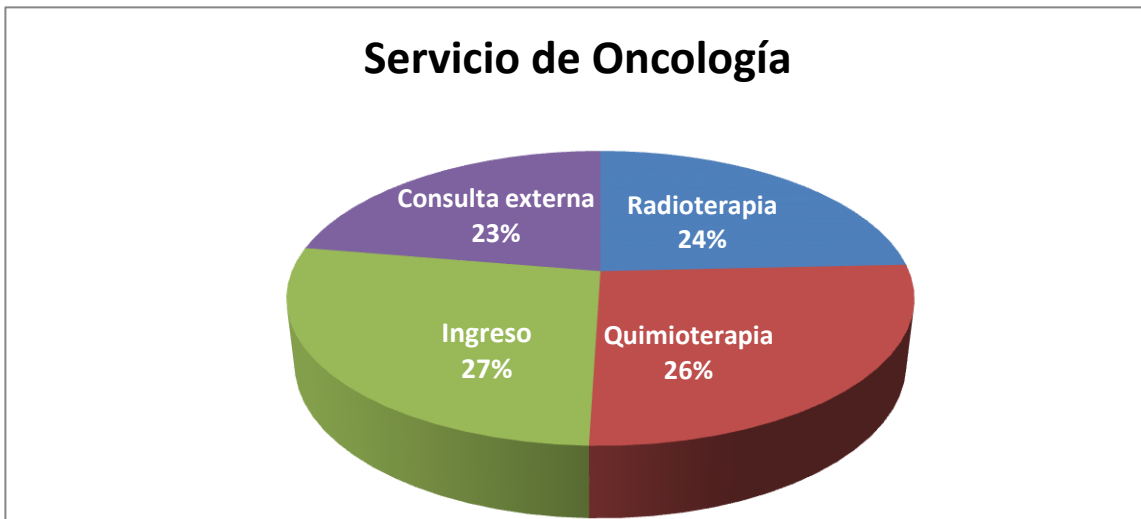


Figura 10. Servicio de Oncología utilizado por los pacientes

En cuanto a los servicios de oncología, se observa un 27% de los pacientes se encuentran en ingreso hospitalario, 26% en quimioterapia; seguido del 24% en radioterapia y un 23% de los pacientes asisten a consulta externa.

- Estadísticos Descriptivos de los Indicadores de Malestar Emocional en los pacientes

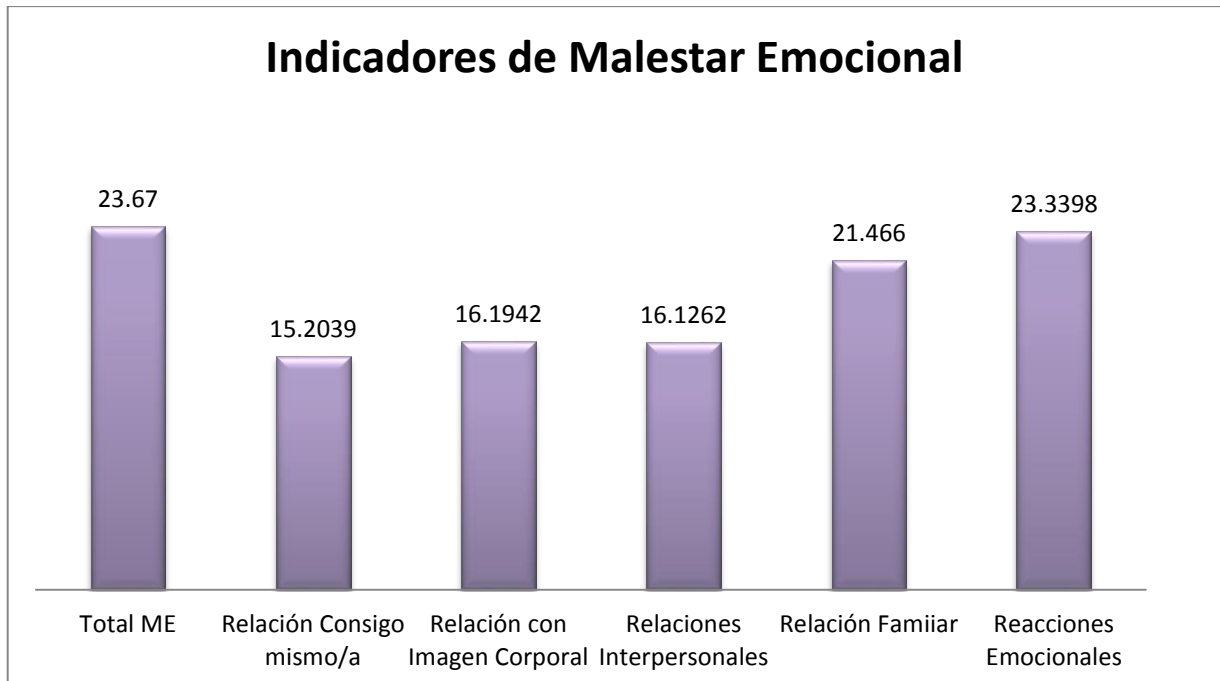


Figura 11. Malestar Emocional y sus dominios

A partir de los dominios de Malestar Emocional, los pacientes participantes obtuvieron una puntuación alta para cada escala de 0- 20, en Relación Consigo Mismo (15.20), relación con Imagen Corporal (16.19) y en Relaciones Interpersonales (16.12); indicando que los pacientes poseen una adecuada autoestima, se aceptaban a sí mismos en su imagen corporal y sus relaciones interpersonales son satisfactorias.

En la escala de Relación Familiar que es de 0-24 se obtuvo una puntuación alta de 21.46 lo que indica que les satisface la ayuda/ apoyo que reciben de sus parientes, por ende poseen adecuadas relaciones familiares. En la escala de Reacciones Emocionales que es de 0-32 la puntuación promedio fue de 23.33 lo cual indica que los pacientes presentan tristeza, preocupaciones, enojo de manera moderada.

Con la sumatoria de los dominios se obtuvo la puntuación total de Malestar Emocional, la cual para los participantes en estudio fue de 23.6, en una escala de 0- 116, siendo ésta una puntuación baja.

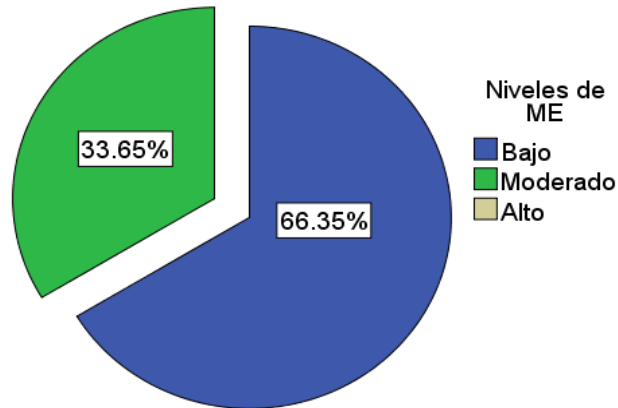


Figura 12. Niveles de Malestar Emocional

De acuerdo a los percentiles 25, 50 y 75 se estableció los siguientes niveles, según los valores esperados de la escala de Malestar Emocional (0- 116): el percentil 25 de 0 -29, percentil 50 de 30 - 86 y percentil 75 de 87 - 116. La figura 12 muestra que los pacientes obtuvieron un malestar emocional en el nivel bajo con el 66.35%, un nivel moderado con el 33.65% y no se obtuvieron puntuaciones en nivel alto.

- Estadísticos Descriptivos de Calidad de Vida en los pacientes

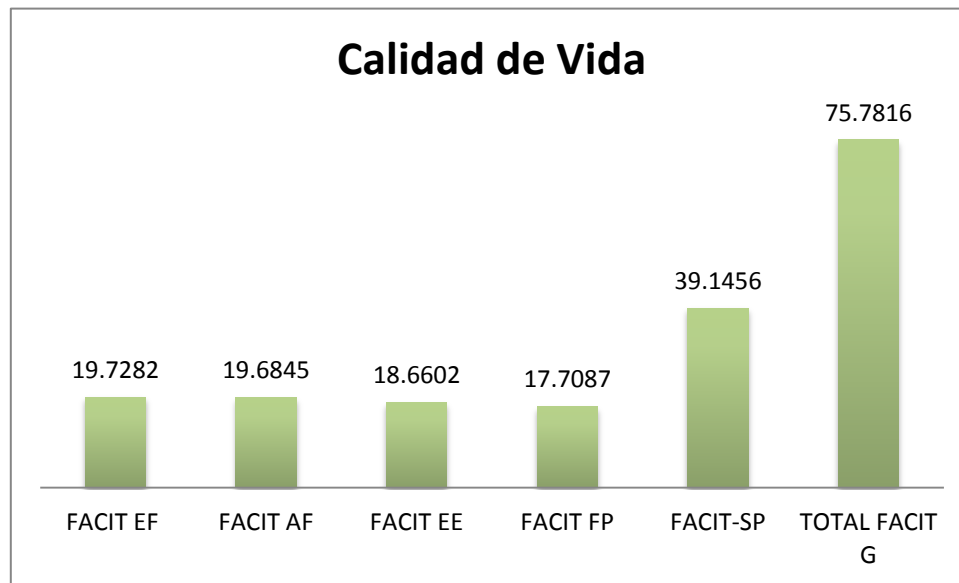


Figura 13. Calidad de Vida y sus dominios

En cada una de las Escalas del Test FACIT-Sp los pacientes obtuvieron puntuaciones moderadas en Estado Físico de Salud 19.72 en una escala de 0- 28 y Estado Emocional 18.66 en una escala de 0- 24, en estas dimensiones, a mayor puntaje peor es el estado físico y las reacciones emocionales; es decir, la muestra estudiada resultó con presencia de síntomas moderados de debilitamiento, náuseas, dolor, etc, así como la presencia de emociones desagradables de forma normal.

En los dominios de Ambiente Familiar y Social se obtuvo 19.68 en una escala de 0-28 y Funcionamiento Personal 17.70 en una escala de 0-28 que indican un nivel de bienestar moderado. Es necesario señalar que el bienestar espiritual 39.14 en una escala de 0-48 de los pacientes es alto, es decir, que poseen satisfactoriamente una sensación de paz interior, fuerza espiritual, optimismo, etc.

En el test FACIT-Sp, se obtiene la puntuación global de la Calidad de Vida sumando sus dominios, el cual resultó de 75.78 en la escala de 0-108 indicando que se encuentran en un nivel moderado de Calidad de Vida.

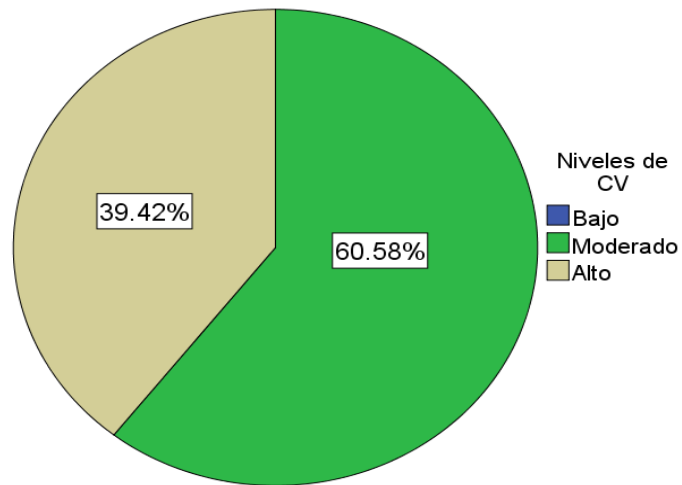


Figura 14. Niveles de Calidad de Vida

De acuerdo a los percentiles 25, 50 y 75 se estableció los siguientes niveles, según los valores esperados de la escala de Calidad de Vida (0- 108): el percentil 25 de 0 -27, percentil 50 de 28 - 80 y percentil 75 de 81 - 108. La figura 14 muestra que los pacientes obtuvieron calidad de vida en nivel moderado con el 60.58%, un nivel alto con el 39.42 % y no se obtuvieron puntuaciones en nivel bajo, lo cual es favorecedor para la muestra estudiada ya que refleja un adecuado bienestar en las diferentes áreas de la calidad de vida.

- Relación entre Malestar Emocional y los datos generales de la muestra¹¹

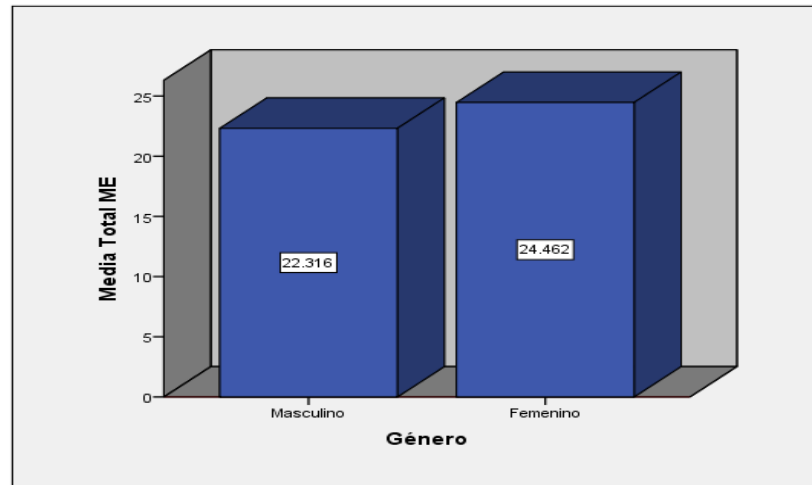


Figura 15. Media de Malestar Emocional entre hombres y mujeres

El malestar emocional en mujeres tuvo la puntuación de 24.46 y en los hombres fue de 22.31. Las puntuaciones en ambos grupos poseen una distribución normal por lo cual se utilizó la prueba T para muestras independientes, en donde se obtuvo un nivel de significancia de $p = 0.38$ a nivel de 0.05 indicando que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

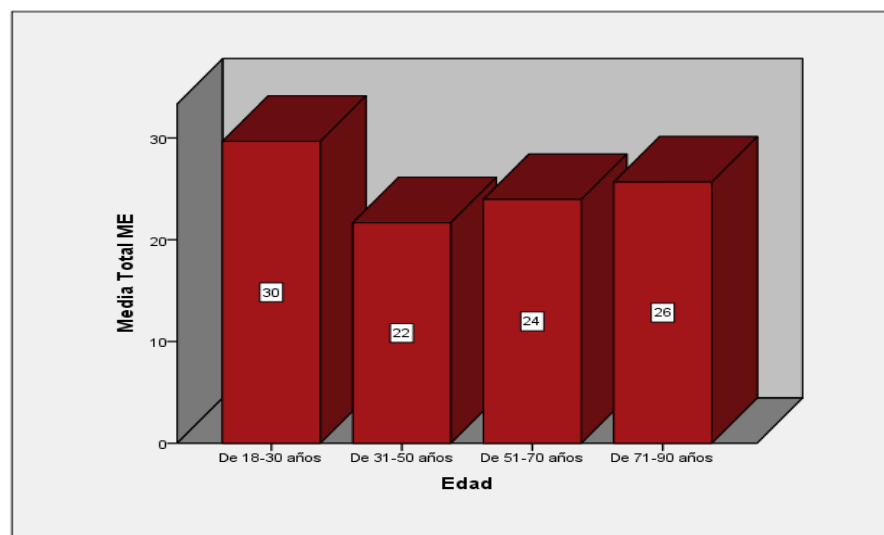


Figura 16. Media de Malestar Emocional según la edad de los pacientes

¹¹ Ver anexo 5. Pruebas T y de normalidad.

Los pacientes entre las edades de 18 a 30 años presentan un puntaje de 30 en una escala de 0 a 116 en malestar emocional, el grupo de 31 a 50 años obtuvo la puntuación de 22, seguido de los pacientes de 51 a 70 años obtuvieron el puntaje 24 y los pacientes con mayor edad de 71 a 90 años con la puntuación de 26 respectivamente.

Al comparar las puntuaciones de los grupos de pacientes entre las edades de 18 a 30 años con el grupo de pacientes de 71 a 90 años, y luego de verificar que poseen distribución normal, se realizó una prueba T para muestras independientes en donde se obtuvo un nivel de significancia de $p= 0.37$ a nivel de 0.05 indicando que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

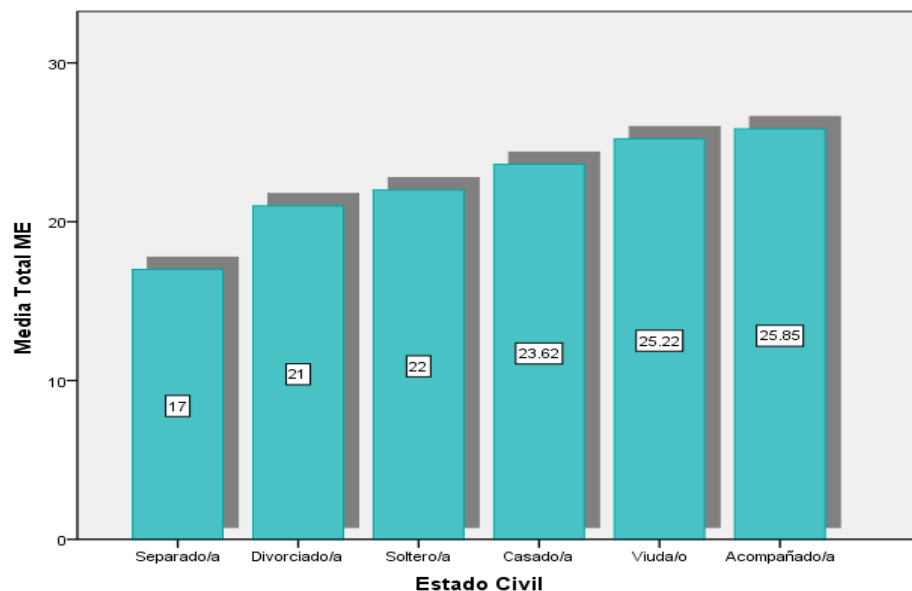


Figura 17. Media de Malestar Emocional según el estado civil

Al observar las puntuaciones de malestar emocional obtenidas según el estado civil de los participantes, los pacientes de estado civil acompañados/as obtuvieron 25.85; los viudos/as con 25.22, seguido de los casados con 23.62. Por otra parte los pacientes separados/as puntuaron 17 en malestar emocional y los divorciados 21 respectivamente.

Al comparar las puntuaciones de los grupos de pacientes de estado civil acompañados/as con el grupo de pacientes solteros, y luego de verificar que poseen distribución normal, se realizó una prueba T para muestras independientes en donde se obtuvo un nivel de significancia de $p= 0.22$ a nivel de 0.05 indicando que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

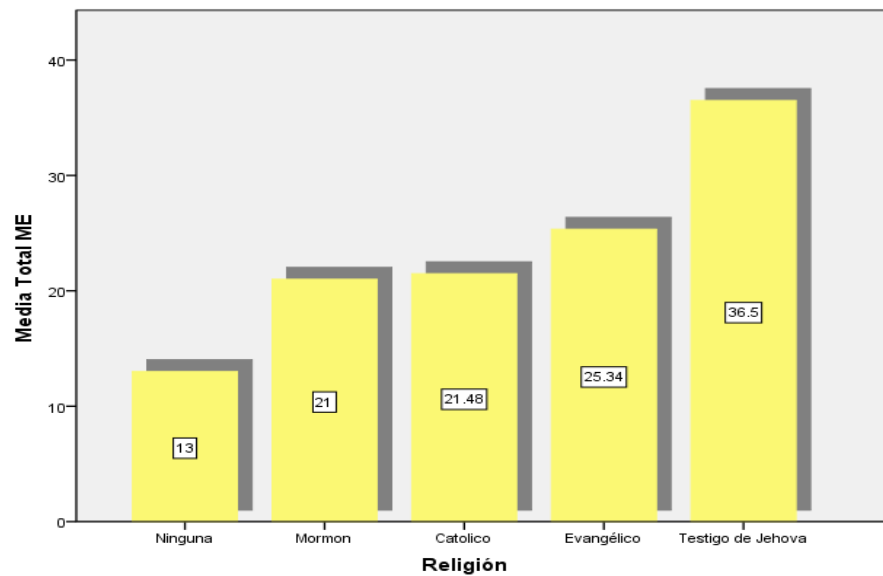


Figura 18. Media de Malestar emocional según su religión

Tomando en cuenta que la muestra se encuentra mayormente entre las religiones católica y evangélica se analizaron estos resultados, identificando que los pacientes cuya religión es evangélica puntuaron 25.34 en malestar emocional, mientras que los católicos su puntuación fue 21.48.

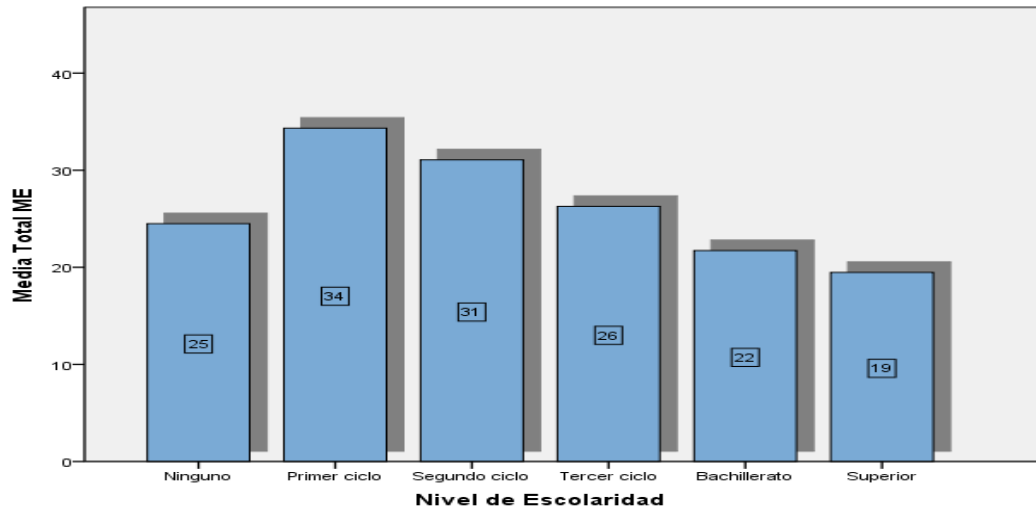


Figura 19. Media de Malestar emocional según el nivel de escolaridad

El malestar emocional en pacientes que no poseen escolaridad fue de 25, los pacientes con escolaridad hasta primer ciclo su puntuación fue de 34; seguido de escolaridad hasta segundo ciclo puntuando 31. Por otra parte, los pacientes con escolaridad superior obtuvieron 19 en malestar emocional.

Al comparar las puntuaciones de escolaridad hasta segundo ciclo con escolaridad superior, y luego de verificar que poseen distribución normal, se realizó una prueba T para muestras independientes en donde se obtuvo un nivel de significancia de $p= 0.004$ a nivel de 0.05 indicando la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Adicionalmente, se relacionó el nivel de escolaridad con el malestar emocional resultando una correlación de $p= 0.00$ al nivel de 0.01, con un coeficiente de correlación Rho de Spearman de - 0.34.

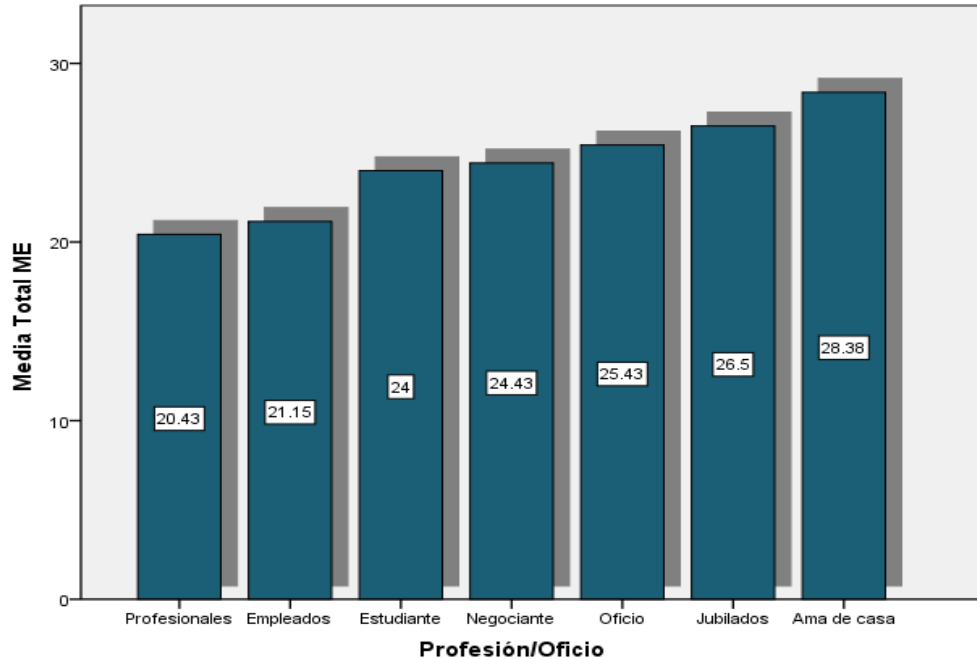


Figura 20. Media de Malestar emocional según la profesión u ocupación

Los pacientes dedicados a ser amas de casa obtuvieron 28.38 en malestar emocional, seguido de los jubilados que presentaron 26.5. Por otra parte, los pacientes profesionales obtuvieron 20.43 en malestar emocional, seguido de los empleados con 21.15.

Adicionalmente, al contrastar las puntuaciones obtenidas entre amas de casa y profesionales, y luego de verificar que poseen distribución normal, se realizó una prueba T para muestras independientes en donde se obtuvo un nivel de significancia de $p= 0.034$ lo que indica que si hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

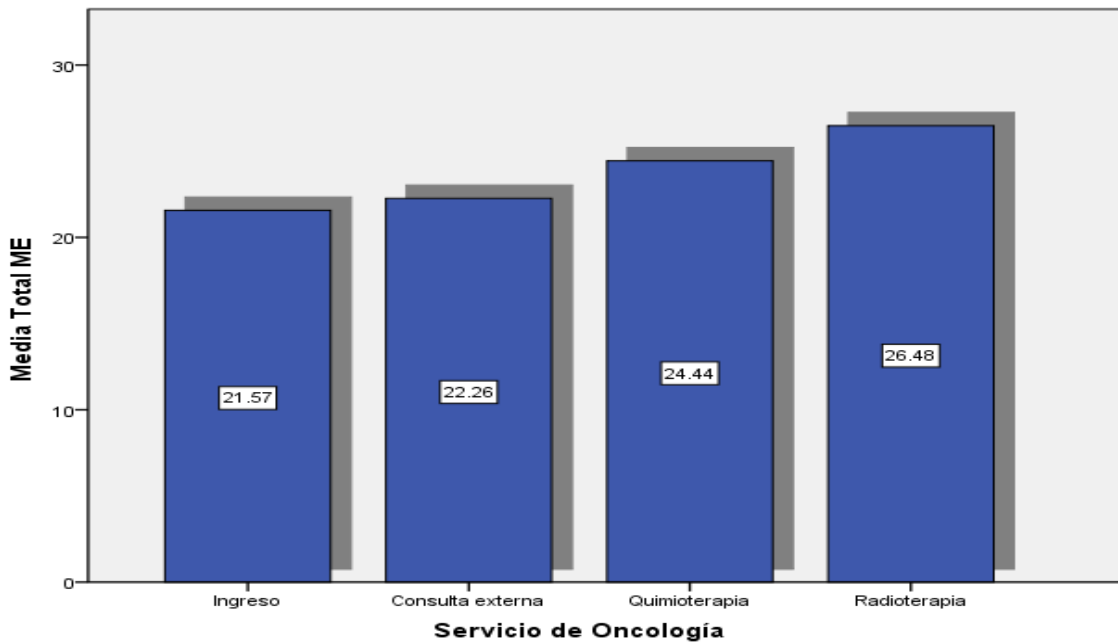


Figura 21. Media de Malestar emocional según el servicio oncológico

Respecto a los servicios oncológicos, los pacientes que se encuentran en tratamientos ambulatorios como radioterapia obtuvieron 26.48 en malestar emocional, los pacientes en quimioterapia obtuvieron 24.44; seguido del servicio consulta externa con 22.26 y los pacientes en ingreso presentaron 21.57 en malestar emocional.

Al comparar las puntuaciones de los pacientes en radioterapia con los de ingreso hospitalario, y luego de verificar que poseen distribución normal, se realizó una prueba T para muestras independientes en donde se obtuvo un nivel de significancia de $p= 0.12$ a nivel de 0.05 indicando que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

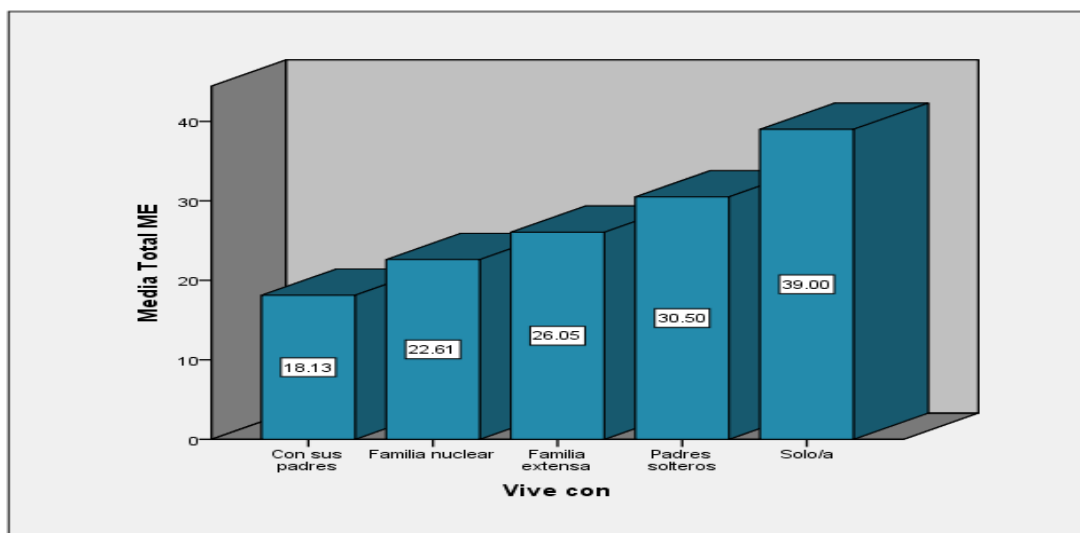


Figura 22. Media de Malestar emocional según las personas con quienes vive

Respecto a las personas con quienes viven los pacientes, las puntuaciones de malestar emocional en los pacientes que viven con sus padres obtuvieron 18.13, seguido de los que viven en familia nuclear con un 22.61. Los pacientes que viven en familia extensa obtuvieron la puntuación de 26.05, seguido de los que son padres solteros con 30.50 y los que viven solos presentaron puntuación de 39.0 en malestar emocional.

Al contrastar las puntuaciones entre los pacientes que viven con sus padres y aquellos que son padres solteros, mediante una prueba T de Student se encontró una significancia de $p= 0.008$, la cual señala una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones de malestar emocional.

Asimismo, se contrastó las puntuaciones de los pacientes que viven con sus padres y aquellos que viven en familia extensa, con el mismo proceso estadístico se encontró un grado de significancia de $p= 0.048$, lo cual indica una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

- Relación entre Calidad de Vida y los datos generales de la muestra¹²

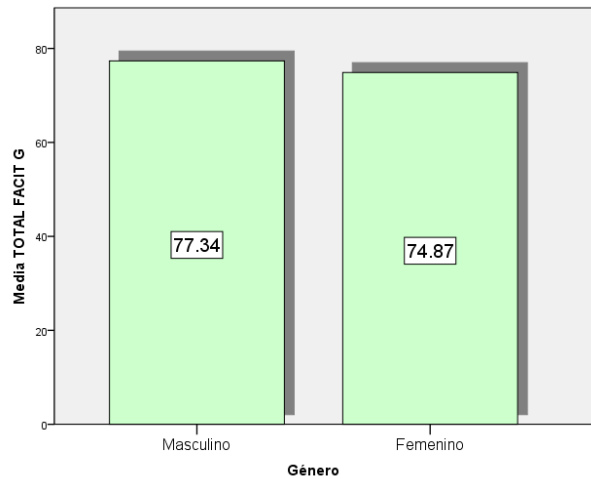


Figura 23. Media de Calidad de Vida entre hombres y mujeres

Los hombres participantes en la investigación obtuvieron 77.34 en calidad de vida, mientras que las mujeres puntuaron 74.87. Las puntuaciones de ambos grupos poseen distribución normal por lo que se utilizó prueba T para muestras independientes, obteniendo un $p= 0.39$, lo que indica que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

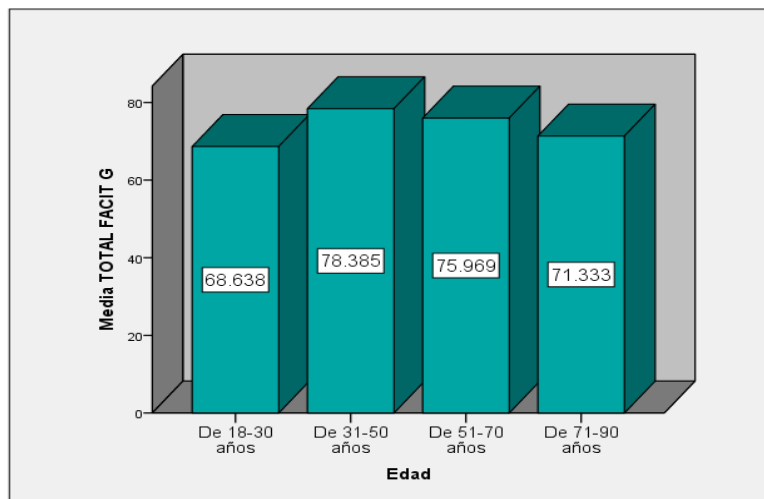


Figura 24. Media de Calidad de Vida según la edad de los pacientes

¹² Ver anexo 5. Pruebas T y de normalidad

Los pacientes entre las edades de 18 a 30 años obtuvieron 68.63 en calidad de vida, seguido de los pacientes de 71-90 años puntuando 71.33. Los pacientes de 51-70 años obtuvieron 75.96 en calidad de vida y los pacientes entre las edades de 31-50 años presentaron puntuación de 78.38.

Al comparar las puntuaciones de calidad de vida de los grupos de 31-50 años con el grupo de 71-90 años, se utilizó una prueba T para muestras independientes y se obtuvo un $p= 0.061$, por lo que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos mencionados.

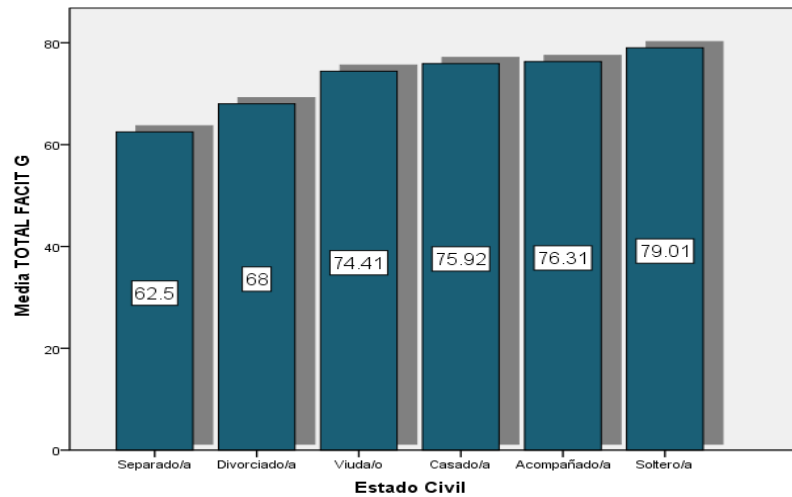


Figura 25. Media de Calidad de Vida según el estado civil

Según el estado civil, los pacientes solteros poseen la puntuación de 79.01 en una escala de 0-108, los pacientes casados obtuvieron una puntuación de 75.92, los acompañados resultaron con 76.31 en calidad de vida. Por otro lado, los pacientes viudos obtuvieron 74.41, los pacientes con estado civil separado puntuaron 62.50 y los pacientes divorciados con 68.0 en calidad de vida.

Al comparar las puntuaciones de calidad de vida de los pacientes acompañados con los pacientes solteros y comprobar su distribución normal, se utilizó una prueba T para muestras independientes y se obtuvo un $p= 0.56$, por lo que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos mencionados.

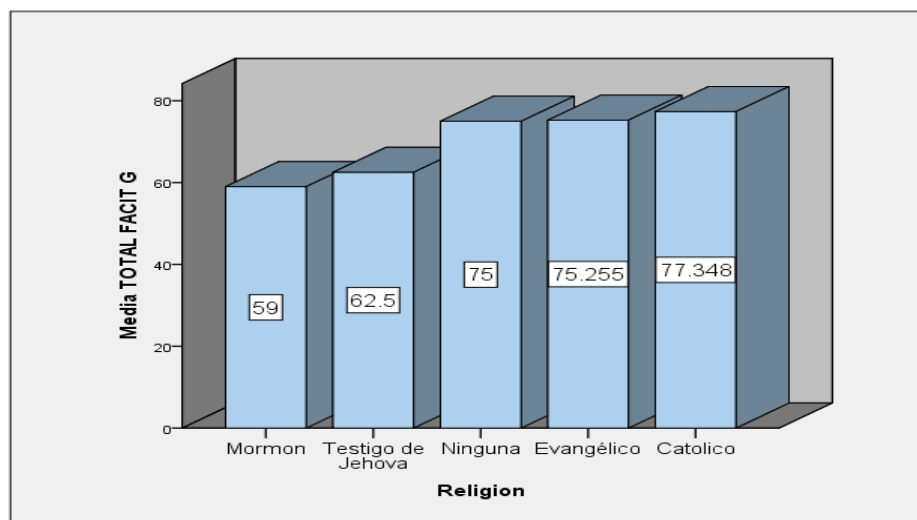


Figura 26. Media de Calidad de Vida según su religión

Las puntuaciones de calidad de vida según la religión de los pacientes participantes se tomará en cuenta a los grupos dominantes: católicos y evangélicos. Los pacientes católicos presentaron 77.34 en calidad de vida y los evangélicos obtuvieron 75.25. Ambas puntuaciones poseen distribución normal, por lo que se utilizó una prueba T para muestras independientes, encontrándose $p= 0.45$, lo que indica que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

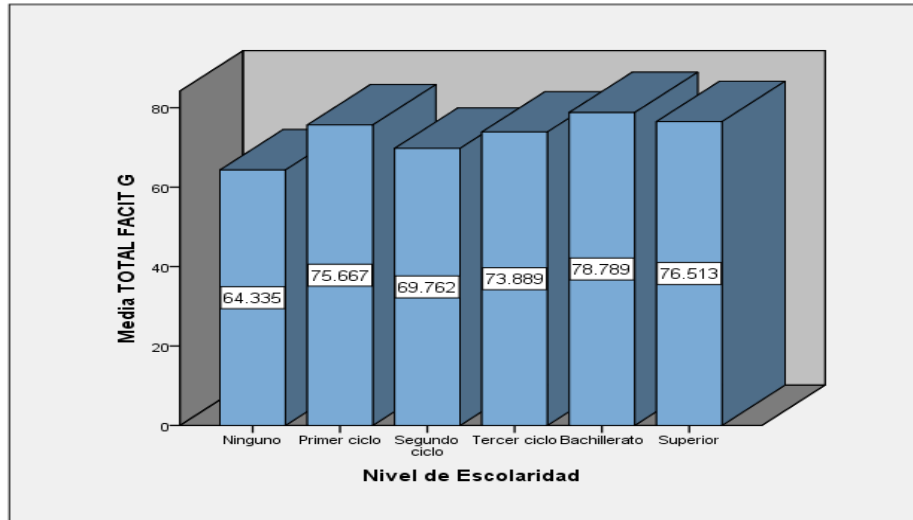


Figura 27. Media de Calidad de Vida según el nivel de escolaridad

Las puntuaciones de calidad de vida según el nivel de escolaridad fue de 76.51 para los de educación superior, seguido de los pacientes con educación media quienes obtuvieron 78.78 en calidad de vida. Los pacientes que no poseen algún nivel de escolaridad puntuaron 64.33 y los pacientes con educación hasta primer ciclo obtuvieron la puntuación de 75.66 en la escala general de calidad de vida.

Al contrastar las puntuaciones de calidad de vida entre los pacientes que poseen educación media con los pacientes que estudiaron hasta segundo ciclo, luego de verificar su distribución normal, se aplicó una prueba T para muestras independientes, resultando un $p= 0.05$, lo que indica que si existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos mencionados.

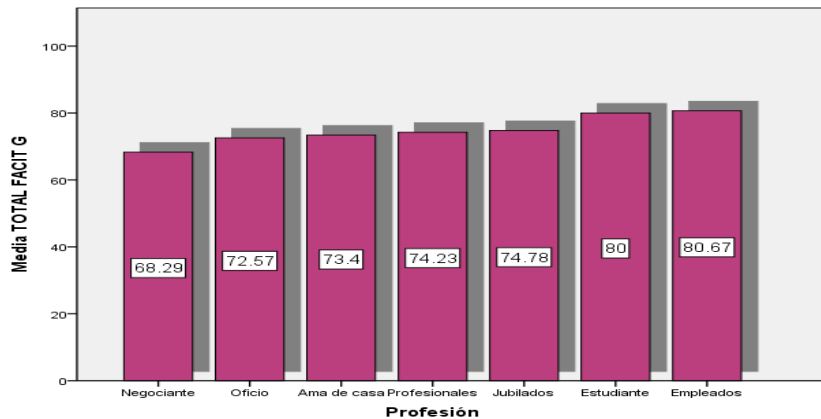
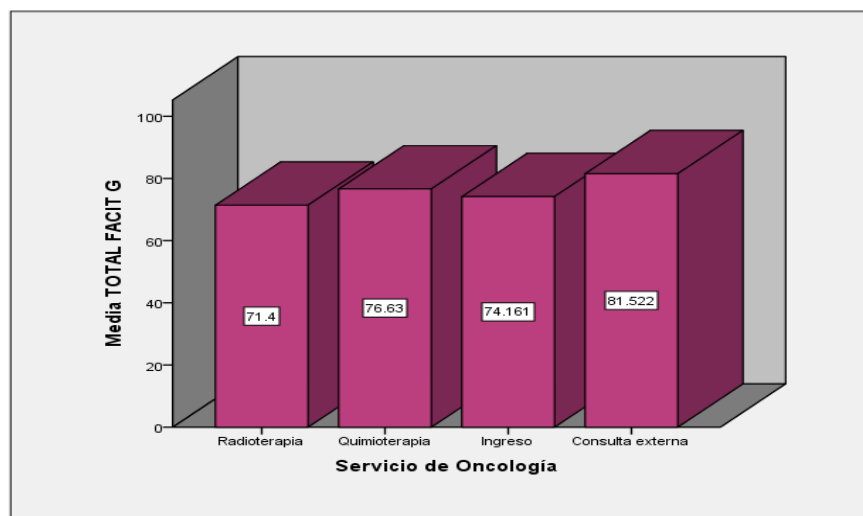


Figura 28. Media de Calidad de Vida según la profesión u ocupación

Las puntuaciones de la escala de calidad de vida según sus profesiones/ocupaciones, corresponde a 80.67 para los pacientes empleados, 74.78 para los pacientes jubilados, 74.23 para los pacientes profesionales. Los pacientes amas de casa obtuvieron 73.4 en calidad de vida y se observa una puntuación de 72.57 para los pacientes dedicados a algún oficio.

Adicionalmente, se contrastó las puntuaciones de calidad de vida de las amas de casa con los pacientes empleados mediante una prueba T de Student, resultando un grado de significancia de $p= 0.018$ al nivel de 0.05, lo que indica la existencia de una diferencia significativa entre los grupos.



.Figura 29. Media de Calidad de Vida según el servicio oncológico al que asisten

Respecto a las puntuaciones de calidad de vida que obtuvieron los pacientes según el servicio de oncología al que asisten, se observa que los pacientes en radioterapia puntuaron 71.4, los pacientes en quimioterapia obtuvieron 76.63 en calidad de vida. Los pacientes que se encuentran en condición de ingreso presentaron 74.16 y los que asisten a consulta externa puntuaron 81.52 en la escala general de calidad de vida.

Al contrastar las puntuaciones de calidad de vida obtenidas por el grupo de radioterapia con los pacientes que asisten a consulta externa, y luego de verificar que posean distribución normal, se utilizó una prueba T para muestras independientes, obteniéndose $p= 0.013$ al nivel de 0.05, lo que indica la existencia de diferencia estadísticamente significativa entre los grupos mencionados.

Adicionalmente, a partir del estudio de una tabla de contingencia respecto a los servicios oncológicos con los niveles de calidad de vida, se realizó una Prueba Chi Cuadrado, resultando $p= 0.028$ al nivel de 0.05, indicando una relación estadísticamente significativa (*Ver anexo 5: Pruebas T y pruebas de normalidad*).

-Correlación de Malestar Emocional y Calidad de Vida

Tabla 2. Correlación entre ME y CV

		Total ME	TOTAL FACIT G
Total ME	Correlación de Pearson	1	-.506**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	103	103
TOTAL FACIT G	Correlación de Pearson	-.506**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	103	103

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

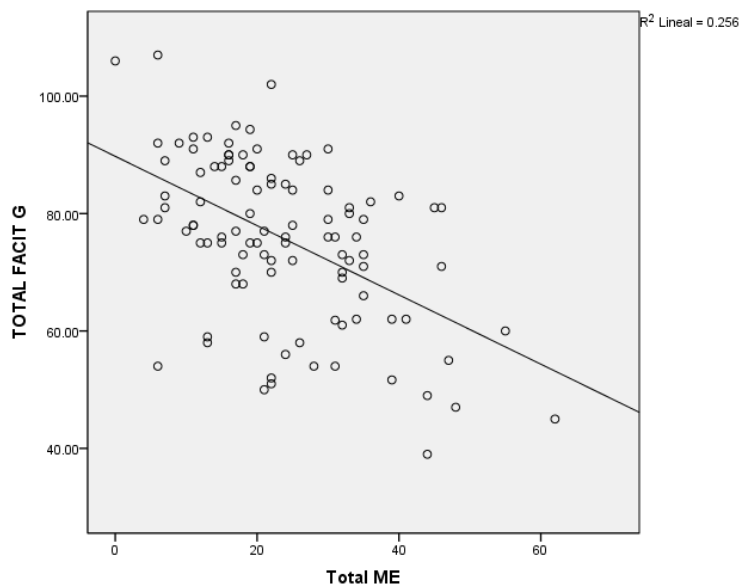


Figura 30. Gráfico de Dispersión entre ME y CV

Al utilizar el estadístico de Correlación de Pearson para relacionar las variables Malestar Emocional y Calidad de Vida se obtuvo una correlación significativa al nivel de 0.01, siendo esta de sentido negativa. Además, según el coeficiente de determinación ($R^2 = 0.256$) se comprende que el Malestar Emocional predice en un 25% la Calidad de Vida de los pacientes.

5.2 Discusión e Interpretación de Resultados

5.2.1 Indicadores de Malestar Emocional y Calidad de Vida

Los resultados de la presente investigación señalan que los pacientes del Hospital Oncológico que participaron como muestra de estudio, en su mayoría han sido del género femenino, los participantes se encontraban generalmente entre las edades de 31 a 70 años, cuyo estado civil osciló entre casados, acompañados y solteros. El nivel de escolaridad de la muestra se encontró entre la Educación Media y Superior, dedicándose a ser empleados, profesionales o amas de casa.

Asimismo, la muestra se ubicó en la zona urbana como su lugar de residencia, con afiliación religiosa evangélica o católica. Viviendo en un 73% en familia nuclear y extensa. Todos los participantes asistieron a servicios oncológicos de: radioterapia, quimioterapia, consulta externa o ingreso hospitalario.

Los indicadores de Malestar Emocional en los pacientes que participaron en el estudio muestran un nivel bajo, lo que explica la presencia de malestar emocional de forma normal o esperada dada su situación de salud; ya que según la NCCN (2014) se entiende al malestar emocional como un continuo de síntomas, que van desde un extremo “normal”, caracterizada por presencia de miedo, preocupación e incertidumbre por el futuro, tristeza ante la pérdida de salud, ira, entre otros; hasta llegar al otro extremo del continuo del malestar emocional “severo” representada por cuadros clínicos de depresión y ansiedad, etc. Los resultados de la investigación respecto a los indicadores bajos de malestar emocional, se fundamentan en los estudios realizados por Henselmans y otros (2010), donde confirman que este signo vital es presente en un 63% de los pacientes en algún momento de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento activo, finalización del mismo, supervivencia, recurrencia o paliación. Es decir, el malestar emocional se presenta en la muestra sin provocarles incapacidad en sus actividades cotidianas o causarles comportamientos desadaptativos.

Además, los indicadores de Calidad de vida se ubicaron en un nivel moderado o de adecuada presencia de bienestar social, espiritual, sin embargo los dominios Estado físico de Salud y Bienestar Emocional, indicaron mayores dificultades, los cuales probablemente se deba a los efectos secundarios de los tratamientos (falta de energía, náuseas, pasar tiempo acostado, etc.) que puedan provocarles ansiedad, angustia, tristeza, temores ante su estado de salud, entre otras emociones que afecten el significado que le otorguen a su bienestar. Esto se confirma a través de lo encontrado por Fonseca y otros (2013) donde se expresa que los factores más influyentes en la calidad de vida de los pacientes consisten en bienestar físico y emocional.

En este caso, es probable que la muestra, a pesar de las dificultades antes mencionadas, presenten niveles adecuados de calidad de vida por la influencia que pueda tener en ellos su bienestar espiritual, ya que este dominio resultó ser sobresaliente en sus puntuaciones, lo que indica el uso de sus creencias religiosas-espirituales al momento de afrontar la situación, percibiendo fortaleza y consuelo en ellas. Sin dejar de lado, la percepción del apoyo social, considerado un factor influyente en la respuesta favorable durante la enfermedad.

5.2.2 Relación entre Malestar Emocional y Calidad de Vida

Los resultados reflejaron una relación entre malestar emocional y la calidad de vida de los pacientes, dicha correlación es en sentido negativo, es decir; en cuanto mayor sea el malestar emocional experimentado por los pacientes, menor será su calidad de vida. Además se obtuvo el dato donde se expresa que el malestar emocional predice en un 25% la calidad de vida de los pacientes con enfermedad oncológica. Dichos resultados, se convierten en importancia, al comprobar en población salvadoreña, las teorías o investigaciones de otros países; así como el registro estadístico y primerizo del malestar emocional en los usuarios del Hospital Oncológico.

La presente relación entre las variables se explica ya que, el cáncer cuando se diagnostica, supone “un gran impacto” en donde se debe afrontar una serie de procesos vitales estresantes que en muchas ocasiones pueden bloquear al paciente y a la familia o entorno. A partir de este instante el paciente se enfrenta a situaciones de ansiedad como son las visitas médicas, pruebas diagnósticas, resultados, tratamientos prolongados que pueden ocasionar cambios significativos en su vida. Se pueden paralizar sus proyectos personales y, su día a día, probablemente gire entorno únicamente a la enfermedad.

Estas posibles cargas pueden deteriorar la capacidad del paciente y del entorno aflorando preocupaciones, miedos, angustias, tristezas, entre otras emociones que pueden traer como consecuencia el deterioro de su calidad de vida. Por ello, los recursos personales, de la familia y sociales desarrollaran un estilo de afrontamiento que puede facilitar la adaptación al proceso vital del paciente.

En resumen, se aprueba la Hipótesis de Trabajo General: “*Existe relación entre Malestar Emocional y Calidad de Vida de los pacientes con enfermedad oncológica*”. Los resultados también, señalaron una correlación negativa; es decir, entre mayores indicadores de malestar emocional presente el paciente, su calidad de vida será menor; esto confirma la Hipótesis de Trabajo 1: “*Existe relación negativa entre Malestar Emocional y Calidad de Vida de los pacientes*”.

5.2.3 Malestar Emocional y los datos generales de la muestra

Primeramente, se debe señalar que los resultados presentados a continuación son adicionales al objetivo central del estudio, pero que el grupo investigador ha considerado ser de utilidad para contextualizar el fenómeno de las variables y tener un mayor alcance en la comprensión de cómo se manifiestan éstas.

Al analizar los indicadores de malestar emocional en la muestra estudiada, las mujeres resultaron con mayor malestar emocional que los hombres, aunque la diferencia de puntuaciones entre estos grupos no resultó estadísticamente significativa.

Sin embargo, según Costa y Ballester (2010) en su revisión teórica expresan que las mujeres presentan mayor malestar emocional con sintomatología ansiosa en comparación a los hombres, siendo éste un posible punto de observación en investigaciones futuras con la misma población de estudio.

Con base a lo anterior y a la presente investigación las puntuaciones entre hombres y mujeres se presentaron de forma similar, probablemente en los hombres se deba al rol social que desempeñan, generándoles mayores preocupaciones y responsabilidades familiares; y en las mujeres puede presentarse debido a su facilidad en la expresión de emociones.

Por otra parte, el malestar emocional se presentó más en pacientes entre las edades de 18- 30 años; hay que recordar que una enfermedad oncológica socialmente es sinónimo de muerte o de fuerte amenaza a la salud, lo que a personas jóvenes implica un obstáculo en sus proyectos profesionales y familiares que comenzaban o deseaban lograr.

Por ello, el grupo investigador considera que el malestar emocional puede ser mayor en este grupo comparado a pacientes que ya formalizaron su familia, concluyeron estudios y se encuentran con una madurez emocional más sólida que los pacientes jóvenes. Sin embargo, no se encontró diferencia significativa con el grupo de pacientes entre las edades de 71-90 años, los cuales el malestar emocional pueda verse comprendido a temores al final de la vida, soledad o disminución de apoyo por ser los adultos mayores de la familia. Además, se encontró una tendencia a puntuaciones mayores de malestar emocional conforme la edad aumenta.

Respecto a la religión, no se encontró alguna diferencia significativa de malestar emocional entre los pacientes evangélicos y católicos, ya que sin importar su afiliación religiosa, los pacientes perciben satisfacción en su bienestar espiritual, ayudándoles a sobrellevar sus experiencias emocionalmente desagradables, es decir, la religión no se relaciona con la presencia o no de indicadores de malestar emocional ante la vivencia de una enfermedad crónica.

Por otra parte, es importante mencionar que en la investigación se observó una relación baja entre el nivel de escolaridad y malestar emocional, siendo esta de sentido negativo, es decir, que a mayor nivel académico de los pacientes, menores indicadores de malestar emocional presentará. Estos hallazgos pueden sugerir que la escolaridad desarrolla habilidades cognitivas que permiten comprender de mejor forma la enfermedad y los procedimientos médicos, minimizando el pensamiento mágico o falsas creencias ante la enfermedad; también puede favorecer a las habilidades emocionales, fortalecimiento de redes de apoyo y mejores estrategias de afrontamiento. Se compararon las puntuaciones entre pacientes hasta educación básica con pacientes de educación superior, encontrando una diferencia estadísticamente significativa, corroborando lo antes mencionado.

Del mismo modo, se encontró diferencia significativa de indicadores de malestar emocional entre las amas de casa y los pacientes jubilados el cual fue mayor a los profesionales y empleados; esto puede indicar que el tipo de labores que diariamente se realice puede causar menor o mayor malestar emocional para un paciente con enfermedad oncológica según se perciban productivos económicamente, autorrealizados y mejor apoyados al expresar sus emociones/sentimientos con sus redes de apoyo. Lo anterior confirma los estudios realizados por Vega et al. (2002) donde encontró síntomas depresivos mayores en pacientes jubilados.

Vega et al. (2002) expresa también, que los pacientes casados que viven con sus cónyuges e hijos consiguieron mayor puntuación en la subescala de ansiedad, más no de depresión.

Esto se ve manifestado en los resultados de la presente investigación, ya que los padres solteros y las familias extensas poseen mayor malestar emocional que aquellos que viven en una familia nuclear o con sus padres; lo cual, puede deberse a las mayores responsabilidades familiares que poseen los padres solteros a diferencia de una familia donde el cuidado de los hijos es distribuido entre los cónyuges, agregado el hecho que los padres pueden reprimir sus emociones por no preocupar a sus hijos; o en el caso de la familia extensa donde al ser muchos los familiares resulta difícil que alguno asuma la responsabilidad de velar por el cuidado del paciente, no tomarlo en cuenta en la mayoría de las decisiones o pasar por desapercibido las emociones que pueda experimentar, aumentando así el aislamiento, angustia y sentimiento de incompreensión; necesidades básicas de un paciente con cáncer.

Adicionalmente, el presente estudio mostró que los participantes que obtuvieron puntuaciones más bajas en malestar emocional fueron los separados, divorciados y solteros; contra las puntuaciones más altas obtenidas por los pacientes casados, viudos y acompañados. Algunas investigaciones según Costa y Ballester (2010) expresan en caso de mujeres con cáncer de mama, que tener pareja en el momento del tratamiento contribuye a un mayor bienestar emocional a largo plazo.

Igualmente en otro estudio las mujeres con cáncer de mama no casadas son las que presentan más malestar emocional durante el tratamiento, manifestado de forma prevalente con sintomatología depresiva. (Costa y Ballester, 2010). Este contraste entre investigaciones anteriores y los resultados del presente estudio puede inferir que el estado marital del paciente podrá modular el nivel de malestar emocional, si actúa como proveedor de apoyo social; en otras palabras, según la percepción del apoyo social recibido, podrá ayudar a reducir indicadores de malestar emocional.

De esta forma, se confirma la Hipótesis Nula 2: “No existe diferencia significativa en los indicadores de Malestar Emocional según los datos generales de la muestra”, únicamente en los aspectos: vive con, profesión/ ocupación y nivel de escolaridad donde sí se encontró diferencias significativas y en este último, se expresa una correlación negativa con Malestar Emocional.

5.2.4 Calidad de Vida y los datos generales de la muestra.

Por otra parte, la Calidad de Vida de los pacientes participantes resultó ser menor en las mujeres que en los hombres, sin embargo la diferencia entre género no resultó significativa y según la revisión teórica realizada por Costa y Ballester (2010) aún no existe un acuerdo entre los diferentes estudios respecto al género y su rol con la calidad de vida, manifestando la influencia de variables clínicas como localización del tumor, estadio de la enfermedad, entre otros.

Del mismo modo sucede con la edad de los participantes y su calidad de vida, el cual resultó ser menor la calidad de vida en los pacientes más jóvenes de la muestra (de 18- 30 años). Algunas investigaciones expresan que los pacientes mayores muestran peores puntuaciones en su estado físico, capacidad funcional y calidad de vida general; por el contrario, en una muestra de pacientes con localización del tumor en el colón, pulmón, mama y, cabeza y cuello, la edad se relaciona en sentido positivo con bienestar físico, emocional y funcional de la calidad de vida (Costa y Ballester 2010). Nuevamente es un aspecto que aún no se determina con exactitud su rol ante la calidad de vida en pacientes con cáncer, ya que existen múltiples factores en juego.

Respecto a la escolaridad de los pacientes y las puntuaciones de calidad de vida, se observó una tendencia a mejorar conforme el nivel educativo aumente; de esta forma los grupos de pacientes con escolaridad superior y media obtuvieron puntuaciones más altas que los pacientes con educación básica o ninguna.

Según Sehlen et. al (2002) citado por Costa y Ballester (2010) en su investigación demuestra que el bajo nivel educativo predice peor calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Asimismo, Zapata y Romero (2010) en su investigación con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, concluye que las pacientes con mayor nivel de escolaridad probablemente tengan mayor conciencia y responsabilidad respecto a los cuidados de los tratamientos del cáncer y, por lo tanto, presenten mayor adherencia al tratamiento, algo que podría traducirse en una mejor calidad de vida.

Por otra parte, según la profesión/ocupación, se encontró diferencia significativa entre la calidad de vida de los empleados y las amas de casa, indicando que la realización de labores con goce de sueldo brindan mayor calidad de vida probablemente debido a la percepción de seguridad financiera y atención a salud (cotizante y beneficiario), sentimiento de utilidad a la familia, apoyo de otras fuentes sociales, entre otros elementos que afectan la valoración subjetiva del bienestar.

No obstante, se comprueba la Hipótesis Nula 3: *“No existe diferencia significativa en la Calidad de Vida según los datos generales de la muestra en estudio”*, ya que únicamente se encontró diferencia significativa en los profesión/ocupación y escolaridad.

5.2.5 Malestar Emocional y Calidad de Vida de los pacientes en condición de ingreso hospitalario y tratamiento oncológico.

Respecto a los indicadores de malestar emocional obtenidos según su asistencia a los servicios oncológicos, no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa.

Sin embargo, es interesante señalar que los pacientes en quimioterapia y radioterapia puntuaron más en malestar emocional, coincidiendo con los resultados de Vega et al. (2002) donde los pacientes que han terminado recientemente la quimioterapia obtuvieron puntuaciones más altas en malestar emocional, así como Henselmans y otros (2010) quienes expresan que un 37% de pacientes que reciben radioterapia presentan ansiedad y depresión.

Respecto a calidad de vida, lo anterior puede verse asociado, ya que únicamente se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones de los pacientes en consulta externa y los pacientes en radioterapia, sin dejar de lado que se encontró una relación entre servicios oncológicos y calidad de vida.

Además, los pacientes en consulta externa se ubicaron en puntuaciones altas de calidad de vida; a diferencia de los pacientes en ingreso y radioterapia, quienes mayormente se ubicaron en puntuaciones moderadas de calidad de vida, refiriendo que quienes poseen una mejor calidad de vida, en su mayoría es el grupo de pacientes que acuden a consulta externa.

Lo anterior puede sugerir que debido a la percepción de efectos secundarios del tratamiento, su calidad de vida también se vea disminuida al experimentar dificultades en las dimensiones físicas (estado físico de salud, capacidad funcional) y emocionales. Se debe mencionar que en el caso de la radioterapia, a diferencia de consulta externa, el tratamiento suele ser largo y con efectos secundarios que generen intolerancia progresiva; por lo que los pacientes pueden presentar dudas y miedos hacia la propia enfermedad avanzada, recurrente o metastásica, (Guinot Rodríguez, 2014).

Por consiguiente, se comprueba la Hipótesis Nula 4: *“No existe diferencia significativa entre los indicadores de Malestar Emocional y Calidad de Vida de los pacientes en condición de ingreso y tratamiento oncológico”*. A excepción de las puntuaciones en calidad de vida de los pacientes en consulta externa y radioterapia.

Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

- ✓ En los pacientes se identificaron niveles bajos de malestar emocionales; es decir, se presentan reacciones emocionales normales relacionadas a su condición de salud. La calidad de vida de los pacientes fue moderada, es decir poseen un adecuado funcionamiento personal, apoyo social, estado físico de salud, en donde el bienestar espiritual se presentó como el dominio más significativo para los pacientes.
- ✓ Existe relación entre malestar emocional y calidad de vida de forma negativa, es decir, a mayores indicadores de malestar emocional en los pacientes, menor será su calidad de vida.
- ✓ Los indicadores de malestar emocional y calidad de vida se ven condicionados por la profesión/ocupación, personas con quien vive el paciente y por su nivel de escolaridad; este último en relación negativa con malestar emocional; es decir entre mayor sea su nivel educativo, menor malestar emocional.
- ✓ Los pacientes en consulta externa poseen niveles altos de calidad de vida y bajos indicadores de malestar emocional, a diferencia de los pacientes en tratamiento oncológico; debido a la percepción de los efectos secundarios del tratamiento al que se someten.

6.2 Recomendaciones

- ✓ **A los estudiantes de psicología del servicio social** realizar intervenciones psicológicas, charlas relacionadas al malestar emocional; mejorando así la calidad de vida de los pacientes
- ✓ **Al Departamento de Psicología** motivar en la realización de investigaciones respecto al tema con diversas poblaciones, tipos de cáncer, estadio de la enfermedad, características de los pacientes, entre otros.
- ✓ **A psicólogos y equipo médico del Hospital Oncológico**, promover un trabajo multidisciplinario, donde se lleve a cabo evaluaciones tempranas, manejo y control del malestar emocional en pacientes con ingreso o tratamiento activo

PRESUPUESTO DE INVESTIGACION

DETALLE DE PRESUPUESTO TOTAL			
DESCRIPCION	PROYECTO DE INVESTIGACION	INFORME FINAL	DEFENSA DE LA INVESTIGACION
PAPELERIA	\$ 5.00	\$ 10.00	\$ 10.00
FOTOCOPIAS	\$ 5.00	\$ 15.00	\$ 10.00
IMPRESIONES	\$ 7.00	\$ 15.00	\$ 30.00
EMPASTADOS			\$ 64.00
TRANSPORTE	\$ 125.00	\$ 170.00	\$ 75.00
ALIMENTACION	\$150.00	\$ 200.00	\$ 75.00
IMPREVISTOS	\$ 50.00	\$ 50.00	\$ 50.00
TOTAL	\$342.00	\$460.00	\$314.00
			\$1,116.00

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aass, N., Fossa, S., Dahl, A., & Aloe, T. (Septiembre de 1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. ELSEVIER. European Journal of Cancer [en línea], 33(10), 1597-1604. Recuperado el 28 de Marzo de 2015, de [HYPERLINK "http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804997000543" ttp://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804997000543](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804997000543)

Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer. (25 de Marzo de 2014). Incidencia y Mortalidad estimadas, estandarizadas por edad: Ambos sexos. Recuperado el 3 Marzo de 2015, de INFOCANCER. México: <http://www.infocancer.org.mx/ambos-sexos-con777i0.html>

American Cancer Society. (8 de Agosto de 2014). El impacto emocional del diagnóstico de cáncer. Recuperado el 10 Marzo de 2015, de American Cancer Society: <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosemocionales/un-mensaje-de-esperanza-haciendo-frente-al-cancer-en-la-vida-diaria-emotional-impact-of-cancer>

American Cancer Society. (2015). La ciencia que sustenta la Radioterapia. Recuperado el 19 de Marzo de 2015, de American Cancer Society: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003020-df.pdf>

American Cancer Society. (2015). Principios de la Quimioterapia. Recuperado el 19 de Marzo de 2015, de American Cancer Society: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002996-pdf.pdf>

American Cancer Society. (2015). Una Guía sobre la Cirugía del Cáncer. Recuperado el 19 de Marzo de 2015, de American Cancer Society: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003023-pdf.pdf>

Arrarás, J. I., Arias de la Vega, F., Illarramendi, J. J., Manterola, A., Salgado, E., Domínguez, M. A., & Vera, R. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de Oncología del Hospital de Navarra. Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra. SciElo* [en línea], 34(1), 9-20. Recuperado el 10 de Abril de 2015, de <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000100002>

Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos. (2012). Calidad de Vida en el paciente con Cáncer, Respuesta emocional frente a la enfermedad, Alteraciones mentales en pacientes con cáncer. En C. Agámez, H. Álavrez Torres, & M. V. Mera (Edits.), *Paliación y Cáncer* (págs. 32-41, 323-250). Bogotá: Ladiprint Editoriales S.A.S.

Asociación Española contra el Cáncer. (29 de Marzo de 2012). Efectos secundarios de la radioterapia. Recuperado el 30 de Marzo de 2015, de Asociación Española contra el Cáncer: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/Tratamientos/Radioterapia/Paginas/Efectossecundarios.aspx>

Bayés, R (1990). *Psicología Oncológica* (2ª ed.). Barcelona: España, Editorial Martínez Roca

C. Samour, H. (2013). *Orientaciones para investigación documental, ensayos, artículos científicos, monografías, tesis ,tesinas y otros.* (2 ed.). San Salvador, El Salvador: Ediciones de Servicios Educativos.

Cabrera Hernández, S. E., Díaz Aguilar, M., Flamenco Parada, A. V., Larín López, L., Melgar Abarca, N., Montano, A., . . . Sol Flores, R. (1987). Efectos psicológicos y sociales relacionados con tumor maligno (cáncer cervical) evaluados en pacientes del ISSS (Tesis de Grado). San S: Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

Carroll, B., Kathol, R., Wald, T., Clamon, G., & R. N. (Marzo de 1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and

Depression Scale.ELSEVIER. General Hospital Psychiatry [en línea], 15(2), 69-74. Recuperado el 17 Abril de 2015, de [HYPERLINK "http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016383439390099A" http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016383439390099A](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016383439390099A)

BIBLIOGRAPHY Costa, Gema, y Rafael Ballester. «Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico.» *Psicooncología* 7, nº 2-3 (2010): 453-462.

Fraille, S. J., & Verdú, S. E. (2012). *Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria*. Valencia, España.

Fisch, M. J., Titzer, M., Kristeller, J., Shen, J., Loehrer, P., Jung, S.-H., . . .Einhorn, L. (2003). Assessment of Quality of Life in Outpatients With Advanced Cancer: The Accuracy of Clinician Estimations and the Relevance of Spiritual Well-Being—A Hoosier Oncology Group Study. Recuperado el 10 de Abril de 2015, de *Journal of ClinicalOncology*: <http://jco.ascopubs.org/content/21/14/2754.short>

Fonseca C., M., Schlack V., C., Mera M., E., Muñoz S., O., & Peña L., J. (Agosto de 2013). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. *Revista Chilena de Cirugia. SciElo* [en línea], 65(4), 321-328. Recuperado el 20 de Marzo de 2015, de <http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v65n4/art06.pdf>

Hernández, M., Cruzado, J. A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M. Á., & Martín, J. C. (2012). *Salud Mental y Malestar Emocional en Pacientes con Cáncer*. Universidad Complutense Madrid. *Psicooncología* [en línea], 9(2-3), 233-257. Recuperado el 21 de Abril de 2015, de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/40895/3>

Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. (27 de Octubre de 2014). *Estadísticas INEGI 2014 Cáncer de mama*. Recuperado el 3 Marzo de

2015, de INFOCANCER: <http://www.infocancer.org.mx/cncer-en-cifras-con487i0.html>

Instituto Salvadoreño del Seguro Social. (18 de Abril de 2013). ISSS garantiza atención paliativa de pacientes oncológicos en estado avanzado. Recuperado el 5 Marzo de 2015, de Instituto Salvadoreño del Seguro Social:

http://www.iss.gov.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=1049%3Aiss-garantiza-atencion-paliativa-de-pacientes-oncologicos-en-estado-terminal&catid=1%3Anoticias-ciudadano&Itemid=77

Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos. (5 de Noviembre de 2014). Instantáneas de cáncer: Tipos específicos de cáncer y otros temas. Recuperado el 17 Marzo de 2015, de Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/instantaneas>

Instituto Salvadoreño del Seguro Social. (7 de Mayo de 2014). Un quinquenio de trabajo en beneficio del derechohabiente. Recuperado el 10 Marzo de 2015, de Instituto Salvadoreño del Seguro Social: http://www.iss.gov.sv/index.php?option=com_content&view=article&catid=1:noticias-ciudadano&id=1273:un-quinquenio-de-trabajo-en-beneficio-del-derechohabiente&Itemid=77

Intituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos. (10 de Octubre de 2013). Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento. Recuperado el 19 Abril de 2015, de Intituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/Patient>

Jemal, A., Bray, F., M., M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global Cancer Statistics. *Cancer Journal for Clinicians*, 61(2), 69-90. Recuperado el 19 Abril de 2015, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20107/full>.

Landaverde, S., Santos, G., & Tejada, C. (2014). Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida de pacientes con diagnostico oncológico que reciben cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia (Tesis de Grado). San Salvador: Universidad de El Salvador.

Martínez Contreras, J. (Marzo de 2005). Definición y áreas de la calidad de vida en Oncología. *Oncología (Barcelona) SciELO* [en línea], 28(3), 17-19. Recuperado el 10 de Abril de 2015, de <http://dx.doi.org/10.4321/S0378-48352005000300002>

OMS. (Febrero de 2015). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 27 Marzo de 2015, de Cáncer. Nota descriptiva N° 297: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Puente, J. (23 de Marzo de 2015). ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? Recuperado el 30 de Marzo de 2015, de Sociedad Española de Oncología Médica: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>

Rivera Castro, A., & Tenorio Gochez, A. (2002). Estudio sobre las actitudes hacia el cáncer de los pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el Hospital Oncológico del ISSS (Tesis de Grado). San Salvador: Universidad de El Salvador.

Rodríguez Vega, B., Ortiz Villalobos, A., Palao, A., Avedillo, C., Sánchez-Cabezudo, A., & Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *EuropeanJournalPsychology*, 16(1), 27-38. Recuperado el 20 de Marzo de 2015, de <http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v16n1/original3.pdf>

Rubin, F. (2003). Situación del problema oncológico clínico. En F. Rubin, *Oncología Clínica (8° Edición, en español ed., págs. 16-28)*. España: ElsevierScience. Recuperado el 30 de Marzo de 2015, de <https://books.google.com.sv/books?id=->

whwqAxxkacMC&pg=PA20&dq=estadios+del+cancer&hl=es&sa=X&ei=NyAa
VeCSAcmcgwSt5IHACg&ved=0CDkQuwUwBQ#v=onepage&q=estadios%2
0del%20cancer&f=false

Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2010;28(1):9–18. Recuperado el 11 de Diciembre de 2015, de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a02.pdf>

Sampiere, R. C. (2006). Metodología de la Investigación (4 ed.). México D.F., México: McGraw- Hill.

Terol, M. C., López- Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. A., Mora, M., Martín-Aragón, M., . . . Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. Dialnet/ Anales de Psicología, 16 (2), 111-122 . Recuperado el 14 Abril de 2015, de http://www.um.es/analesps/v16/v16_2/01-16_2.pdf

Trill, M. D. (Septiembre de 2006). Impacto Psicosocial del Cáncer. Contigo/ Psiconcología [en línea] (6), 19-21. Recuperado el 10 Marzo de 2015, de **HYPERLINK**

"http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/revista_contigo/n_6/psicooncologia.pdf"

http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/revista_contigo/n_6/psicooncologia.pdf

Universidad de Valencia (2014). Conceptos básicos acerca del cáncer. Máster en PsicoOncología.

Vinaccia, S., & Quiceno, J. M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugués, 6 (1), 123-136. Recuperado el 15 Abril de 2015, de **HYPERLINK**

"<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>"

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>

ANEXOS

Anexo 1. Estadísticas de cáncer
del ISSS a nivel nacional
(2010- 2014)

INCIDENCIA DE CÁNCER (CASOS NUEVOS), SEGÚN DIAGNÓSTICO Y SEXO
(DETALLE POR SUBCATEGORÍA)

MES Y AÑO: ENERO A DICIEMBRE/2010

CÓDIGO CIE-10	DIAGNÓSTICO	CASOS NUEVOS POR SEXO		TOTAL
		MASCULINO	FEMENINO	
C009	TUMOR MALIGNO DEL LABIO, PARTE NO ESPECIFICADA	1	1	2
C01	TUMOR MALIGNO DE LA BASE DE LA LENGUA	1	0	1
C021	TUMOR MALIGNO DEL BORDE DE LA LENGUA	2	1	3
C029	TUMOR MALIGNO DE LA LENGUA, PARTE NO ESPECIFICADA	5	3	8
C039	TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA, PARTE NO ESPECIFICADA	1	1	2
C049	TUMOR MALIGNO DEL PISO DE LA BOCA, PARTE NO ESPECIFICADA	1	0	1
C050	TUMOR MALIGNO DEL PALADAR DURO	0	1	1
C051	TUMOR MALIGNO DEL PALADAR BLANDO	2	0	2
C069	TUMOR MALIGNO DE LA BOCA, PARTE NO ESPECIFICADA	1	0	1
C07	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA PAROTIDA	0	1	1
C089	TUMOR MALIGNO DE GLANDULA SALIVAL MAYOR, NO ESPECIFICADA	0	1	1
C139	TUMOR MALIGNO DE LA HIPOFARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	2	0	2
C140	TUMOR MALIGNO DE LA FARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	1	0	1
C155	TUMOR MALIGNO DEL TERCIO INFERIOR DEL ESOFAGO	2	0	2
C159	TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	11	1	12
C162	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL ESTOMAGO	2	4	6
C163	TUMOR MALIGNO DEL ANTRO PILORICO	7	5	12
C164	TUMOR MALIGNO DEL PILORO	2	1	3
C165	TUMOR MALIGNO DE LA CURVATURA MENOR DEL ESTOMAGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	1	1
C166	TUMOR MALIGNO DE LA CURVATURA MAYOR DEL ESTOMAGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	1	2	3
C169	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	33	19	52
C170	TUMOR MALIGNO DEL DUODENO	7	2	9
C172	TUMOR MALIGNO DEL ILEON	1	0	1
C179	TUMOR MALIGNO DEL INTESTINO DELGADO, PARTE NO ESPECIFICADA	1	0	1
C180	TUMOR MALIGNO DEL CIEGO	7	7	14
C181	TUMOR MALIGNO DEL APENDICE	2	2	4
C182	TUMOR MALIGNO DEL COLON ASCENDENTE	5	7	12
C184	TUMOR MALIGNO DEL COLON TRANSVERSO	1	0	1
C186	TUMOR MALIGNO DEL COLON DESCENDENTE	1	0	1
C187	TUMOR MALIGNO DEL COLON SIGMOIDE	3	3	6
C189	TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	6	3	9
C20	TUMOR MALIGNO DEL RECTO	18	15	33
C210	TUMOR MALIGNO DEL ANO, PARTE NO ESPECIFICADA	0	3	3
C211	TUMOR MALIGNO DEL CONDUCTO ANAL	1	0	1
C220	CARCINOMA DE CELULAS HEPATICAS	0	2	2
C229	TUMOR MALIGNO DEL HIGADO NO ESPECIFICADO	17	10	27
C23	TUMOR MALIGNO DE LA VESICULA BILIAR	2	6	8
C240	TUMOR MALIGNO DE LAS VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS	1	0	1
C241	TUMOR MALIGNO DE LA AMPOLLA DE VATER	5	2	7
C250	TUMOR MALIGNO DE LA CABEZA DEL PANCREAS	1	0	1
C259	TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS, PARTE NO ESPECIFICADA	2	2	4
C300	TUMOR MALIGNO DE LA FOSA NASAL	3	1	4
C301	TUMOR MALIGNO DEL OIDO MEDIO	1	0	1
C310	TUMOR MALIGNO DEL SENO MAXILAR	1	1	2
C313	TUMOR MALIGNO DEL SENO ESFENOIDAL	1	0	1
C319	TUMOR MALIGNO DE SENO PARANASAL NO ESPECIFICADO	0	1	1
C320	TUMOR MALIGNO DE LA GLOTIS	7	1	8
C321	TUMOR MALIGNO DE LA REGION SUPRAGLOTICA	5	0	5
C329	TUMOR MALIGNO DE LA LARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	2	1	3
C33	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA	1	0	1
C340	TUMOR MALIGNO DEL BRONQUIO PRINCIPAL	1	2	3
C341	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO SUPERIOR, BRONQUIO O PULMON	5	2	7
C343	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO INFERIOR, BRONQUIO O PULMON	3	6	9
C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	12	6	18
C37	TUMOR MALIGNO DEL TIMO	1	0	1
C383	TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO, PARTE NO ESPECIFICADA	1	0	1
C384	TUMOR MALIGNO DE LA PLEURA	9	8	17
C401	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS CORTOS DEL MIEMBRO SUPERIOR	1	3	4
C402	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO INFERIOR	0	1	1
C409	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS Y DE LOS CARTILAGOS ARTICULARES DE LOS MIEMBROS, SIN OTRA I	2	1	3
C411	TUMOR MALIGNO DEL HUESO DEL MAXILAR INFERIOR	4	2	6
C414	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS DE LA PELVIS, SACRO Y COCCIX	1	0	1
C419	TUMOR MALIGNO DEL HUESO Y DEL CARTILAGO ARTICULAR, NO ESPECIFICADO	2	0	2
C431	MELANOMA MALIGNO DEL PARPADO, INCLUIDA LA COMISURA PALPEBRAL	1	0	1
C432	MELANOMA MALIGNO DE LA OREJA Y DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	0	1	1
C439	MELANOMA MALIGNO DE PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO	11	3	14
C441	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL PARPADO, INCLUIDA LA COMISURA PALPEBRAL	1	1	2
C442	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE LA OREJA Y DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	2	0	2
C449	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO	120	138	258
C457	MESOTELIOMA DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	0	1	1
C460	SARCOMA DE KAPOSI DE LA PIEL	1	0	1

C462	SARCOMA DE KAPOSI DEL PALADAR	1	0	1
C469	SARCOMA DE KAPOSI DE SITIO NO ESPECIFICADO	1	0	1
C474	TUMOR MALIGNO DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DEL ABDOMEN	2	1	3
C480	TUMOR MALIGNO DEL RETROPERITONEO	1	1	2
C490	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO	3	0	3
C492	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DEL MIEMBRO INFERIOR INCLUIDA LA CA	1	0	1
C493	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DEL TORAX	1	0	1
C494	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DEL ABDOMEN	0	1	1
C499	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO, DE SITIO NO ESPECIFICADO	11	8	19
C502	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR INTERNO DE LA MAMA	0	2	2
C503	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE INFERIOR INTERNO DE LA MAMA	0	1	1
C504	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE LA MAMA	0	23	23
C505	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE INFERIOR EXTERNO DE LA MAMA	0	1	1
C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	247	247
C519	TUMOR MALIGNO DE LA VULVA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	3	3
C52	TUMOR MALIGNO DE LA VAGINA	0	10	10
C531	TUMOR MALIGNO DEL EXOCERVIX	0	152	152
C539	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	0	17	17
C541	TUMOR MALIGNO DEL ENDOMETRIO	0	53	53
C55	TUMOR MALIGNO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA	0	4	4
C56	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	0	41	41
C600	TUMOR MALIGNO DEL PREPUCIO	1	0	1
C601	TUMOR MALIGNO DEL GLANDE	1	0	1
C609	TUMOR MALIGNO DEL PENÉ, PARTE NO ESPECIFICADA	3	0	3
C61	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	173	0	173
C629	TUMOR MALIGNO DEL TESTICULO, NO ESPECIFICADO	9	0	9
C630	TUMOR MALIGNO DEL EPIDIDIMO	3	0	3
C64	TUMOR MALIGNO DEL RINON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL	21	16	37
C679	TUMOR MALIGNO DE LA VEJIGA URINARIA, PARTE NO ESPECIFICADA	20	5	25
C690	TUMOR MALIGNO DE LA CONJUNTIVA	5	2	7
C696	TUMOR MALIGNO DE LA ORBITA	0	2	2
C699	TUMOR MALIGNO DEL OJO, PARTE NO ESPECIFICADA	1	1	2
C710	TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO, EXCEPTO LOBULOS Y VENTRICULOS	7	5	12
C711	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO FRONTAL	7	5	12
C712	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO TEMPORAL	1	1	2
C713	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO PARIETAL	6	4	10
C715	TUMOR MALIGNO DEL VENTRICULO CEREBRAL	0	1	1
C716	TUMOR MALIGNO DEL CEREBELO	1	0	1
C73	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES	8	43	51
C760	TUMOR MALIGNO DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO	3	5	8
C761	TUMOR MALIGNO DEL TORAX	1	3	4
C763	TUMOR MALIGNO DE LA PELVIS	0	1	1
C770	TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO	0	1	1
C773	TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS DE LA AXILA Y DEL MIEMBRO SUPERIOR	1	0	1
C774	TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS DE LA REGION INGUINAL Y DEL MIEMBRO INFERIOR	2	2	4
C779	TUMOR MALIGNO DEL GANGLIO LINFATICO, SITIO NO ESPECIFICADO	0	1	1
C80	TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS	27	37	64
C811	ENFERMEDAD DE HODGKIN CON ESCLEROSIS NODULAR	2	4	6
C812	ENFERMEDAD DE HODGKIN CON CELULARIDAD MIXTA	3	1	4
C820	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS PEQUENAS HENDIDAS, FOLICULAR	0	2	2
C821	LINFOMA NO HODGKIN MIXTO, DE PEQUEÑAS CELULAS HENDIDAS Y DE GRANDES CELULAS, FOLICULAR	0	1	1
C822	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS GRANDES, FOLICULAR	0	1	1
C831	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS PEQUENAS HENDIDAS (DIFUSO)	5	3	8
C832	LINFOMA NO HODGKIN MIXTO, DE CELULAS PEQUENAS Y GRANDES (DIFUSO)	1	0	1
C833	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS GRANDES (DIFUSO)	12	8	20
C834	LINFOMA NO HODGKIN INMUNOBLASTICO (DIFUSO)	1	0	1
C835	LINFOMA NO HODGKIN LINFOLASTICO (DIFUSO)	1	0	1
C837	TUMOR DE BURKITT	1	0	1
C842	LINFOMA DE ZONA T	0	1	1
C844	LINFOMA DE CELULAS T PERIFERICO	2	1	3
C851	LINFOMA DE CELULAS B, SIN OTRA ESPECIFICACION	7	14	21
C859	LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	2	3	5
C887	OTRAS ENFERMEDADES INMUNOPROLIFERATIVAS MALIGNAS	0	1	1
C889	ENFERMEDAD INMUNOPROLIFERATIVA MALIGNA, SIN OTRA ESPECIFICACION	4	5	9
C900	MIELOMA MULTIPLE	5	20	25
C902	PLASMOCITOMA, EXTRAMEDULAR	1	4	5
C910	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	5	15	21
C911	LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA	7	1	8
C912	LEUCEMIA LINFOCITICA SUBAGUDA	3	0	3
C913	LEUCEMIA PROLINFOCITICA	2	0	2
C915	LEUCEMIA DE CELULAS T ADULTAS	1	0	1
C919	LEUCEMIA LINFOIDE, SIN OTRA ESPECIFICACION	1	0	1
C920	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	15	5	21
C921	LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	6	5	11
C923	SARCOMA MIELOIDE	1	0	1

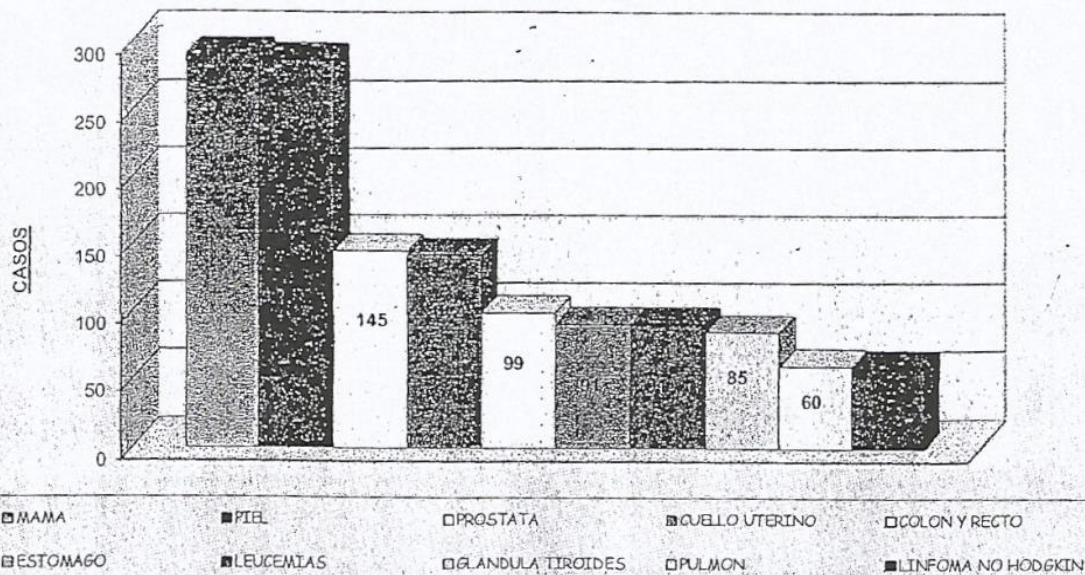
TOTAL DE CASOS

765

1.083

1.848

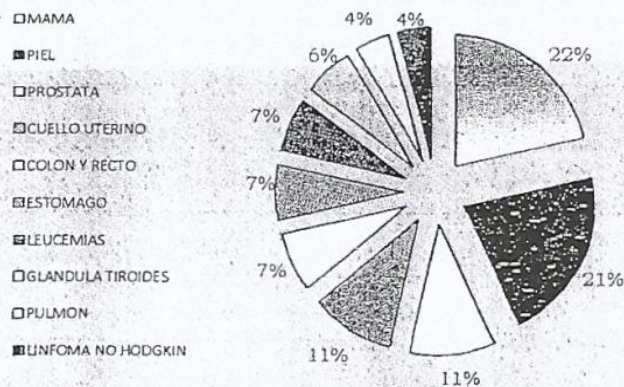
10 PRIMERAS CAUSAS MAS FRECUENTES DE CANCER EN AÑO-2011)



SITIOS ANATOMICOS

1 MAMA	291
2 PIEL	287
3 PROSTATA	145
4 CUELLO UTERINO	142
5 COLON Y RECTO	99
6 ESTOMAGO	91
7 LEUCEMIAS	91
8 GLANDULA TIROIDES	85
9 PULMON	60
10 LINFOMA NO HODGKIN	58
TOTAL	1349

10 PRIMERAS CAUSAS MAS FRECUENTES DE CANCER: AÑO -2011)



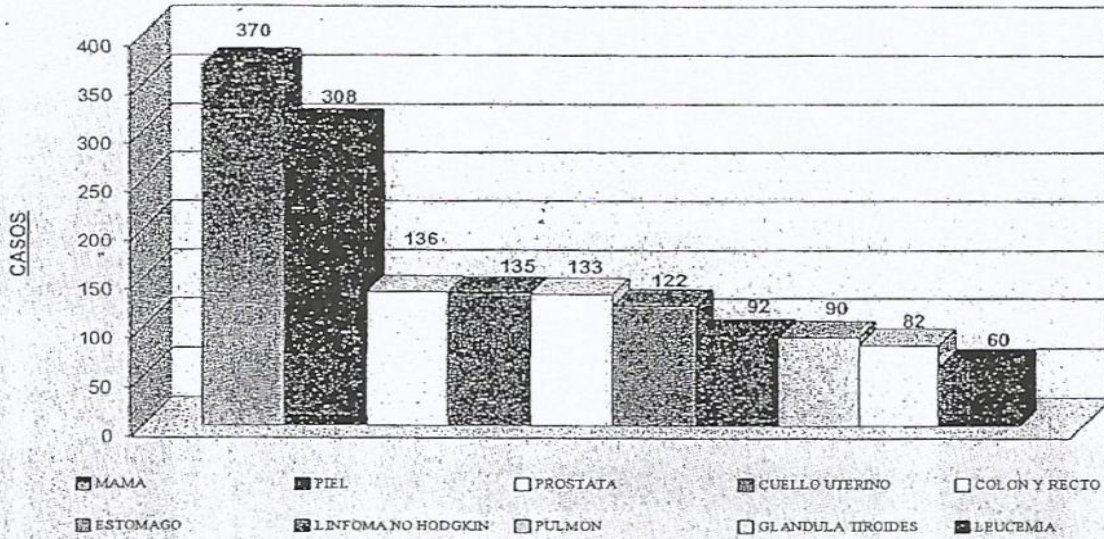


**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ONCOLOGIA
REGISTRO DE CANCER**

INCIDENCIA DE CANCER MENSUAL POR REGIONES AÑO 2012

REGIONES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
CANCER DE CABEZA Y CUELLO	18	7	16	19	12	14	14	16	7	4	11	9	147
CANCER DEL SISTEMA DIGESTIVO	25	26	25	29	23	22	28	24	20	19	28	27	296
CANCER DE PULMON Y PLEURA	6	7	5	6	8	6	10	6	5	5	9	3	76
TUMORES DE HUESO Y SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS	1	1	3	5	2	2	7	3	4	4	6	6	44
CANCER DE PIEL	32	31	27	18	8	21	16	18	39	32	19	24	285
CANCER DE MAMA	34	12	29	36	22	30	31	30	38	39	33	23	367
CANCER DE PRIMARIO DESCONOCIDO	4	2	4	3	3	3	12	5	8	6	2	2	54
CANCER GINECOLOGICO	19	10	19	13	18	19	19	15	19	17	20	25	213
CANCER UROLOGICO	18	16	11	9	10	12	20	22	13	14	13	17	175
CANCER OFTALMOLOGICO	0	1	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	5
ENFERMEDAD DE HODGKIN	2	2	1	1	0	1	2	0	1	2	1	2	15
LINFOMA NO HODGKIN	11	5	4	13	6	3	10	10	9	11	6	12	100
LEUCEMIAS	6	5	5	8	8	2	11	14	8	5	6	6	84
SINDROMES MIELODISPLASICOS	1	2	2	5	2	1	1	2	1	2	1	3	23
ENF. LINFOPROLIFERATIVAS	0	1	0	1	2	1	2	0	1	1	0	1	10
MIELOMA MULTIPLE	1	2	4	1	1	4	1	5	0	1	3	6	29
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	2	3	2	0	0	1	3	7	4	1	4	0	27
TOTAL DE CASOS	180	133	157	167	126	142	187	177	179	164	162	166	1,940

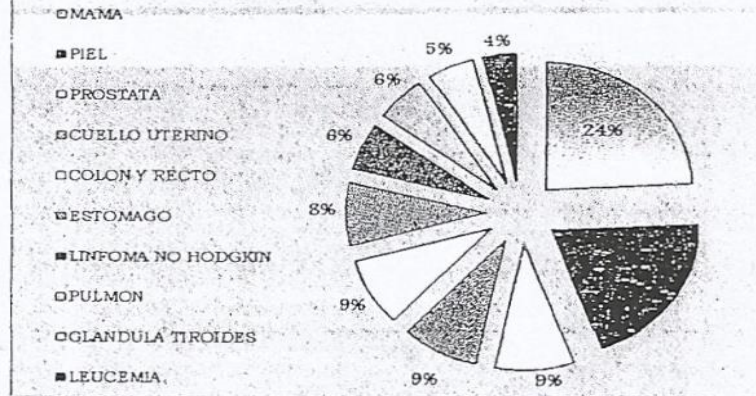
10 PRIMERAS CAUSAS MAS FRECUENTES DE CANCER AÑO/2013



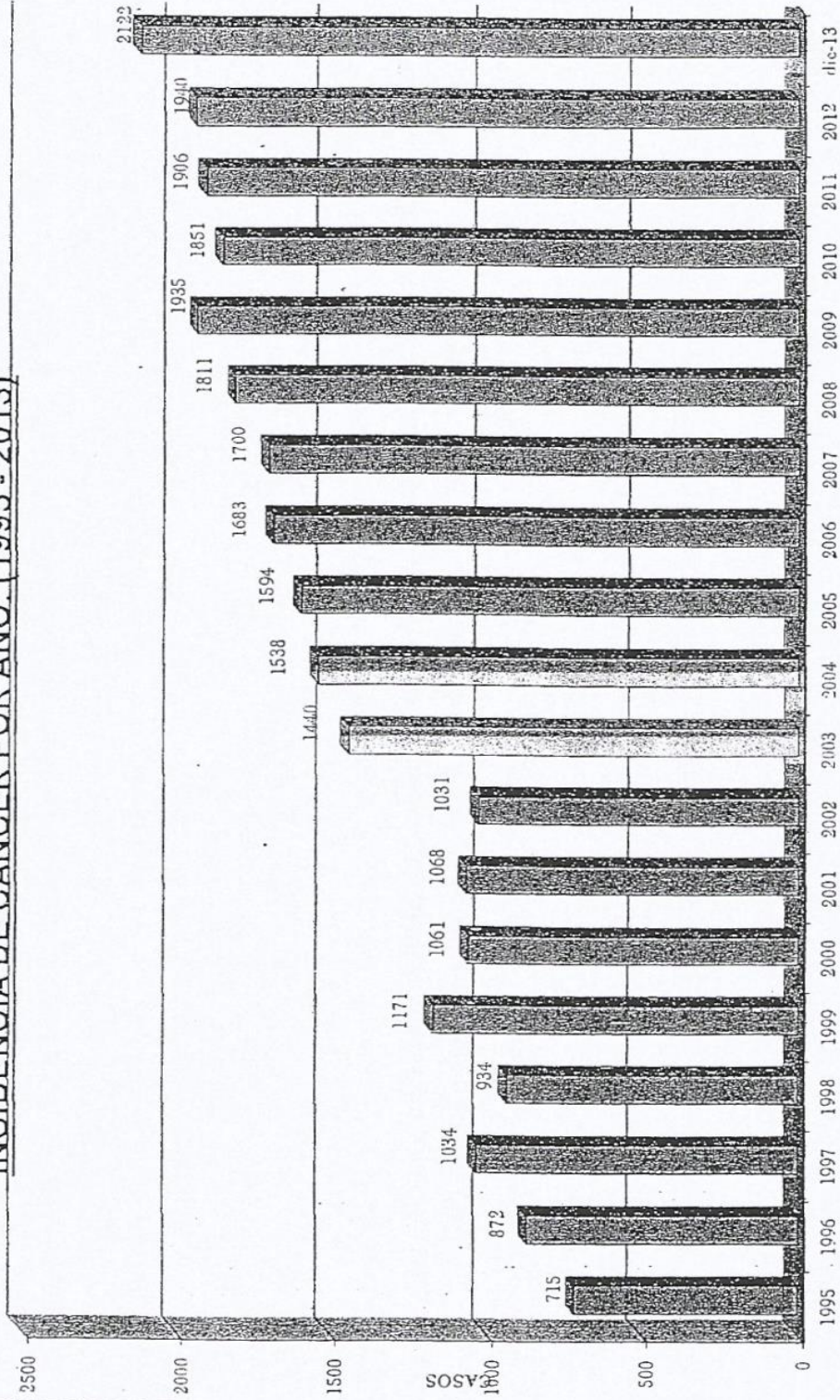
SITIOS ANATOMICOS

1 MAMA	370
2 PIEL	308
3 PROSTATA	136
4 CUELLO UTERINO	135
5 COLON Y RECTO	133
6 ESTOMAGO	122
7 LINFOMA NO HODGKIN	92
8 PULMON	90
9 GLANDULA TIROIDES	82
10 LEUCEMIA	60
TOTAL	1528

10 PRIMERAS CAUSAS MAS FRECUENTES DE CANCER: AÑO/2013



INCIDENCIA DE CANCER POR AÑO: (1995 - 2013)



INCIDENCIA DE CÁNCER (CASOS NUEVOS), SEGÚN DIAGNÓSTICO Y SEXO

(DETALLE POR SUBCATEGORÍA)

MES Y AÑO: ENERO A DICIEMBRE/2014

CÓDIGO CIE-10	DIAGNÓSTICO	CASOS NUEVOS POR SEXO		TOTAL
		MASCULINO	FEMENINO	
C000	TUMOR MALIGNO DEL LABIO SUPERIOR, CARA EXTERNA	1	0	1
C004	TUMOR MALIGNO DEL LABIO INFERIOR, CARA INTERNA	1	0	1
C009	TUMOR MALIGNO DEL LABIO, PARTE NO ESPECIFICADA	1	0	1
C029	TUMOR MALIGNO DE LA LENGUA, PARTE NO ESPECIFICADA	2	5	7
C039	TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA, PARTE NO ESPECIFICADA	1	0	1
C050	TUMOR MALIGNO DEL PALADAR DURO	1	0	1
C051	TUMOR MALIGNO DEL PALADAR BLANDO	1	0	1
C060	TUMOR MALIGNO DE LA MUCOSA DE LA MEJILLA	1	0	1
C07	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA PAROTIDA	0	2	2
C099	TUMOR MALIGNO DE LA AMIGDALA, PARTE NO ESPECIFICADA	1	1	2
C119	TUMOR MALIGNO DE LA NASOFARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	0	2	2
C139	TUMOR MALIGNO DE LA HIPOFARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	1	0	1
C140	TUMOR MALIGNO DE LA FARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	1	0	1
C159	TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	11	5	16
C160	TUMOR MALIGNO DEL CARDIAS	0	1	1
C161	TUMOR MALIGNO DEL FUNDUS GASTRICO	1	0	1
C162	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL ESTOMAGO	2	3	5
C163	TUMOR MALIGNO DEL ANTRO PILORICO	6	4	10
C164	TUMOR MALIGNO DEL PILORO	1	2	3
C165	TUMOR MALIGNO DE LA CURVATURA MENOR DEL ESTOMAGO, SIN	1	0	1
C169	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	44	33	77
C170	TUMOR MALIGNO DEL DUODENO	5	4	9
C171	TUMOR MALIGNO DEL YEYUNO	1	0	1
C172	TUMOR MALIGNO DEL ILEON	1	1	2
C179	TUMOR MALIGNO DEL INTESTINO DELGADO, PARTE NO ESPECIFICADA	1	0	1
C180	TUMOR MALIGNO DEL CIEGO	1	8	9
C181	TUMOR MALIGNO DEL APENDICE	0	1	1
C182	TUMOR MALIGNO DEL COLON ASCENDENTE	6	6	12
C184	TUMOR MALIGNO DEL COLON TRANSVERSO	4	1	5
C185	TUMOR MALIGNO DEL ANGULO ESPLENICO	1	0	1
C186	TUMOR MALIGNO DEL COLON DESCENDENTE	3	0	3
C187	TUMOR MALIGNO DEL COLON SIGMOIDE	8	6	14
C189	TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	12	10	22
C20	TUMOR MALIGNO DEL RECTO	24	18	42
C210	TUMOR MALIGNO DEL ANO, PARTE NO ESPECIFICADA	0	1	1
C229	TUMOR MALIGNO DEL HIGADO, NO ESPECIFICADO	7	15	22
C23	TUMOR MALIGNO DE LA VESICULA BILIAR	3	8	11
C241	TUMOR MALIGNO DE LA AMPOLLA DE VATER	2	2	4
C259	TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS, PARTE NO ESPECIFICADA	6	11	17
C260	TUMOR MALIGNO DEL INTESTINO, PARTE NO ESPECIFICADA	0	1	1
C300	TUMOR MALIGNO DE LA FOSA NASAL	2	4	6
C310	TUMOR MALIGNO DEL SENOS MAXILAR	1	0	1
C320	TUMOR MALIGNO DE LA GLOTIS	12	1	13
C329	TUMOR MALIGNO DE LA LARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	4	0	4
C33	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA	2	1	3
C340	TUMOR MALIGNO DEL BRONQUIO PRINCIPAL	3	1	4
C341	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO SUPERIOR, BRONQUIO O PULMON	9	5	14
C343	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO INFERIOR, BRONQUIO O PULMON	5	6	11
C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	11	9	20
C383	TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO, PARTE NO ESPECIFICADA	3	0	3
C384	TUMOR MALIGNO DE LA PLEURA	3	2	5
C401	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS CORTOS DEL MIEMBRO SUPERIOR	0	1	1
C402	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO INFERIOR	1	0	1
C403	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS CORTOS DEL MIEMBRO INFERIOR	1	0	1
C409	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS Y DE LOS CARTILAGOS ARTICULARES	0	3	3
C411	TUMOR MALIGNO DEL HUESO DEL MAXILAR INFERIOR	1	0	1
C412	TUMOR MALIGNO DE LA COLUMNA VERTEBRAL	6	1	7
C419	TUMOR MALIGNO DEL HUESO Y DEL CARTILAGO ARTICULAR, NO ESPECIFICADO	1	0	1
C437	MELANOMA MALIGNO DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDO LA CADEZA	0	3	3
C439	MELANOMA MALIGNO DE PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO	11	6	17
C442	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE LA OREJA Y DEL CONDUCTO AUDITIVO	3	0	3
C444	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL CUERO CABELLUDO Y DEL CUELL	1	0	1
C446	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL MIEMBRO SUPERIOR, INCLUIDO EL	3	0	3
C447	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDA LA CA	3	0	3
C449	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO	130	137	267
C463	SARCOMA DE KAPOSI DE LOS GANGLIOS LINFATICOS	1	0	1
C469	SARCOMA DE KAPOSI DE SITIO NO ESPECIFICADO	2	0	2
C471	TUMOR MALIGNO DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DEL MIEMBRO SUPERIOR	2	0	2

10	DIAGNOSTICO	MASCULINO		FEMENINO	
C472	TUMOR MALIGNO DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DEL MIEMBRO IN	1	1	2	
C474	TUMOR MALIGNO DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DEL ABDOMEN	1	3	4	
C480	TUMOR MALIGNO DEL RETROPERITONEO	3	7	10	
C492	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DEL	0	1	1	
C500	TUMOR MALIGNO DEL PEZON Y AREOLA MAMARIA	0	1	1	
C502	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR INTERNO DE LA MAM	0	1	1	
C504	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE LA MAI	0	5	5	
C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	1	327	328	
C511	TUMOR MALIGNO DEL LABIO MENOR	0	1	1	
C519	TUMOR MALIGNO DE LA VULVA, PARTE NO ESPECIFICADA	0	7	7	
C52	TUMOR MALIGNO DE LA VAGINA	0	4	4	
C531	TUMOR MALIGNO DEL EXOCERVIX	0	92	92	
C541	TUMOR MALIGNO DEL ENDOMETRIO	0	72	72	
C549	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICA	0	3	3	
C55	TUMOR MALIGNO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA	0	4	4	
C56	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	0	28	28	
C570	TUMOR MALIGNO DE LA TROMPA DE FALOPIO	0	5	5	
C600	TUMOR MALIGNO DEL PREPUCIO	1	0	1	
C609	TUMOR MALIGNO DEL PENE, PARTE NO ESPECIFICADA	5	0	5	
C61	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	105	0	105	
C629	TUMOR MALIGNO DEL TESTICULO, NO ESPECIFICADO	7	0	7	
C64	TUMOR MALIGNO DEL RINON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL	16	8	24	
C679	TUMOR MALIGNO DE LA VEJIGA URINARIA, PARTE NO ESPECIFICAC	15	8	23	
C690	TUMOR MALIGNO DE LA CONJUNTIVA	2	0	2	
C699	TUMOR MALIGNO DEL OJO, PARTE NO ESPECIFICADA	0	1	1	
C710	TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO, EXCEPTO LOBULOS Y VENTRICUL	6	3	9	
C711	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO FRONTAL	5	7	12	
C713	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO PARIETAL	2	2	4	
C714	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO OCCIPITAL	1	0	1	
C73	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES	9	48	57	
C760	TUMOR MALIGNO DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO	15	16	31	
C761	TUMOR MALIGNO DEL TORAX	2	3	5	
C762	TUMOR MALIGNO DEL ABDOMEN	4	3	7	
C763	TUMOR MALIGNO DE LA PELVIS	3	2	5	
C764	TUMOR MALIGNO DEL MIEMBRO SUPERIOR	1	2	3	
C765	TUMOR MALIGNO DEL MIEMBRO INFERIOR	4	2	6	
C770	TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS DE LA CABEZA, C	4	0	4	
C773	TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS DE LA AXILA Y DE	1	1	2	
C779	TUMOR MALIGNO DEL GANGLIO LINFATICO, SITIO NO ESPECIFICAD	2	5	7	
C80	TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS	4	4	8	
C811	ENFERMEDAD DE HODGKIN CON ESCLEROSIS NODULAR	2	5	7	
C812	ENFERMEDAD DE HODGKIN CON CELULARIDAD MIXTA	7	0	7	
C817	OTROS TIPOS DE ENFERMEDAD DE HODGKIN	1	0	1	
C819	ENFERMEDAD DE HODGKIN, NO ESPECIFICADA	3	1	4	
C820	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS PEQUENAS HENDIDAS, FOLICU	1	1	2	
C822	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS GRANDES, FOLICULAR	4	3	7	
C829	LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	4	5	9	
C830	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS PEQUENAS (DIFUSO)	2	4	6	
C831	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS PEQUENAS HENDIDAS (DIFUSC	1	1	2	
C833	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS GRANDES (DIFUSO)	14	14	28	
C835	LINFOMA NO HODGKIN LINFOBLASTICO (DIFUSO)	6	5	11	
C837	TUMOR DE BURKITT	1	1	2	
C839	LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO, SIN OTRA ESPECIFICACION	6	1	7	
C840	MICOSIS FUNGOIDE	0	1	1	
C844	LINFOMA DE CELULAS T PERIFERICO	2	1	3	
C845	OTROS LINFOMAS DE CELULAS T Y LOS NO ESPECIFICADOS	1	0	1	
C851	LINFOMA DE CELULAS B, SIN OTRA ESPECIFICACION	8	10	18	
C859	LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	3	3	6	
C883	ENFERMEDAD INMUNOPROLIFERATIVA DEL INTESTINO DELGADO	1	0	1	
C889	ENFERMEDAD INMUNOPROLIFERATIVA MALIGNA, SIN OTRA ESPECI	4	4	8	
C900	MIELOMA MULTIPLE	2	7	9	
C910	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	13	10	23	
C911	LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA	7	2	9	
C920	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	11	10	21	
C921	LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	3	2	5	
C924	LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA	0	1	1	
C925	LEUCEMIA MIELOMONOCITICA AGUDA	1	0	1	
C929	LEUCEMIA MIELOIDE, SIN OTRA ESPECIFICACION	1	0	1	
C942	LEUCEMIA MEGACARIOBLASTICA AGUDA	0	1	1	
TOTAL DE CASOS		713	1.101	1.814	

Fuente : f:\sistemas\vsaf\rep128.prg - reporte128.xls

Fecha y Hora de Emisión del Reporte :

27/01/2015 15:39

Usuario que Emite Reporte : UNIDAD DE ONCOLOGIA

Anexo 2. Validación de Instrumento según Lawshe

Universidad de El Salvador

Facultad de Ciencias y Humanidades

Departamento de Psicología

Cuestionario Multidimensional del Malestar Emocional

Indicaciones: Marque con una X la respuesta que más se aproxime a su manera de sentir, tomando en cuenta los últimos siete días incluido el día de ahora. Conteste de manera sincera.

-Relación consigo mismo/a

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.					
2. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.					
3. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.					
4. Desearía valorarme más a mí mismo/a.					
5. A veces pienso que no sirvo para nada					

- Relación con imagen corporal

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. Cuando me miro en el espejo, me gusta lo que veo.					
2. Comparo mi cuerpo con el de los/as demás.					
3. Me siento satisfecho/a con mi aspecto físico.					
4. Evito verme desnudo/a					
5. Me siento atractivo/a hacia los demás.					

-Relaciones interpersonales

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. Disfruto siendo amable y cortés con la gente.					
2. Suelo confiar en los demás.					
3. Tengo amigos/as dispuestos a escucharme.					
4. Siento que los demás no me comprenden o no me hacen caso.					
5. Me siento incómodo/a cuando la gente me mira o habla acerca de mí.					

- Relación familiar

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
2. Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
3. Me satisface como mi familia responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
4. Me satisface como mi familia expresa afecto					
5. Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos					
6. Me satisface como compartimos en mi familia el dinero					

- Reacciones emocionales

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. Me siento más enojado/a de lo que estoy dispuesto/a a admitir.					
2. Me siento confuso/a e inquieto/a.					
3. Me preocupa que mi salud empeore.					
4. No estoy gozando de las cosas que usualmente hago para divertirme.					
5. Estoy perdiendo la confianza en la lucha contra mi enfermedad.					
6. Estoy perdiendo la confianza en mí tratamiento médico.					
7. Me siento molesto/a.					
8. Me siento triste.					

Recibida 25 de agosto



Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



San Salvador, 25 de agosto de 2015.

Licenciado
Fidel Peralta
Docente del Dpto. de Psicología
Presente.

Constancia de Validación de Instrumento

Las estudiantes Raquel A. Espinoza Ponce, carnet EP10006; Geraldina E. Portillo, carnet PP05009; Elma M. Monge de Vásquez, carnet MD04036; actualmente realizan su Proceso de Grado para el título de Licenciatura en Psicología, con el tema *"Relación de aspectos sociodemográficos y los tratamientos oncológicos con los indicadores de malestar emocional y calidad de vida de los pacientes que acuden a los servicios oncológicos del ISSS"*.

Para ello, se solicita su valiosa participación en calidad de experto/a en la **validación del instrumento** creado por el equipo investigador **"Cuestionario Multidimensional del Malestar Emocional"**, bajo la fórmula de C. H. Lawshe (1975) denominada: "Razón de Validez de Contenido".

Agradecemos de antemano su aporte y disposición.

Aceptado sin observaciones

Aceptado con observaciones

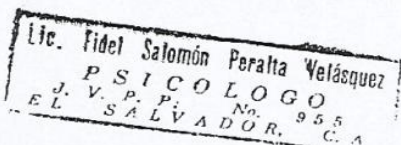
Necesita segunda validación

X

Fecha: _____

Firma: _____

Sello: _____





Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



San Salvador, 25 de agosto de 2015.

Licenciado
Bartolo Castellanos
Docente del Dpto. de Psicología
Presente.

Constancia de Validación de Instrumento

Las estudiantes Raquel A. Espinoza Ponce, carnet EP10006; Geraldina E. Portillo, carnet PP05009; Elma M. Monge de Vásquez, carnet MD04036; actualmente realizan su Proceso de Grado para el título de Licenciatura en Psicología, con el tema *"Relación de aspectos sociodemográficos y los tratamientos oncológicos con los indicadores de malestar emocional y calidad de vida de los pacientes que acuden a los servicios oncológicos del ISSS"*.

Para ello, se solicita su valiosa participación en calidad de experto/a en la **validación del instrumento** creado por el equipo investigador **"Cuestionario Multidimensional del Malestar Emocional"**, bajo la fórmula de C. H. Lawshe (1975) denominada: "Razón de Validez de Contenido".

Agradecemos de antemano su aporte y disposición.

Aceptado sin observaciones

Aceptado con observaciones

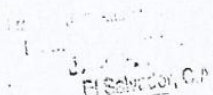
~~_____~~

Segunda validación

Fecha: 25/08/2015

Firma: 

Sello:





Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



San Salvador, 25 de agosto de 2015.

Licenciada
Sara Bernal
Docente del Dpto. de Psicología
Presente.

Constancia de Validación de Instrumento

Las estudiantes Raquel A. Espinoza Ponce, carnet EP10006; Geraldina E. Portillo, carnet PP05009; Elma M. Monge de Vásquez, carnet MD04036; actualmente realizan su Proceso de Grado para el título de Licenciatura en Psicología, con el tema *"Relación de aspectos sociodemográficos y los tratamientos oncológicos con los indicadores de malestar emocional y calidad de vida de los pacientes que acuden a los servicios oncológicos del ISSS"*.

Para ello, se solicita su valiosa participación en calidad de experto/a en la **validación del instrumento** creado por el equipo investigador **"Cuestionario Multidimensional del Malestar Emocional"**, bajo la fórmula de C. H. Lawshe (1975) denominada: "Razón de Validez de Contenido".

Agradecemos de antemano su aporte y disposición.

Aceptado sin observaciones _____
Aceptado con observaciones _____ ✓
Segunda validación _____

Fecha: 28/08/15

Firma: _____

Sello:
Licda. Sara Areli Bernal Juárez
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
J.V.P.P. No. 3890
El Salvador, C.A.



Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



San Salvador, 27 de agosto de 2015.

Psicóloga
Licda. Beatriz Escalante
Hospital Oncológico del ISSS
Presente.

Constancia de Validación de Instrumento

Las estudiantes Raquel A. Espinoza Ponce, carnet EP10006; Geraldina E. Portillo, carnet PP05009; Elma M. Monge de Vásquez, carnet MD04036; actualmente realizan su Proceso de Grado para el título de Licenciatura en Psicología, con el tema *"Relación de aspectos sociodemográficos y los tratamientos oncológicos con los indicadores de malestar emocional y calidad de vida de los pacientes que acuden a los servicios oncológicos del ISSS"*.

Para ello, se solicita su valiosa participación en calidad de experto/a en la **validación del instrumento** creado por el equipo investigador **"Cuestionario Multidimensional del Malestar Emocional"**, bajo la fórmula de C. H. Lawshe (1975) denominada: "Razón de Validez de Contenido".

Agradecemos de antemano su aporte y disposición.

Aceptado sin observaciones

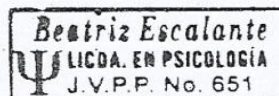
Aceptado con observaciones

Necesita segunda validación

Fecha: 27 agosto/15

Firma: Beatriz Escalante

Sello:





Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



San Salvador, 27 de agosto de 2015.

Psicóloga
Nidia Polanco
Fundación No te Rindas
Presente.

Constancia de Validación de Instrumento

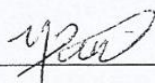
Las estudiantes Raquel A. Espinoza Ponce, carnet EP10006; Geraldina E. Portillo, carnet PP05009; Elma M. Monge de Vásquez, carnet MD04036; actualmente realizan su Proceso de Grado para el título de Licenciatura en Psicología, con el tema "*Relación de aspectos sociodemográficos y los tratamientos oncológicos con los indicadores de malestar emocional y calidad de vida de los pacientes que acuden a los servicios oncológicos del ISSS*".

Para ello, se solicita su valiosa participación en calidad de experto/a en la **validación del instrumento** creado por el equipo investigador "**Cuestionario Multidimensional del Malestar Emocional**", bajo la fórmula de C. H. Lawshe (1975) denominada: "Razón de Validez de Contenido".

Agradecemos de antemano su aporte y disposición.

Aceptado sin observaciones	<input checked="" type="checkbox"/>
Aceptado con observaciones	<input type="checkbox"/>
Necesita segunda validación	<input type="checkbox"/>

Fecha: 27. Agosto. 2015

Firma: 

Sello:





Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



San Salvador, 27 de agosto de 2015.

Psicólogo
Marco Rodríguez
Fundación No te Rindas
Presente.

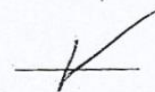
Constancia de Validación de Instrumento

Las estudiantes Raquel A. Espinoza Ponce, carnet EP10006; Geraldina E. Portillo, carnet PP05009; Elma M. Monge de Vásquez, carnet MD04036; actualmente realizan su Proceso de Grado para el título de Licenciatura en Psicología, con el tema "*Relación de aspectos sociodemográficos y los tratamientos oncológicos con los indicadores de malestar emocional y calidad de vida de los pacientes que acuden a los servicios oncológicos del ISSS*".

Para ello, se solicita su valiosa participación en calidad de experto/a en la **validación del instrumento** creado por el equipo investigador "**Cuestionario Multidimensional del Malestar Emocional**", bajo la fórmula de C. H. Lawshe (1975) denominada: "Razón de Validez de Contenido".

Agradecemos de antemano su aporte y disposición.

Aceptado sin observaciones



Aceptado con observaciones



Necesita segunda validación



Fecha:

27/08/15

Firma:

Sello:

Lic. Marco Antonio Rodríguez Pa.
PSICOLOGO
J.V.P.P. No. 4515
El Salvador, C.A.

Vaciado de datos para cada ítem según su validación de contenido

Ítems	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario	Validez de contenido
Relación consigo mismo				
1				1.0
2		I		0.66
3				1.0
4				1.0
5				1.0
Relación con imagen corporal				
1		I		0.66
2				1.0
3				1.0
4				1.0
5		I		0.66
Relaciones interpersonales				
1				1.0
2				1.0
3				1.0
4				1.0
5				1.0
Relaciones familiares				
1				1.0
2				1.0
3				1.0
4				1.0
5				1.0
6			I	0.66
Reacciones emocionales				
1				1.0
2				1.0
3				1.0
4				1.0
5				1.0
6				1.0

7	IIIIII			1.0
8	IIIIII			1.0

$$\text{CRV: } \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

CVR: Razón de validez de contenido

n_e : Número de expertos que indican “esencial”

N : Número total de expertos

- Ítem validado por 6 jurados

$$\text{CVR: } \frac{6 - (6 / 2)}{6 / 2} = \frac{6 - 3}{3} = 1$$

- Ítem validados por 5 jurados

$$\text{CVR: } \frac{5 - (6 / 2)}{6 / 2} = \frac{5 - 3}{3} = 0.66$$

Todos los ítems poseen validación de contenido positiva, ya que cuando más de la mitad pero no todos los expertos indican esencial para los ítems, la CVR varía entre 0.00 y 0.99. En los demás casos, todos los expertos estuvieron de acuerdo en lo apropiado del uso de los ítems.

Anexo 3. Prueba Piloto de
instrumento para Malestar
Emocional



Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



San Salvador, 27 de Octubre de 2015

A quien interese


Reciba un cordial saludo, de las estudiantes egresadas de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de El Salvador, deseándole éxitos en su labor profesional.

Por este medio, le informamos que durante los días Jueves 22 y Viernes 23 de Octubre del presente año, el grupo investigador con el tema "Malestar Emocional y Calidad de Vida en pacientes con cáncer que acuden a los servicios oncológicos del ISSS", llevó a cabo una *prueba de pilotaje* del instrumento: **Cuestionario Multidimensional del Malestar Emocional**, como parte del proceso de validación que garantice la calidad científica en la etapa de recolección de datos.

Sin más que agregar, se agradece el apoyo recibido.

"Hacia la Libertad por la Cultura"

ENTERADO



Dr. Ramón Menjivar Claros
Sub-Director del Hospital
Médico Quirúrgico-Oncología del
Instituto Salvadoreño del Seguro Social.



Anexo 4. Instrumentos de Recolección de datos



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



Consentimiento informado para Participantes de Investigación

El propósito de este documento es dar a los participantes de esta investigación una clara explicación de lo que se hará en este momento.

Esta investigación es realizada por María Elma Monge, Raquel Alejandra Espinoza y Roxana Geraldina Portillo, egresadas de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de El Salvador. El objetivo de este estudio es Investigar los indicadores de malestar emocional y calidad de vida en pacientes oncológicos, que acuden a los servicios de Oncología del ISSS.

Si usted desea participar en este estudio, se le pedirá responder algunas preguntas. Esto tomara aproximadamente **30 minutos** de su tiempo. Su participación es completamente **voluntaria**. La información que usted nos brinde, será **confidencial** y usado para los fines exclusivamente académicos de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre lo que se hará, puede hacer preguntas en cualquier momento. Si alguna de las preguntas le parece incomodas, usted tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

De antemano se le agradece su colaboración.

He entendido y acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Participante: _____

Firma del Participante _____

Fecha: _____



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

Fecha _____

No _____

Indicaciones: Completar Los espacios solicitados

Sexo		Edad	
Estado civil		Hijos/as	
Área Rural		Área Urbana	
Religión		Profesión/ Ocupación	
¿Con quién vive?			

Indicaciones: Colocar una **X** a la casilla correspondiente

Educación Realizada

Parvulario	Primer Ciclo	Segundo Ciclo
Tercer Ciclo	Bachillerato	Superior

Servicios a Utilizar

Radioterapia	Quimioterapia	Consulta Externa
Ingreso		

--HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA--



Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



Cuestionario Multidimensional del Malestar Emocional

Nombre: _____ Fecha: _____ N°: _____

Indicaciones: Marque con una X la respuesta que más se aproxime a su manera de sentir, tomando en cuenta los últimos siete días incluido el día de ahora. Conteste de manera sincera.

-Relación consigo mismo/a

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.					
2. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.					
3. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.					
4. Desearía valorarme más a mí mismo/a.					
5. A veces pienso que no sirvo para nada					

- Relación con imagen corporal

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. Cuando me miro en el espejo, me gusta lo que veo.					
2. Comparo mi cuerpo con el de los/as demás.					
3. Me siento satisfecho/a con mi aspecto físico.					
4. Evito verme desnudo/a					
5. Me siento atractivo/a hacia los demás.					

- Relaciones interpersonales

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. Disfruto siendo amable y cortés con la gente.					
2. Suelo confiar en los demás.					
3. Tengo amigos/as dispuestos a escucharme.					

4. Siento que los demás no me comprenden o no me hacen caso.					
5. Me siento incómodo/a cuando la gente me mira o habla acerca de mí.					

- Relación familiar

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
2. Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
3. Me satisface como mi familia expresa afecto.					
4. Me satisface como mi familia responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
5. Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos.					
6. Me satisface como compartimos en mi familia los espacios en casa.					

- Reacciones emocionales

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. Me siento más enojado/a de lo que estoy dispuesto/a admitir. (Ira/ cólera)					
2. Me siento confuso/a e inquieto/a. (Ansiedad)					
3. Me preocupa que mi salud empeore. (Ansiedad)					
4. No estoy gozando de las cosas que usualmente hago para divertirme. (Depresión)					
5. Estoy perdiendo la fe en la lucha contra mi enfermedad. (Desesperanza)					
6. Estoy perdiendo la confianza en mi tratamiento médico. (Desesperanza)					
7. Me siento molesto/a. (Ira/ cólera)					
8. Me siento triste. (Depresión)					

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

<u>ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GP1	Me falta energía.....	0	1	2	3	4
GP2	Tengo náuseas.....	0	1	2	3	4
GP3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia.....	0	1	2	3	4
GP4	Tengo dolor.....	0	1	2	3	4
GP5	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento.....	0	1	2	3	4
GP6	Me siento enfermo(a).....	0	1	2	3	4
GP7	Tengo que pasar tiempo acostado(a).....	0	1	2	3	4

<u>AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GS1	Me siento cercano(a) a mis amistades.....	0	1	2	3	4
GS2	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia.....	0	1	2	3	4
GS3	Recibo apoyo por parte de mis amistades.....	0	1	2	3	4
GS4	Mi familia ha aceptado mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GS5	Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GS6	Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo).....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla <input type="checkbox"/> y continúe con la siguiente sección.</i>					
GS7	Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual.....	0	1	2	3	4

FACIT-Sp (4ª Versión)

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

<u>ESTADO EMOCIONAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GE1	Me siento triste.....	0	1	2	3	4
GE2	Estoy satisfecho(a) de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GE3	Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GE4	Me siento nervioso(a).....	0	1	2	3	4
GE5	Me preocupa morir.....	0	1	2	3	4
GE6	Me preocupa que mi enfermedad empeore.....	0	1	2	3	4

<u>CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GF1	Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
GF2	Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
GF3	Puedo disfrutar de la vida.....	0	1	2	3	4
GF4	He aceptado mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GF5	Duermo bien.....	0	1	2	3	4
GF6	Disfruto con mis pasatiempos de siempre.....	0	1	2	3	4
GF7	Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual.....	0	1	2	3	4

FACIT-Sp (4ª Versión)

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

<u>OTRAS PREOCUPACIONES</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Sp1	Me siento en paz.....	0	1	2	3	4
Sp2	Tengo una razón para vivir.....	0	1	2	3	4
Sp3	Mi vida ha sido productiva.....	0	1	2	3	4
Sp4	Tengo dificultades para conseguir paz mental	0	1	2	3	4
Sp5	Siento que mi vida tiene sentido	0	1	2	3	4
Sp6	Soy capaz de encontrar consuelo dentro de mí mismo(a) ...	0	1	2	3	4
Sp7	Tengo un sentimiento de armonía interior	0	1	2	3	4
Sp8	A mi vida le falta sentido y propósito	0	1	2	3	4
Sp9	Encuentro consuelo en mi fe o mis creencias espirituales ..	0	1	2	3	4
Sp10	Encuentro fuerza en mi fe o mis creencias espirituales.....	0	1	2	3	4
Sp11	Mi enfermedad ha fortalecido mi fe o mis creencias espirituales.....	0	1	2	3	4
Sp12	Pase lo que pase con mi enfermedad, todo va a ir bien.....	0	1	2	3	4

Anexo 5. Pruebas T y de Normalidad

Pruebas T de Malestar Emocional

- Malestar Emocional según género de los pacientes

Prueba de muestras independientes				
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
.023	.880	-.874	101	.384

Pruebas de normalidad							
Género		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Total ME	Masculino	.130	38	.108	.969	38	.358
	Femenino	.105	65	.071	.959	65	.032

a. Corrección de la significación de Lilliefors

- Malestar Emocional según edad de los pacientes

Prueba de muestras independientes				
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
.672	.423	.911	19	.374

Pruebas de normalidad

Edad	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Total ME De 18-30 años	.350	6	.021	.822	6	.091
De 31-50 años	.104	39	.200 [*]	.965	39	.261
De 51-70 años	.162	43	.006	.932	43	.013
De 71-90 años	.128	15	.200 [*]	.967	15	.815

a. Corrección de la significación de Lilliefors

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

- Malestar Emocional según estado civil de los pacientes

Prueba de muestras independientes				
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
.013	.909	-1.241	23	.227

Pruebas de normalidad

Estado Civil	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Total ME Soltero/a	.167	12	.200 [*]	.922	12	.301
Casado/a	.100	65	.170	.960	65	.034
Acompañado/a	.257	13	.018	.859	13	.038
Divorciado/a	.260	2	.			
Viuda/o	.213	9	.200 [*]	.963	9	.834
Separado/a	.260	2	.			

a. Corrección de la significación de Lilliefors

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

- Malestar Emocional según nivel de escolaridad de los pacientes

Prueba T para muestras independientes (ME en Segundo Ciclo y Educación Superior)

Prueba de muestras independientes				
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
0.482	0.492	3.05	37	0.004

Correlaciones entre Malestar Emocional y Nivel de Escolaridad

			MALESTAR EMOCIONAL	Nivel de Escolaridad
Rho de Spearman	MALESTAR EMOCIONAL	Coefficiente de correlación	1.000	-.344**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	103	103
	Nivel de Escolaridad	Coefficiente de correlación	-.344**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	103	103

- Malestar Emocional según profesión/ocupación de los pacientes

Prueba T para muestras independientes (ME de Ama de casa y Profesionales)

Prueba de muestras independientes				
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
0.531	0.47	2.191	40	0.034

Pruebas de normalidad

Profesión/Oficio		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Total ME	Ama de casa	.177	21	.084	.923	21	.098
	Oficio	.249	7	.200*	.868	7	.177
	Empleados	.086	33	.200*	.978	33	.718
	Profesionales	.161	21	.160	.912	21	.061
	Jubilados	.232	12	.075	.825	12	.018
	Negociante	.144	7	.200*	.977	7	.946
	Estudiante	.260	2	.			

a. Corrección de la significación de Lilliefors

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

- Malestar Emocional según servicio oncológico que asisten

Pruebas de normalidad

Servicio de Oncología		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Total ME	Radioterapia	.115	25	.200*	.968	25	.604
	Quimioterapia	.173	27	.037	.927	27	.059
	Ingreso	.093	28	.200*	.981	28	.865
	Consulta externa	.160	23	.132	.895	23	.020

a. Corrección de la significación de Lilliefors

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

Prueba de muestras independientes

Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
.010	.920	1.576	51	.121

Malestar Emocional según las personas con quienes viven los pacientes

Pruebas de normalidad^b

Vive con		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Total ME	Con sus padres	.258	8	.124	.861	8	.122
	Padres solteros	.216	8	.200 [*]	.906	8	.324
	Familia nuclear	.103	67	.078	.970	67	.105
	Familia extensa	.123	19	.200 [*]	.938	19	.247

a. Corrección de la significación de Lilliefors

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

b. Total ME es una constante cuando Vive con = Solo/a y se ha desestimado.

Prueba T para muestras independientes - ME para viven Con sus padres y Padres solteros

Prueba de muestras independientes				
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
2.992	.016	-3.103	14	.008

Prueba T para muestras independientes - ME para viven Con sus padres y Familia extensa

Prueba de muestras independientes				
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
4.499	.044	-2.085	24.828	.048

Pruebas T de Calidad de Vida

- Calidad de Vida según género de los pacientes

Prueba de muestras independientes				
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
.111	.740	.863	101	.390

Pruebas de normalidad							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
TOTAL FACIT	Masculino	.147	38	.037	.973	38	.479
G	Femenino	.101	65	.099	.934	65	.002

a. Corrección de la significación de Lilliefors

- Calidad de Vida según edad de los pacientes

Pruebas de normalidad							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
TOTAL FACIT G	De 18-30 años	.208	6	.200*	.958	6	.803
	De 31-50 años	.149	39	.028	.952	39	.098
	De 51-70 años	.099	43	.200*	.960	43	.140
	De 71-90 años	.185	15	.178	.937	15	.343

a. Corrección de la significación de Lilliefors

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

Prueba de muestras independientes				
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
1.916	.172	1.915	52	.061

- Calidad de Vida según estado civil de los pacientes

Pruebas de normalidad							
Estado Civil		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
TOTAL FACIT G	Soltero/a	.226	12	.091	.890	12	.120
	Casado/a	.095	65	.200 [*]	.973	65	.163
	Acompañado/a	.148	13	.200 [*]	.937	13	.420
	Divorciado/a	.260	2	.			
	Viuda/o	.295	9	.023	.744	9	.005
	Separado/a	.260	2	.			

a. Corrección de la significación de Lilliefors

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

Prueba T para muestras independientes - CV de acompañados y solteros

Prueba de muestras independientes				
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
.604	.445	.577	23	.569

- Calidad de Vida según religión de los pacientes

Prueba T para muestras independientes - CV de evangélicos y católicos

Prueba de muestras independientes				
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
2.962	.088	-.747	97	.457

Pruebas de normalidad^{b,c}

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
TOTAL FACIT	Evangélico	.152	53	.004	.959	53	.067
G	Catolico	.131	46	.047	.956	46	.083
	Testigo de Jehova	.260	2	.			

a. Corrección de la significación de Lilliefors

b. TOTAL FACIT G es una constante cuando Religión = Ninguna y se ha desestimado.

c. TOTAL FACIT G es una constante cuando Religión = Mormon y se ha desestimado.

- Calidad de Vida según nivel de escolaridad de los pacientes

Pruebas de normalidad

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
TOTAL FACIT	Ninguno	.260	2	.			
G	Primer ciclo	.219	3	.	.987	3	.780
	Segundo ciclo	.199	14	.138	.926	14	.270
	Tercer ciclo	.099	18	.200 ⁺	.965	18	.693
	Bachillerato	.108	41	.200 ⁺	.968	41	.295
	Superior	.177	25	.042	.888	25	.010

a. Corrección de la significación de Lilliefors

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

Prueba T para muestras independientes -CV de bachillerato y segundo ciclo

Prueba de muestras independientes				
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
.267	.607	1.934	53	.058

- Calidad de Vida según profesión/ocupación de los pacientes

Pruebas de normalidad

Profesión/Oficio		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
TOTAL FACIT G	Ama de casa	.154	21	.200 [*]	.936	21	.181
	Oficio	.274	7	.120	.899	7	.328
	Empleados	.143	33	.083	.936	33	.053
	Profesionales	.153	21	.200 [*]	.914	21	.065
	Jubilados	.122	12	.200 [*]	.978	12	.974
	Negociante	.210	7	.200 [*]	.870	7	.184
	Estudiante	.260	2	.			

a. Corrección de la significación de Lilliefors

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

- Prueba T para muestras independientes - CV de amas de casa y empleados

Prueba de muestras independientes

Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
0.919	0.342	-2.434	52	0.018

- Calidad de Vida según servicios oncológicos de los pacientes

Pruebas de normalidad

Servicio de Oncología		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
TOTAL FACIT G	Radioterapia	.117	25	.200 [*]	.971	25	.673
	Quimioterapia	.135	27	.200 [*]	.970	27	.605
	Ingreso	.183	28	.017	.956	28	.272
	Consulta externa	.145	23	.200 [*]	.928	23	.100

a. Corrección de la significación de Lilliefors

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

Prueba T para muestras independientes - CV de consulta externa y radioterapia

Prueba de muestras independientes				
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
.809	.373	2.575	46	.013

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.125 ^a	3	.028
Razón de verosimilitudes	9.238	3	.026
Asociación lineal por lineal	3.741	1	.053
N de casos válidos	103		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9.16.

Tabla de contingencia Servicio de Oncología * Niveles de CV

			Niveles de CV		Total
			Moderado	Alto	
Servicio de Oncología	Radioterapia	Recuento	19	6	25
		% dentro de Niveles de CV	30.6%	14.6%	24.3%
	Quimioterapia	Recuento	14	13	27
		% dentro de Niveles de CV	22.6%	31.7%	26.2%
	Ingreso	Recuento	20	8	28
		% dentro de Niveles de CV	32.3%	19.5%	27.2%
	Consulta externa	Recuento	9	14	23
		% dentro de Niveles de CV	14.5%	34.1%	22.3%
Total		Recuento	62	41	103
		% dentro de Niveles de CV	100.0%	100.0%	100.0%