

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**“ESTRES FINANCIERO COMO CAUSA DE SUFRIMIENTO EN
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA
AVANZADA QUE RECIBEN ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS EN
EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA, SAN SALVADOR EL SALVADOR
EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE NOVIEMBRE DE 2017 A FEBRERO
DE 2018”**

Informe final presentado por:

**Eric Rafael Pocasangre Sibrián
Diana Verónica Portillo Alvarado
Ronald Kevin Flores Guzmán**

**Para Optar al Título de:
DOCTOR EN MEDICINA**

Asesor: Dr. Atilio Morataya

SAN SALVADOR, 06 DE FEBRERO 2018

INDICE.

Resumen	pag. 3
Introducción	pag. 4
Objetivos	pag. 5
Antecedentes	pag. 6
Justificación	pag. 8
Planteamiento del problema	pag. 9
Marco teórico	pag. 10 -28
Hipótesis	pag. 29
Diseño metodológico	pag. 30 -31
Operacionalización de variables	pag. 32-34
Resultados	pag. 35 -58
Discusión	pag. 59 -60
Conclusión	pag. 61 – 62
Recomendaciones	pag. 63
Bibliografía	pag. 64
Anexos	pag. 65-82

Resumen.

En éste estudio se aborda el tema de estrés financiero como causa de sufrimiento en pacientes con diagnostico de enfermedad oncológica avanzada, que recibe atención paliativa en hospital divina providencia, siendo el objetivo principal de la investigación, describir cómo el factor financiero es causante de estrés en pacientes con diagnostico de enfermedad oncológica avanzada en el Hospital Divina Providencia, San Salvador El Salvador, en el periodo comprendido de noviembre de 2017 a febrero de 2018, el tipo de metodología utilizada para la obtención de datos fue a través de la entrevista dirigida al paciente y la utilización de encuestas para recabar la información, obteniendo como principal resultado que todos los pacientes que participaron en la investigación poseen un grado de estrés financiero, no en igual medida, lo que depende a la clase socioeconómica a la que pertenecen, a la adquisición previa de una deuda, y si han adquirido una deuda por su enfermedad, a lo cual todos manifestaron presentar algún grado de agonía económica.

Lo cual nos lleva a confirmar que el poseer una enfermedad oncológica avanzada, conlleva a manejar cierto grado de estrés en todo paciente que la padece y en su familia, teniendo en cuenta dentro de ese estrés el estrés económico, el cual viene a hacer más difícil el diagnostico y el manejo para el paciente y su núcleo familiar

Introducción.

El paciente en cuidados paliativos por una enfermedad oncológica avanzada, se reviste de una complejidad que hace difícil de comprender y analizar la escala de fenómenos que ocurren al intervenir en su atención. Sabemos también que su deterioro, como estabilidad, durante el tratamiento está fuertemente ligado a otros múltiples factores; es así como, al tocar el componente financiero, vemos como este está fuertemente ligado al componente psicológico y anímico, en la aceptación y manera en que afronta su enfermedad, en la esperanza de vida y por ende, esto afecta al núcleo familiar cercano del paciente.

En esta investigación se detecta, enumera y analiza los efectos del estrés financiero que vive el paciente en cuidados paliativos, la conexión con su núcleo familiar y el impacto de este al final en la calidad de vida.

Se accede a través del expediente clínico, indicaciones médicas y notas de evolución a la información de interés de pacientes ingresados en hospital Divina Providencia que se encuentran en terapia paliativa, de igual manera se procede a la entrevista guiada de preguntas de interés y se facilita espacios para que la familia del paciente aporte información que será recabada para un análisis integral del paciente.

Hacemos énfasis en el respeto de los derechos del paciente, solicitando su autorización (o de los familiares) manteniendo su anonimato durante la investigación.

Al finalizar se hará una comparación con las investigaciones realizadas en otros países para perfilar al paciente de nuestro país. Este material servirá de referencia para proteger la salud del paciente en cuidados paliativos que es afectado de múltiples formas en el ámbito financiero

Objetivos

General:

Describir cómo el factor financiero es causante de sufrimiento en pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada en el Hospital Divina Providencia, San Salvador El Salvador, en el periodo comprendido de noviembre de 2017 a febrero de 2018.

Específicos:

1. Definir cómo el factor financiero puede causar estrés en los pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada por medio de herramientas de evaluación en el Hospital Divina Providencia, San Salvador El Salvador, en el periodo comprendido de noviembre de 2017 a febrero de 2018.
2. Identificar la asociación del factor financiero con factores socioculturales y ambientales en el deterioro físico y mental del paciente con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada en el Hospital Divina Providencia, San Salvador El Salvador, en el periodo comprendido de noviembre de 2017 a febrero de 2018.
3. Cuantificar el número de pacientes que son afectados negativamente por el factor financiero como factor determinante en salud en pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada en el Hospital Divina Providencia, San Salvador El Salvador, en el periodo comprendido de noviembre de 2017 a febrero de 2018.

Antecedentes

Con el aumento de los costos de atención del paciente en condición avanzada de su enfermedad, sobre todo en enfermedades como el cáncer; los medicamentos y otro tipo de servicios significan un impacto negativo a su bolsillo, lo que agrega una “dificultad financiera” que se documenta cada vez más entre los sobrevivientes de cáncer documentados en estudios e investigaciones realizadas en los Estados Unidos. En varias investigaciones se han realizado revisiones sistemáticas de los artículos publicados entre 1990 y 2015 que describen los problemas económicos experimentados por sobrevivientes de cáncer, utilizando bases de datos PubMed, Embase, Scopus y CINAHL.

Ellos clasificaron medidas de dificultades financieras en: condiciones materiales (por ejemplo, costos de bolsillo, pérdida de productividad, deuda médica o quiebra), respuestas psicológicas (por ejemplo, angustia o preocupación) y conductas de afrontamiento (por ejemplo, omitir medicamentos). Extrajeron los hallazgos y realizaron síntesis cualitativas.

Resultados: Entre los 676 estudios identificados, 45 cumplieron los criterios de inclusión y se incorporaron a la revisión. La mayoría de los estudios (82%, n = 37) informaron dificultades económicas como una medida de condición material; otros reportaron psicológicos (7%, n = 3) y medidas de comportamiento (16%, n = 7). Las medidas financieras adversas fueron heterogéneas dentro de cada categoría general, y la prevalencia de dificultades financieras varió según la medida utilizada y la población estudiada. Pérdida media anual de productividad de \$ 380 a \$ 8236, 12% a 62% de los sobrevivientes reportaron estar endeudados debido a su tratamiento, 47% a 49% de los sobrevivientes informó haber experimentado alguna forma de angustia financiera, y entre 4% y 45% de los sobrevivientes no se adherieron a los recomendados medicamento recetado debido al costo.(1)

Concluyeron que las dificultades financieras son comunes entre los sobrevivientes de cáncer, aunque se encontró una heterogeneidad sustancial en su predominio. Los hallazgos destacan la necesidad de un uso consistente de definiciones, términos y medidas para determinar el mejor objetivo de intervención e informar el desarrollo

de la intervención con el fin de prevenir y minimizar el impacto de las dificultades financieras experimentado por sobrevivientes de cáncer.

En nuestro país, el paciente en enfermedad avanzada carece de un estudio serio en cuanto al tema en cuestión y/o se ha limitado a la investigación de sintomatología adversa a medicamentos y situaciones no relacionadas al factor financiero.

Justificación

En este estudio en profundidad sobre el sufrimiento financiero en pacientes con enfermedad oncológica avanzada manejados en el marco de los cuidados paliativos, permitirá reconocer y considerar de forma más integral al paciente en una de las esferas menos recabadas del paciente y su familia: el componente financiero, donde pretendemos identificar cómo este factor toma importancia vital en el desarrollo y progresión de enfermedad, en qué medida éste puede producir sufrimiento y cómo podemos manejar tal situación en el marco paliativo, proporcionar soluciones factibles para mejorar el bienestar y confort integral en la etapa crónica de cualquier enfermedad oncológica, y mejorar por tanto, el estudio de cada paciente de forma individual proporcionando así las bases de evaluación y tratamiento adecuado para mejorar la calidad de vida en los pacientes que cuentan con cuidados paliativos.

Planteamiento del problema

¿Es el estrés financiero causante de sufrimiento en pacientes que reciben atención paliativa con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada en el Hospital Divina Providencia, San Salvador, El Salvador en el periodo comprendido de noviembre de 2017 a febrero de 2018?

Marco teórico

Enfermedades crónicas degenerativas

El término de enfermedades crónico degenerativas se utiliza para referirse a las siguientes patologías: cardiopatías y accidentes cerebro vasculares, cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, entre otros, las cuales se cobran 35 millones de de vidas al año y en conjunto son la principal causa de mortalidad en todo el mundo. “Las enfermedades crónicas llevan a la gente a la pobreza y crean un espiral descendente de aumento de la pobreza y la enfermedad. Además, socavan el desarrollo económico en muchos países”.(1)

Alrededor de 80% de las defunciones ocasionadas por las enfermedades ocurren en países como el nuestro de ingresos bajos y medios, donde vive la mayor parte de la población mundial. Hombres y mujeres se ven afectados de igual manera y una cuarta parte de las defunciones resultantes de una enfermedad crónica son de personas menores de 60 años. (1)

En general, la epidemia mundial de enfermedades crónicas se ha pasado por alto o se ha considerado como de menor importancia en relación con otras enfermedades, cuando la realidad es que 80% de todas las enfermedades crónicas ocurren en países de ingresos bajos y medios. En ellos, los hombres y mujeres sufren de enfermedades crónicas y por esa razón viven mucho menos que las poblaciones de los países de ingresos altos. “Se ha calculado que las defunciones prematuras en países como China, India y la Federación de Rusia ocasionarán la pérdida de miles de millones de dólares en ingreso nacional durante los próximos 10 años”.(1)

Por lo que existe una necesidad urgente que los dirigentes nacionales y a la comunidad de la salud pública internacional adopten un nuevo enfoque a las enfermedades crónicas.

La mayoría de las enfermedades crónicas son causadas por un número pequeño de factores de riesgo conocidos y que en la mayoría de los casos son prevenibles, entre los que encontramos tres de los más importantes:

- Tabaquismo
- Alimentación malsana.
- Inactividad física.

A nivel mundial, estos factores de riesgo están aumentando. “la gente está comiendo cada vez mas alimentos ricos en grasas y azúcares, combinándolo con menos actividad física en casa o en el trabajo, mil millones de personas tienen sobrepeso o son obesas, cifra que puede superar los mil quinientos millones para 2015”. La globalización y la urbanización son factores relevantes. Entre los aspectos negativos de la globalización se encuentran la comercialización y consumo de productos de tabaco y alimentos ricos en grasas, sal y azúcares. Una mayor urbanización también crea condiciones en las que las personas son destinatarias de la publicidad de productos no saludables y tienen menos actividad física.(1)

Destacándose entre las enfermedades crónicas degenerativas está el cáncer, el cual con el pasar de los años ha tomado más relevancia, por ser más fácil su diagnóstico y por la cantidad de vidas humanas que cobra cada año.

El cáncer se define como: el crecimiento celular incontrolado en alguna parte del cuerpo. La transformación de las células normales en células cancerosas surge como consecuencia del daño del DNA, dando lugar a células incapaces de controlar su crecimiento y división. Esta división celular incontrolada puede formar masas o tumores visibles en los órganos donde se originan, y que se denomina tumor primario. Además las células cancerosas tienen la capacidad de invadir órganos vecinos a su lugar de origen y la de diseminarse por la sangre o linfa a zonas distantes y crecer en ellas, originando tumores secundarios que conocemos como metástasis. (2)

En el caso de un diagnóstico de cáncer el tratamiento depende principalmente del tipo de cáncer que se padezca así como de su estadio, teniendo siempre en cuenta otros factores individuales, como la edad, el estado general, las preferencias de los pacientes, etc.

El proceso por medio del cual las mutaciones del DNA de la célula llevan a la aparición de las células cancerosas se denomina carcinogénesis, siendo de duración variable y ésta se compone de cuatro fases:

- Inducción: aparecen las mutaciones en el DNA de la célula.
- Cáncer “in situ”: aumento del número de células cancerosas en el órgano que se origino.
- Invasión local: extensión del tumor primario a las estructuras vecinas, aparición de síntomas.
- Metastatización: las células cancerosas acceden al torrente sanguíneo o linfático diseminándose a órganos a distancia.(2)

Para poder clasificar el cáncer en sus diferentes etapas se necesita estudios en función del tumor primario lo que se conoce como estadiaje. El estadiaje nos da una idea exacta de la extensión y gravedad del cáncer. Se trata de un proceso esencial, permite la elección del tratamiento más adecuado y estima el pronóstico de la enfermedad, se basa en las fases de desarrollo del cáncer, añadiendo la información que aportan otras variables: localización anatómica, tipo tumoral, grado histológico, extensión, presencia de alteraciones moleculares.

Dentro de estos sistemas de estadiaje tenemos.

Sistema TNM(2)

Se basa en la determinación de tres componentes, que son reflejo de las vías de extensión de los tumores sólidos.

Donde T es: extensión del tumor primario, atendiendo al tamaño y a la invasión de las estructuras vecinas.

N: extensión tumoral a los ganglios linfáticos regionales.

M: analiza la presencia o no de metástasis a distancia.

Mediante ésta clasificación tenemos una descripción muy precisa de la extensión de la enfermedad, pudiendo obtenerse hasta 24 categorías posibles combinando los

distintos elementos del TNM. A efectos prácticos, estas categorías se agrupan en 5 estadios enumerados del I – IV con números romano.

En general los tumores son:

- Estadio I: pequeños, localizados y habitualmente curables.
- Estadio II y III: localmente avanzados y/o con afectación de los ganglios linfáticos locales.
- Estadio IV: metastásicos y en la mayoría de los casos inoperables.

Además del estadiaje existen una serie de escalas internacionales en oncología utilizadas para valorar el estado general del paciente y consideradas como la forma estándar de medir la capacidad de los pacientes con cáncer de realizar tareas rutinarias.

Escala de Karnofsky.

Escala	Valoración funcional
100	Normal, sin quejas, sin indicio de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a si mismo.
50	Requiere gran atención, incluso de tipo medico. Encamado menos del 50% del día.
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.
10	Moribundo.
0	Fallecido.

ECO. www.fundacioneco.es. [Online].; 2014 [cited 2017 10 09. Available from: www.fundacioneco.es>2014/04.

La puntuación de la escala de rendimiento de karnofsky (KPS) oscila entre 0 y 100. Una puntuación más alta significa que el paciente tiene mejor capacidad de realizar las actividades cotidianas. La KPS se utiliza para determinar el pronóstico del paciente, medir los cambios en la capacidad del paciente para funcionar o decidir si un paciente puede ser incluido en un estudio clínico e incluso para decidir si un paciente es o no candidato a recibir un tratamiento con quimioterapia. (2)

Existen otras escalas similares como la escala ECOG, donde la puntuación oscila entre 0 y 5. La puntuación más alta significa que el paciente tiene mejor capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

Escala ECOG.

E.C.O.G.	
0	Asintomático, totalmente activo.
1	Restricción actividad intensa. Capaz de trabajo ordinario.
2	Ambulatorio y capaz de autocuidados. Incapaz para trabajar. Levantando más del 50% del tiempo despierto.
3	Capaz de algún autocuidado. Vida cama-sillón más del 50% del tiempo despierto.
4	Incapacidad total. Silla-cama el 100% del tiempo despierto.
5	Muerto.

ECO. www.fundacioneco.es. [Online].; 2014 [cited 2017 10 09. Available from: www.fundacioneco.es>2014/04. [pog 8](#).

Tipos de tratamiento:

Entre estos nos encontramos con diferentes opciones de tratamiento en los que tenemos.

- Cirugía.
- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Terapia paliativa.

Teniendo prioridad en ésta investigación la terapia paliativa.

Historia y desarrollo de los cuidados paliativos

En la tradición hipocrática no se recomendaba el trato con enfermos incurables y terminales ya que podía suponer el desafío a una pena que los dioses habían impuesto aun mortal. Con la influencia del cristianismo las cosas cambiaron. En Europa, desde el siglo IV, en el periodo de Constantino y quizá guiado por su madre, aparecieron instituciones cristianas inspiradas en los principios de la caridad evangélica, a las que se dio el nombre de hospitales y hospicios. En la Edad Media, los hospicios no tenían realmente una finalidad clínica, sino más bien curativa. La primera vez que se utilizó la palabra hospice para referir el cuidado de los moribundos fue en Lyon, Francia, en 1842 por Mme. Jeanne Garnier, quien, tras perder a los 23 años a su esposo y sus dos hijos, comenzó a visitar periódicamente a los enfermos de su parroquia. Cuidando a una enferma en condiciones extremas, a la que visita a diario, descubrió su nueva vocación: fundar una institución para atender a los enfermos incurables. Fundando la asociación de las Damas del Calvario, a fin de atender las necesidades de enfermos incurables. En 1899 Anne Blunt fundó el Calvary Hospital de Nueva York, hoy en día siendo prestigiosas instituciones en las que muchas personas se dedican a los tratamientos paliativos de enfermos con cáncer de fase avanzada.

La creadora de los cuidados paliativos es Cicely Saunders, trabajadora social, enfermera y médico de profesión se dedica a cuidar a los pacientes terminales en uno de los hospices de las hermanas irlandesas de la caridad. Escuchaba a los pacientes, tomaba notas, hacía registros y monitorizaba los resultados del control del dolor y otros síntomas de los enfermos. Introduce la administración de opiáceos cada cuatro horas; ayuda a las religiosas a ser más eficaces en el cuidado de estos pacientes (3).

Cuidados paliativos

El alivio del sufrimiento en el periodo final de la vida, reconocido en los últimos años como un derecho universal del ser humano, es una de las importantes misiones de la medicina.

Se estima que como mínimo, el 50% de las personas que fallecen van a precisar cuidados paliativos en cualquier nivel asistencial. Es evidente que durante las fases avanzadas y terminales de la enfermedad, los pacientes y familias van a necesitar todo el apoyo posible por parte del sistema sanitario. Para responder a las múltiples necesidades de los pacientes y familias es imprescindible una actitud empática, solidaria y respetuosa. Pero esta filosofía humanista requiere también la incorporación de los numerosos conocimientos paliativos que se han ido desarrollando en los últimos 30-40 años. (3)

Los cuidados paliativos son especialmente importantes en países poco desarrollados debido a que dos tercios de los casos ocurren en estos países. Gran porcentaje de pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad cuando ya no es posible la curación pero cuando aun se puede aliviar el sufrimiento. En estos países solo se cuenta con el 5% de los recursos totales para el tratamiento del cáncer. (3)

Los cuidados paliativos no deben reservarse únicamente para las últimas etapas de la vida, sino deben de aplicarse de manera conjunta al tratamiento curativo.

Además los cuidados paliativos deben ser extendidos a la familia aun después de la muerte del paciente.

De lo anterior podemos concluir que la mayor parte de nuestra población pasara por una fase de enfermedad terminal, más o menos prolongada, con una gran deuda en recursos humanos y económicos.

La OMS define los cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares que se enfrentan a los problemas con enfermedades amenazantes para la vida a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales. (3)

Sufrimiento: es un complejo estado afectivo y cognitivo negativo. Caracterizado por la sensación amenazante de la integridad, la impotencia para hacer frente a dicha

amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitan afrontarlos. (3)

Siguiendo también a la OMS, enumeramos a continuación lo que serían las principales características de los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio al dolor y a otros síntomas,
- Defienden la vida (son vitalistas) pero contemplan la muerte como un proceso natural,
- No intentan acelerar ni posponer el fallecimiento,
- Incorporan los aspectos psicológico y espiritual en la atención al paciente,
- Proporcionan un apoyo para ayudar a los pacientes a mantener hasta el fallecimiento, dentro de sus limitaciones, el mayor nivel de actividad,
- Ofrecen su ayuda a la familia a lo largo del proceso de la enfermedad y, luego, en el duelo, trabajan en equipo para resolver las necesidades del paciente y de sus familiares incluido, cuando es preciso, el apoyo en el duelo,
- no solo pretenden mejorar la calidad de vida, sino que pueden influir también de manera positiva en el curso de la enfermedad,
- se pueden aplicar de manera temprana en la evolución de la enfermedad asociados a otros tratamientos como la quimioterapia y la radioterapia, dirigidos a prolongar la supervivencia, y abarcan también los estudios encaminados a comprender y a tratar de manera más adecuada las complicaciones que puedan afectar al paciente. (3)

Enfermedad avanzada y enfermedad terminal

La fase de enfermedad avanzada está peor definida en el tiempo que la fase terminal. En general, es más amplia, y también más difícil identificar el momento en que se inicia. En un continuo la fase avanzada dará paso a la fase terminal. Ambos tiempos son susceptibles de un abordaje paliativo.

Podríamos decir que la fase avanzada comienza cuando se constata que la progresión de la enfermedad no se detiene con tratamientos específicos, el pronóstico se empobrece y la posibilidad de una muerte por la enfermedad aparece como cierta en la evolución. En la fase avanzada de la enfermedad los cuidados paliativos pueden coexistir con el tratamiento del proceso base si esto es posible. Quizá en esta fase son

mas aplicables algunas características de los cuidados paliativos descritas por la OMS cuando indica que con el esfuerzo paliativo debe mantenerse siempre un empeño en la evaluación, en el diagnóstico, en aplicar medidas apropiadas con las que se pretende satisfacer las necesidades globales del enfermo, mantener calidad de vida o bienestar y a veces también influir en el curso de la enfermedad y ganar tiempo. (4)

La fase terminal es el último periodo de la enfermedad avanzada. Podríamos decir, en un intento por concretar lo que en la realidad es difuso, que la fase terminal comienza en el punto en el que la muerte se ve inevitable y próxima y en el que los tratamientos específicos pierden prácticamente su valor.

Los elementos fundamentales que definen o caracterizan la enfermedad terminal son, según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), los siguientes (tabla 2) (4)

CRITERIOS DE ENFERMEDAD TERMINAL (SECPAL, 1993)

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y
Cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses

Centeno C, Gómez M, Nabal M, Pascual A. Manual de medicina paliativa. primera edición ed. Alzate G, editor. Pamplona: EUNSA; 2009. Pag 24.

Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

No solamente el enfermo recibe un gran impacto emocional, sino también la familia, a veces incluso más que el propio enfermo. Por este motivo, el objetivo terapéutico será siempre el enfermo y la familia. Efectivamente, muchas veces la relación terapéutica puede debilitarse a causa de reacciones

Emotivas experimentadas por el paciente, los familiares y los profesionales sanitarios cuando no se entienden y elaboran bien. Reacciones emotivas comunes a todas las personas que entran en la escena de la enfermedad y el dolor son –en opinión de Sandrin– la repulsión, la cólera, la culpa y el miedo. (4)

Las emociones experimentadas pueden llevar a los miembros de la familia y a los profesionales sanitarios a la tentación de alejarse del enfermo moribundo. Sucede esto de manera especial cuando no consiguen afrontar sus propios sentimientos ante la muerte.

Por lo que respecta al impacto sobre el equipo terapéutico, hemos de ser capaces de desarrollar programas de autoprotección frente al estrés que supone el contacto permanente con la enfermedad, la decrepitud y la muerte.

La mejor manera de protegerse es una buena comunicación entre todos los integrantes del equipo, así como una atenta selección y formación de los profesionales.

Bases de los cuidados paliativos

El Subcomité de Cuidados Paliativos del Programa Europa contra el Cáncer, define los cuidados paliativos como la “Atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Si es necesario el apoyo debe incluir el proceso del duelo”. La primera apreciación importante de esta definición la marca el hecho de que en tres ocasiones se habla de la atención “a enfermo y

familiares”, lo que denota la trascendencia de recuperar a la familia dentro de nuestros objetivos. Como consecuencia y siempre siguiendo las recomendaciones de la SECPAL, las bases de la terapéutica en pacientes terminales serán (4):

Bases de la terapéutica:

1. El enfermo y la familia son la unidad a tratar.
2. La promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo.
3. Concepción terapéutica activa.
4. Importancia del ambiente.
5. Atención integral.

Centeno C, Gómez M, Nabal M, pascual A. Manual de medicina paliativa. primera edición ed. Alzate G, editor. Pamplona: EUNSA; 2009. Pag 25.

1. El enfermo y la familia son la unidad a tratar.

La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.

2. La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo

Tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio solamente será posible si se elaboran con el enfermo los objetivos terapéuticos.

3. Concepción terapéutica activa

Incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleva a superar el no hay nada más que hacer. Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.

4. Importancia del ambiente.

Una atmosfera de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas.

La creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales sanitarios y de la familia, así como de medidas organizativas que den seguridad y promuevan la comodidad del enfermo.

5. Atención integral

Que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada. Esto significa la ineludibilidad de una atención global al enfermo, teniendo en cuenta las dimensiones física, psíquica, social y espiritual del paciente, así como otros aspectos que pueden condicionar su sufrimiento.

Control y evaluación de síntomas

a la existencia de una enfermedad incurable y progresiva se sigue, casi indefectiblemente la presencia de múltiples síntomas, intensos y cambiantes, por lo que es necesario el control de los síntomas, sin olvidar que además de los síntomas físicos se deben de tratar también los problemas emocionales, manteniendo una comunicación adecuada con el paciente y la familia.

En situación de enfermedad avanzada la norma es que los pacientes presenten síntomas múltiples, intensos y cambiantes. Esto es siempre así cuando la enfermedad que subyace es el cáncer. Por lo general cuando un paciente con cáncer llega a una unidad de cuidados paliativos presenta de media entre 4 y 10 síntomas distintos. Los más prevalentes son entre un 80 a 90% los síndromes sistémicos, que se asocian a enfermedad avanzada: debilidad anorexia y pérdida de peso. La frecuencia del dolor oscila entre el 70 y 80%, dos de cada tres pacientes se quejaron de sequedad de boca si se les pregunta. Algunos síntomas como las alteraciones neurológicas o la confusión mental pueden ser menos prevalentes en la población de enfermos atendido por un equipo de cuidados paliativos (3).

Intensidad de los síntomas.

Síntomas	Prevalencia.	Leve	moderado	severo
Dolor	71%	30%	52%	20%
Cansancio	90%	12%	52%	37%
Nauseas	33%	55%	36%	9%
Depresión	82%	23%	50%	20%
Ansiedad	60%	33%	49%	19%
Somnolencia	66%	29%	54%	17%
Disnea	31%	52%	39%	10%
Anorexia	82%	18%	37%	45%
Insomnio	68%	26%	44%	29%
Índice de malestar general		19%	60%	17%

Centeno C, Gómez M, Nabal M, pascual A. Manual de medicina paliativa. primera edición ed. Alzate G, editor. Pamplona: EUNSA; 2009. Pag.40

Tratamiento sintomático y tratamiento específico:

Cuando se aplican los cuidados paliativos es de identificar aquellas situaciones en las que la mejoría sintomática vendrá de la mano del tratamiento específico de la enfermedad subyacente, como en las enfermedades que cursan con insuficiencia de órganos, entre los tratamiento en estos casos la radioterapia con intención paliativa ocupa un lugar importante. La radioterapia resulta particularmente importante en el control de síntomas cuando la base es la interferencia que el tumor local produce con las estructuras normales mediante la compresión o la infiltración (3).

Un planteamiento científico del control de los síntomas podría resumirse en los puntos siguientes: evaluación, explicación, tratamiento individualizado, supervisión y atención a los detalles (3).

Evaluar antes de tratar: el tratamiento depende del mecanismo patológico, dependiendo de la intensidad, calidad, factores desencadenantes, situaciones que

alivian, etc. Es importante entender cuál es la importancia relativa que un síntoma tiene para el paciente.

Explicar las causas: explicar el mecanismo en términos sencillos al paciente, conocer los motivos disminuye la preocupación y el miedo del paciente.

Trazar una estrategia terapéutica: muchos pacientes tendrán varios síntomas para abordar, hay que establecer los prioritarios a tratar, además de establecer plazos control.

Monitorizar los síntomas: es objetivarlos en la historia clínica de tal manera que sea sencillo evaluar de modo continuo cómo evoluciona el paciente, uno de los métodos más utilizados es por medio del sistema de evaluación de los síntomas de Edmonton (ESAS) consiste en un conjunto de diez escalas visuales numéricas que exploran los síntomas frecuentes de la enfermedad avanzada.

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

Centeno C, Gómez M, Nabal M, pascual A. Manual de medicina paliativa. primera edición ed. Alzate G, editor. Pamplona: EUNSA; 2009. Pag 44.

Atención a los detalles: en ningún momento del trato con el paciente en etapa terminal se debe descuidar la educación y el trato humano hacia ellos.

Sufrimiento económico en enfermedades crónicas

El sufrimiento económico está asociado con cambios negativos en la dinámica familiar, especialmente en la relación de pareja. En segundo lugar los factores protectores contrarrestan ampliamente los efectos adversos de un sufrimiento económico en la familia y en el ámbito personal. En tercer lugar los resultados

sugieren que la respuesta individual a una crisis macro económica puede ser moderada por el sexo al que se pertenece. (5).

Las familias pueden temer y anticipar los efectos de una crisis con gran intensidad y especialmente con los efectos duraderos (dificultad en encontrar un trabajo luego de perder uno previo). Aún así, las dificultades de las familias durante una crisis económica siguen recibiendo una limitada atención.

Las familias como microsistemas rodeadas por un contexto más amplio son necesariamente dependientes de las condiciones socioculturales y económicas.

De acuerdo al modelo de modificación familiar y adaptación de respuesta (FAAR model por sus siglas en inglés) cuando se exponen a eventos estresantes que exceden por naturaleza o número las capacidades familiares (en términos de recursos) las familias caen en un estado de desequilibrio o crisis (5).

El concepto de sufrimiento económico se refiere a los aspectos de la vida económica que se pueden convertir en potenciales estresantes para los individuos y las familias, el sufrimiento económico está relacionado a cambios en la adquisición y en dimensiones basadas en indicadores económicos subjetivos como el concepto de dificultades económicas (5).

Aunado a esto tenemos las repercusiones que cada integrante del grupo familiar sufre. En diferentes estudios donde se evalúa el estrés en parejas las más susceptibles a éste son las mujeres presentando agresividad y ansiedad, en el caso de los hombres lo más frecuente es la depresión. Al mismo tiempo otros estudios demuestran que los hombres tienden a ser más hostiles con sus parejas lo que influye en la inestabilidad de la pareja. En familias con hijos se encontró un vínculo entre los recortes financieros y la internalización de los problemas en los niños (5).

A pesar de las dificultades económicas que una familia puede pasar se encontró que las familias con fuertes lazos afectivos fueron menos afectadas por una crisis monetaria, al mismo tiempo estos lazos protegen a los niños de estar bajo los efectos del estrés por una crisis monetaria (5).

Otras de las dificultades económicas que se pueden encontrar son las dificultades en la distribución de presupuesto en los centros hospitalarios en países desarrollados desde enero de 2010 a diciembre de 2015, 63 hospitales rurales han cerrado y cerca de 1.7 millones de personas están ahora en gran riesgo de inseguridad de salud y dificultades económicas por la falta de servicios de salud en su localidad, el impacto de esto es muy importante ya que las personas de estas comunidades son mayores o pobres, los que más dependen de los programas públicos de salud (6).

Se ha identificado que el estrés financiero está caracterizado por 4 eventos:

- Un hospital puede sobrevivir algunos años de falta de rentabilidad dibujando líneas de crédito, escarbando en los recursos o usando otras tácticas a corto plazo, sin embargo, la falta de rentabilidad es una fuerte señal de sufrimiento económico.
- Un alto nivel de falta de rentabilidad puede resultar en una sustancial disminución de equidad reportando pérdida en la declaración de la renta, por lo que muchos hospitales insolventes buscan la protección en la bancarrota.
- No todos los hospitales que cerraron afrontaron problemas financieros y no todos presentaron falta de rentabilidad o disminución de la equidad (6).

Las dificultades financieras son comunes entre los sobrevivientes de cáncer, aunque encontramos una heterogeneidad sustancial en su predominio. Nuestros hallazgos destacan la necesidad de un uso consistente de definiciones, términos y medidas para determinar el mejor objetivo de intervención e informar el desarrollo de la intervención con el fin de prevenir y minimizar el impacto de las dificultades financieras experimentado por sobrevivientes de cáncer.(1)

En el caso de nuestro país el sistema sanitario obedece a otros factores económicos.

Sistema de salud en El Salvador

El Salvador siendo un país de ingresos medianos bajos, el sistema de seguridad social está regulado por el instituto salvadoreño de seguridad social (ISSS), mediante el cual se rigen las disposiciones del régimen pensional y del régimen de salud. Cambios en el desarrollo económico del país, particularmente en los años noventa,

tras los acuerdos de paz, han permitido un aumento en el gasto público en los sistemas de seguridad social, con énfasis en ampliación en la cobertura de toda la población.

El ente rector de salud es el Ministerio de Salud (Minsal) el cual brinda cobertura alrededor del 75% de la población a través de servicios dispuestos en los tres niveles de atención.

Para el 2013, según el ISSS, se registró que solo el 25% de la población nacional estaba asegurada. El ministerio de salud, a través de los sistemas básicos de salud atiende el resto de la población. Es de resaltar que dentro del sistema de salud no hay un paquete de servicios, y el Sibasi presta atención primaria (7).

Los servicios en salud difieren en calidad según el prestador. Según los estudios realizados, el seguro social presta mejores servicios que los sistemas de salud pública. Los servicios privados son escasos, y solo para una minoría con capacidad de pago. Existen también convenios entre entidades privadas para prestación de servicios al sistema público, como ocurre con los cuidados paliativos (7).

La tasa de mortalidad prematura en el país, de acuerdo con datos de la OMS para el 2007, se debe en primer lugar al cáncer (40.3%), seguido de enfermedades cardiovasculares (37%), diabetes (13.3%) y enfermedades respiratorias crónicas (9.4%) (OEA, 2012).

El Salvador experimenta también una transición demográfica importante. Para 2010, el 9.7% de la población era mayor de 60 años, y según estimaciones de la CEPAL (2015), ésta proporción crecerá de manera paulatina pero importante, al tiempo que aumentará ligeramente la expectativa de vida. Se estima que para el 2030 éste porcentaje habrá aumentado a 14.7% y para el 2050 estará en 23.4%. Todo lo anterior, sumado al aumento de incidencia de enfermedades no transmisibles, se reflejará en un incremento en la demanda por cuidados paliativos y provisiones de garantía de derechos a las personas mayores (7).

Desarrollo de los cuidados paliativos.

Los servicios de los cuidados paliativos existen en el país desde el 2002, sin embargo, subsisten solo en una institución (Hospital de la Divina Providencia). Según la escala de Wright el país se ubica como 3^a, lo que significa que los servicios de cuidados paliativos se prestan de manera aislada (7).

El país no cuenta con una ley nacional ni con un programa nacional de cuidados paliativos, pero actualmente se avanza en el proceso de autorización de una política nacional de cáncer elaborada por el Minsal, en la cual se incorporen los cuidados paliativos.

Adicionalmente se ha progresado a través de la incorporación del enfoque de cuidados paliativos dentro de los planes de prevención y control del cáncer.

Se amplió la red de servicios con la creación de seis clínicas para el dolor y cuidados paliativos, distribuidas 4 en San Salvador, 1 en Santa Ana y 1 en San Miguel.

Desde en 2014 el Ministerio de salud ha liderado un proceso intersectorial para la concertación de una política nacional para la prevención y control del cáncer. Adicionalmente, se avanza en la aprobación del programa nacional de cuidados paliativos desde agosto de 2015.

Dado que los avances resaltados se han enfocado en control de cáncer, sigue preocupando la atención a pacientes no oncológicos en el país. En éste sentido, la eventual aprobación de un programa nacional de cuidados paliativos contribuirá a integrar dichos cuidados en un rango más amplio de entidades prestadoras de servicios de salud, con atención a los pacientes que necesiten alivio de síntomas causados por otras patologías. Además de avanzar en normativas respectivas que incorporen los cuidados paliativos a los servicios generales de salud (7).

La disponibilidad y el acceso a medicamentos para el alivio del dolor es uno de los principales problemas en el país.

Según la información recogida para el atlas de cuidados paliativos, el país tiene un puntaje 2/5 en cuanto a la colaboración entre autoridades regulatorias de uso de opioides y prescriptores. El consumo de morfina en el país es de 0.32mg/ per cápita,

siendo uno de los más bajos de América latina, lo que revela que no se está dando un manejo adecuado y suficiente al dolor crónico y severo (7).

Se identifican las siguientes barreras para el acceso a medicamentos para aliviar el dolor en el país.

- Los trámites son desincentivos para los médicos, pues implican una inversión mayor de tiempo y dedicación.
- La gran mayoría de las farmacias no tienen ninguna presentación de analgésicos opioides disponibles.
- Los topes máximos para morfina inyectable son insuficientes para manejo de dolor en ciertos casos.

Hipótesis

El estrés financiero es causante de sufrimiento en pacientes con enfermedad oncológica avanzada que reciben cuidados paliativos en Hospital Divina Providencia.

Diseño metodológico

Tipo de estudio: Cualitativo descriptivo

El presente estudio es de tipo cualitativo ya que se plantea la recurrencia de pacientes con enfermedad oncológica avanzada que reciben cuidados paliativos ante estrés financiero, a partir del análisis de de entrevista de forma estructurada empleada individualmente a cada sujeto que forma de la investigación. Por lo que de tal forma se analizan los datos, comprendiendo así el fenómeno estudiado y alcanzar conclusiones.

Al enfocarnos en las características propias del problema, al alcance de los resultados se considera por ello también un estudio de investigación de tipo descriptivo.

Según periodo de estudio: Transversal

Se considera transversal, debido a que los datos son obtenidos a través de los sujetos de estudio y representan un punto en el tiempo.

Según ocurrencia de los hechos: Prospectiva

Periodo de investigación: Noviembre de 2017 a febrero de 2018

Periodo de recolección de datos: Diciembre de 2017 a enero de 2018

Universo: Todos los pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada en cuidados paliativos ingresados y ambulatorios en el Hospital Divina Providencia en departamento de San Salvador, El Salvador en el periodo de diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Muestra: La obtención de la muestra se realizará mediante muestreo probabilístico aleatorio

Se tomará la totalidad de los pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada ingresados y también los que reciben atención ambulatoria en el periodo de investigación en el Hospital divina providencia en departamento de San Salvador, El Salvador en el periodo de noviembre de 2017 a febrero de 2018.

Variables: Variables cualitativas

Dependiente: Enfermedad oncológica avanzada

Independiente: Sufrimiento financiero

Fuente de obtención de datos:

Primaria: Cuestionarios y entrevistas a pacientes ingresados y ambulatorios en el Hospital divina providencia en departamento de San Salvador, El Salvador

Técnica de obtención de la información:

Se realizará por medio de cuestionario dirigido a los pacientes ingresados y ambulatorios con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada en el Hospital Divina Providencia en el departamento de San Salvador, El Salvador en el periodo de noviembre de 2017 a febrero de 2018.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada en cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia en el departamento de San Salvador, El Salvador en el periodo de noviembre de 2017 a febrero de 2018.
- Pacientes con igual o más de 48 horas ingresados en el Hospital Divina Providencia en departamento de San Salvador, El Salvador en el periodo de noviembre de 2017 a febrero de 2018.
- Pacientes con enfermedad oncológica avanzada que reciben atención en cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia en el departamento de San Salvador, El Salvador en el periodo de noviembre de 2017 a febrero de 2018.

Criterios de exclusión:

- Paciente con enfermedad avanzada de origen no oncológico.
- Pacientes que no acepten el estudio.
- Paciente con trastorno cognitivo u otra condición que impida la comunicación o la comprensión del proceso de investigación.

Operacionalización de variables

Objetivo	Variable	Dimensiones	Indicadores	Fuente	Instrumento	Ítem
Definir cómo el factor financiero puede causar estrés en los pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada por medio de herramientas de evaluación	Estrés en los pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada.	Alteración del estado del organismo.	<p>Estrés agudo: ansiedad, irritabilidad, fatiga, dolores musculares, problemas estomacales.</p> <p>Estrés crónico: violencia, depresión, crisis de dolor,</p>	Pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada ingresados en el Hospital divina providencia	Cuestionario y entrevista	9, 11, 13,,14, 15
Identificar la asociación del factor financiero con factores socioculturales y ambientales en el	Deterioro físico del paciente con enfermedad oncológica	Condiciones de la salud	<p>Presencia de enfermedad física.</p> <p>Incapacidad de realizar actividades</p>	Pacientes ingresados con diagnóstico	Cuestionario y entrevista	20,21, 22

deterioro físico y mental del paciente con diagnostico de enfermedad oncológica avanzada	avanzada. Deterioro mental del paciente con enfermedad oncológica avanzada.		física. Presencia de enfermedad mental. Capacidad intelectual. Alteración en atención, memoria y procesamiento de información	de enfermedad oncológica avanzada ingresados en el Hospital divina providencia		
Cuantificar el número de pacientes que son afectados negativamente por el factor financiero como factor determinante en salud en pacientes con	Afectación negativa en pacientes con enfermedad oncológica avanzada	Aspectos emocionales.	Agresividad Ansiedad Depresión Hostilidad. Inestabilidad familiar.	Pacientes ingresados con diagnostico de enfermedad oncológica	Cuestionario y entrevista	22,25

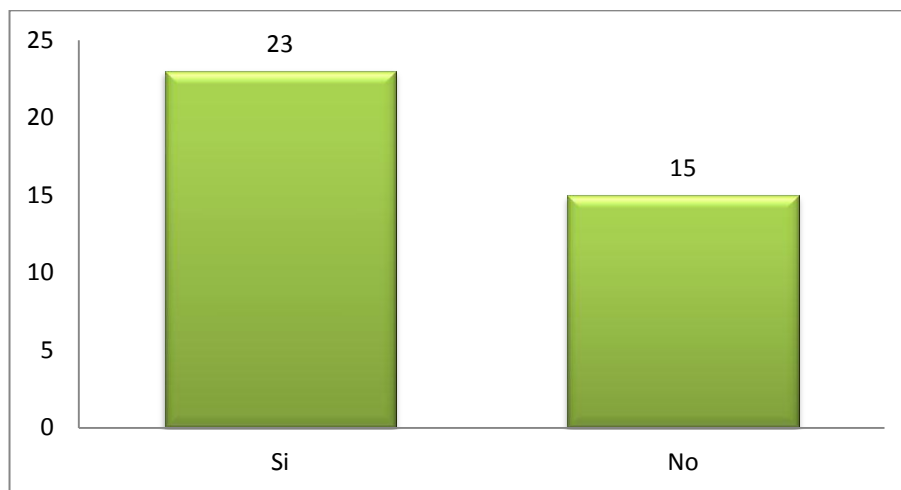
diagnostico de enfermedad oncológica avanzada		Recursos económicos	Perdida de bienes. Desempleo. Deudas	avanzada ingresados en el Hospital divina providencia		
---	--	------------------------	--	--	--	--

Resultados

- Objetivo 1:

Definir cómo el factor financiero puede causar estrés en los pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada por medio de herramientas de evaluación en el Hospital Divina Providencia, San Salvador El Salvador, en el periodo comprendido de noviembre a enero de 2017.

GRAFICO 9: Empleo previo a diagnóstico de enfermedad.



Fuente: Tabla No. 9

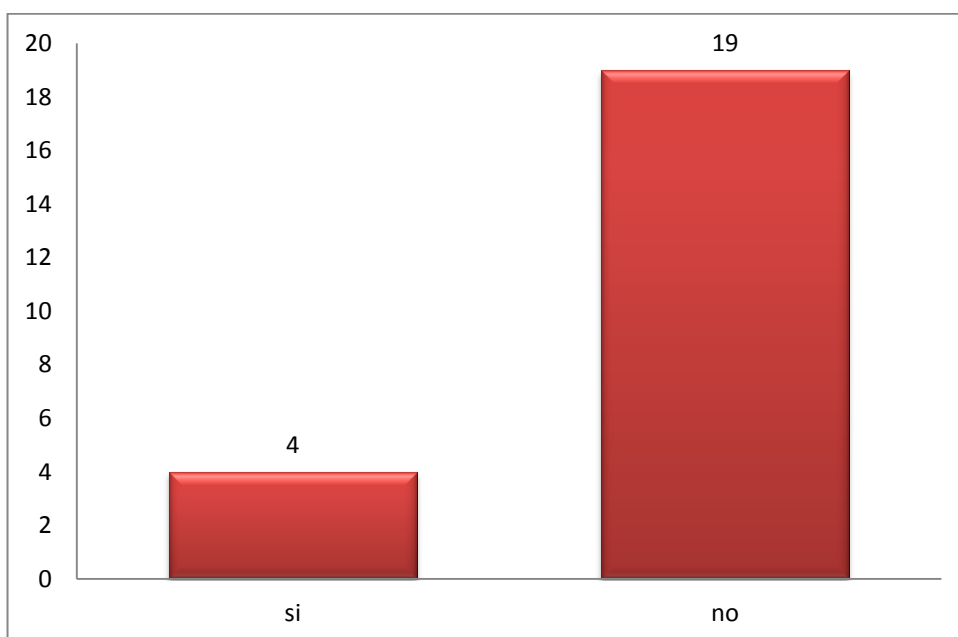
Análisis:

Según datos el 60.5% (23 pacientes) contaba con empleo previo al diagnóstico de su enfermedad, el 39.5% (15 pacientes) no poseía un empleo previo al diagnóstico de su enfermedad.

Interpretación:

Previo al diagnóstico, 15 pacientes de los encuestados no contaban con empleo, realizando labores del hogar, principalmente, situación que ejerce como factor predisponente a dificultades económicas que pueden progresar ante situaciones imprevistas, como es el caso de un diagnóstico de difícil manejo y mayor, si quien lo padece es el proveedor económico principal en la familia, en contraste, se identifica a la vez que la mayoría de entrevistados contaban con empleo, condición que supone mayor seguridad económica y ventaja sobre situaciones imprevistas.

GRÁFICO 11: Conservación de empleo posterior a diagnóstico



Fuente: Tabla No. 11

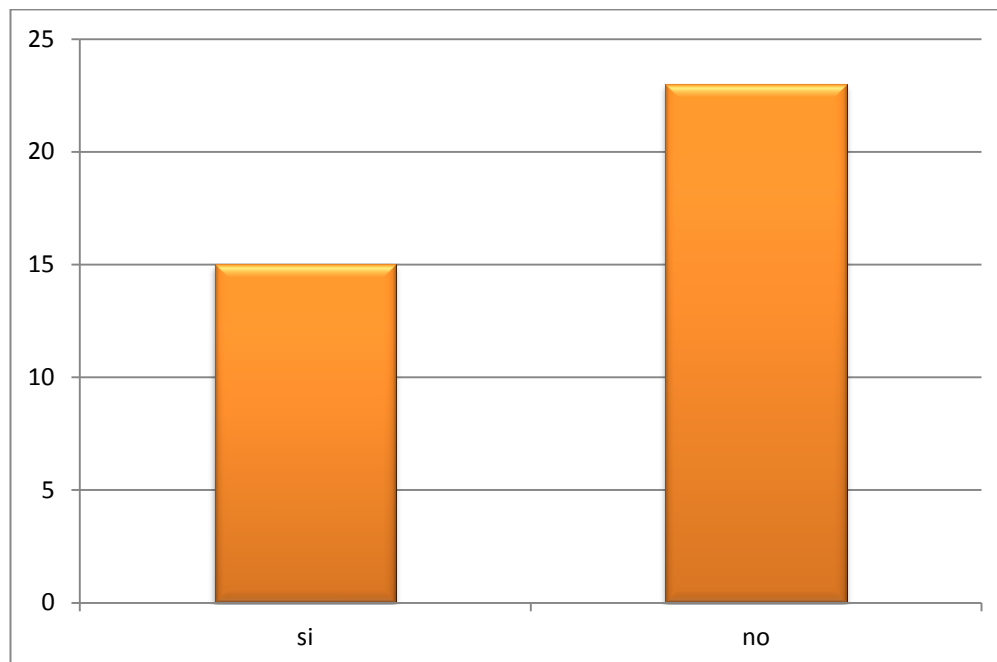
Análisis:

De los encuestados, el 17% conservó su empleo posterior al diagnóstico, mientras que el 83% no.

Interpretación:

Se identifica que a pesar que la mayoría de personas encuestadas poseían previo al diagnóstico de su enfermedad empleo, luego de conocerlo la mayor parte de ellos perdió su empleo, situación generada principalmente ante la incapacidad de realizar las tareas habituales con las cuales se desempeñaban en sus puestos de trabajo, quedando así desprovistos de una fuente de ingresos adecuada, y segura frente a las condiciones de enfermedad fortaleciendo así la predisposición a mayor agobio económico.

GRÁFICO 12: Ingresos económicos previos a diagnóstico



Fuente: Tabla No. 12

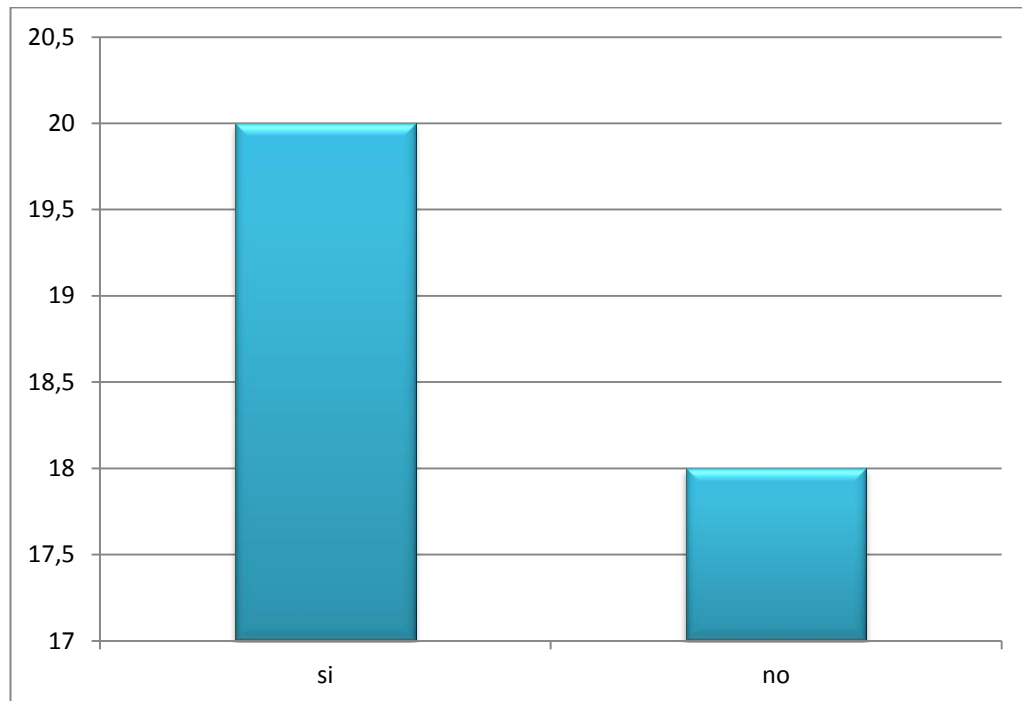
Análisis:

Del total de personas encuestadas solamente el 39% poseía ingresos económicos para suplir sus necesidades previas al diagnóstico de su enfermedad, mientras que el 61% no los poseía de manera suficiente.

Interpretación:

Con los datos recolectados se concluye que la mayoría de personas no se encuentran preparados económicamente para afrontar los gastos de una enfermedad oncológica avanzada siendo en nuestro estudio el 61% de las personas que no poseían ingresos suficientes para esto, lo cual genera mayor preocupación en los mismos.

GRÁFICO 13: Proveedor financiero previo a diagnóstico



Fuente: Tabla No. 13

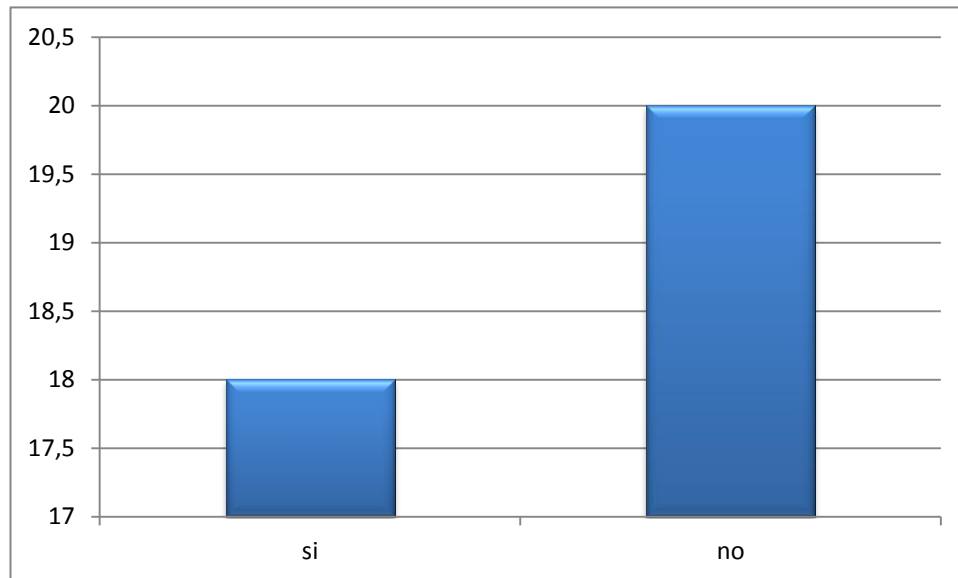
Análisis:

Del 100% de las personas encuestadas solo el 53% era la única fuente de ingresos económicos de su núcleo familiar, mientras que el 47% no poseía ésta responsabilidad.

Interpretación:

Con los datos obtenidos se puede apreciar que la mayoría de los entrevistados era la única fuente de ingresos en su núcleo familiar y que luego de su diagnóstico dejó de serlo, generando preocupación por su enfermedad y por los gastos familiares que ya no tenía como cubrir.

GRÁFICO 14: Responsabilidad económica previo a diagnóstico



Fuente: Tabla No. 14

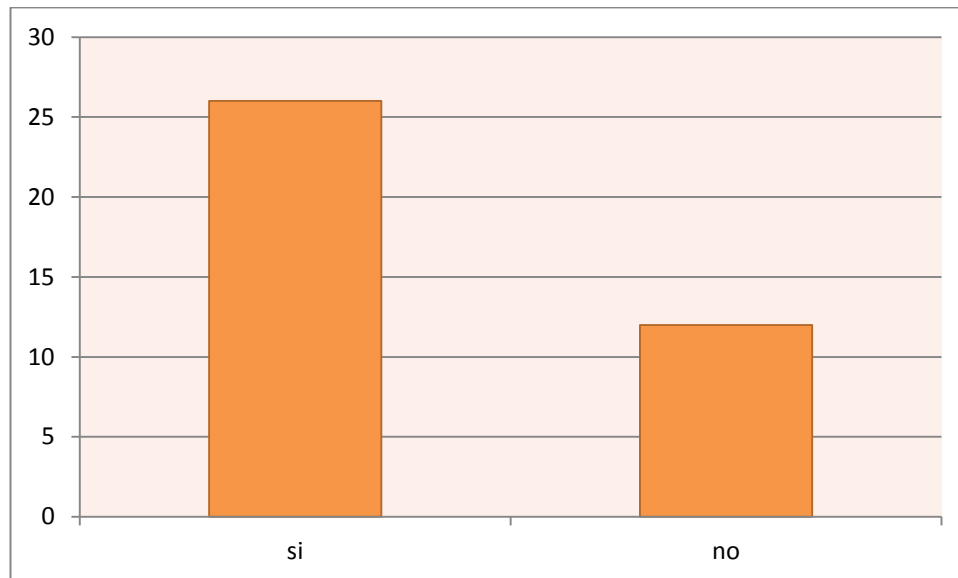
Análisis:

El 47% de las personas participantes del estudio compartían la responsabilidad económica previo al conocimiento de su diagnóstico y/o tratamiento; al mismo tiempo que, 53% no contaban con un apoyo económico extra en su núcleo familiar.

Interpretación:

Al compartir las responsabilidades económicas en el núcleo familiar libera a la persona que se encuentra con un diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada de ciertas responsabilidades, lo cual puede ayudar a sobrellevar mejor las complicaciones de su diagnóstico como lo demuestran los datos obtenidos ya que el 47% compartían ésta responsabilidad, mientras para aquellos que no cuentan con éste apoyo es más difícil poder dedicar tiempo a su tratamiento, teniendo el peso de aportar a la economía del hogar como el 53% de la población entrevistada.

GRÁFICO 15: Soporte financiero familiar



Fuente: Tabla No. 15

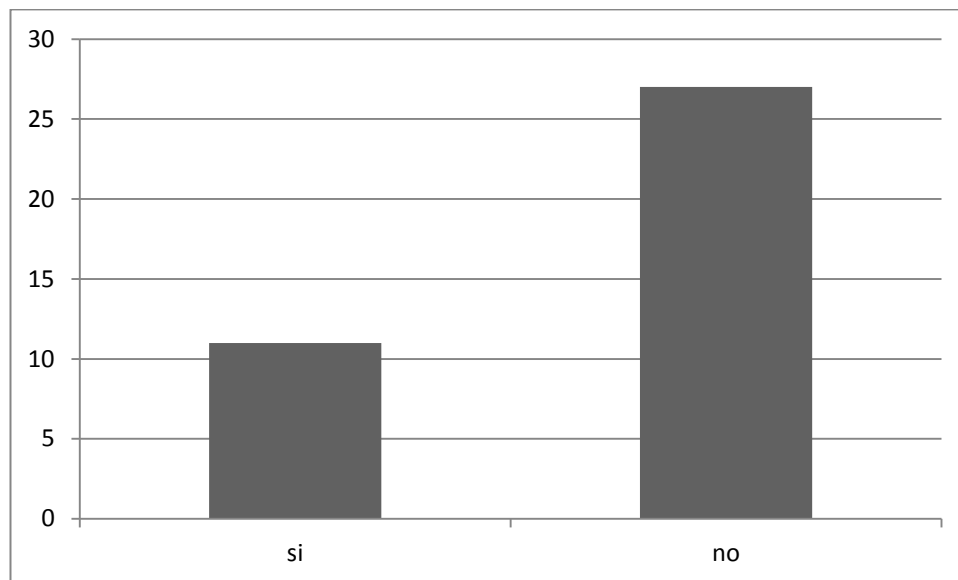
Análisis:

Con los datos recolectados se observa que el 68% de los entrevistados cuentan con alguien que se encarga de los gastos del núcleo familiar, sin embargo, el 32% de los entrevistados no cuenta con ésta clase de ayuda.

Interpretación:

La mayoría de las personas entrevistadas cuentan al momento de su diagnóstico con un responsable dentro de su núcleo familiar de la economía del mismo siendo en su mayoría el cónyuge, hijos o padres, mientras que una minoría no cuenta con éste apoyo lo que agrava más su bienestar.

GRÁFICO 16: Responsabilidad económica hacia terceros.



Fuente: Tabla No. 16

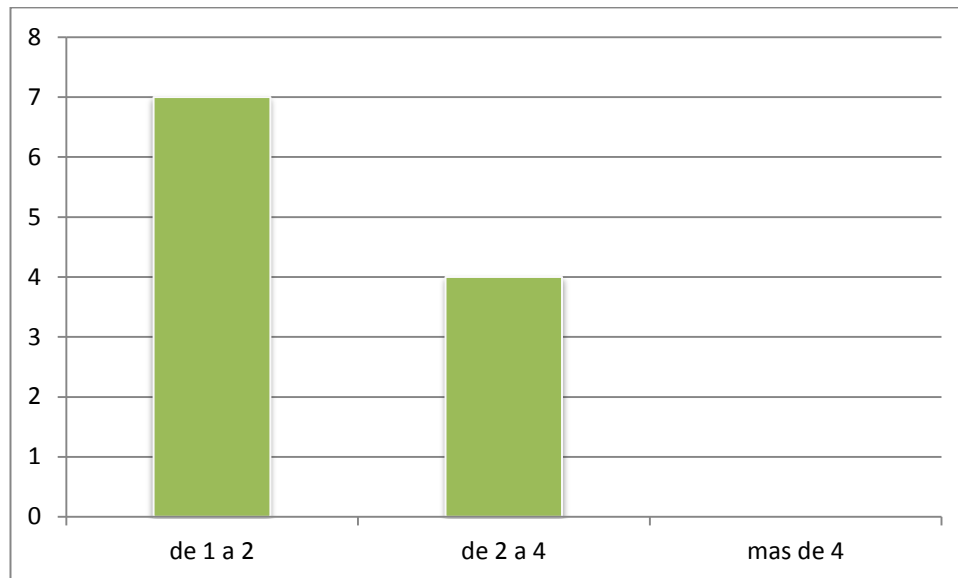
Análisis:

A través de los datos obtenidos se observa que solo el 29% de los entrevistados poseen alguien que dependa de ellos, mientras que el 71% no posee ésta responsabilidad.

Interpretación:

Al momento de la entrevista, por los datos obtenidos se percibe que la mayoría de la población no posee a nadie que dependa de ellos económicamente, probablemente por la mayoría de población mayor de los 50 años, con hijos mayores de edad y ambos esposos pensionados, mientras que un 29% si mantiene esta responsabilidad ya sea por hijos menores de edad o nietos.

GRÁFICO 17; Cantidad de dependientes económicamente.



Fuente: Tabla No. 17

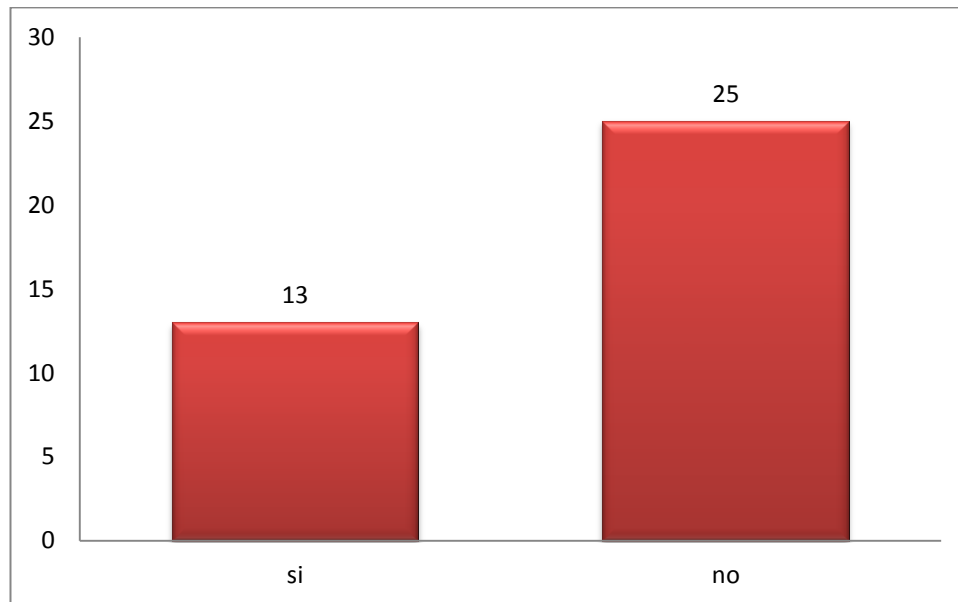
Análisis:

De las 11 personas que respondieron que si en la pregunta 16, el 64% tiene de 1 a 2 personas que dependen económicamente de ellos, mientras que el 36% posee de 2 a 4 personas que depende de ellos económicamente.

Interpretación:

Vemos que el 64% de las personas encuestadas poseen de 1 a 2 personas que dependen económicamente de ellos aún cuando ellos ya no pueden tomar dicha responsabilidad por su diagnóstico y su tratamiento lo cual les impide desempeñar alguna labor con la cual perciban un ingreso económico, y el 36% poseen 2 a 4 personas que los necesitan para poder cubrir sus gastos diarios.

GRÁFICO NO. 20: Deudas existente previo diagnóstico.



Fuente: Tabla No. 20

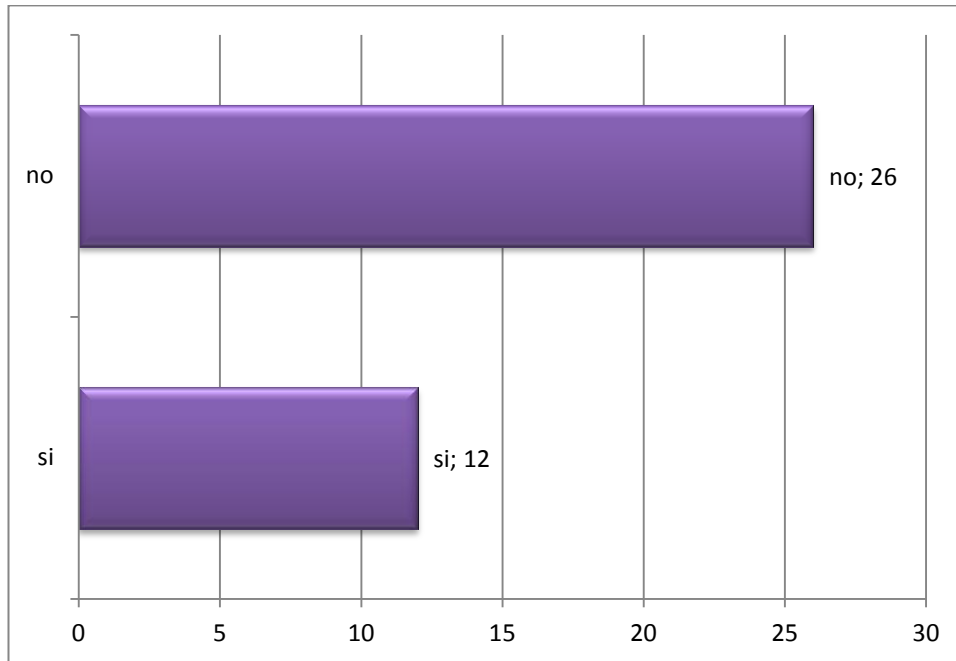
Análisis:

El 66% de los encuestados indicó no poseer deudas previo a conocer su diagnóstico, mientras que el 34% manifestó deudas existentes antes de conocer el diagnóstico de su enfermedad.

Interpretación:

A partir de los datos obtenidos en el aspecto de las deudas existentes se aprecia que la mayor parte de los encuestados no percibía deudas, ventaja que permite flexibilidad económica de acuerdo a las necesidades imprevistas, mientras que el 34% de éstos indicaba poseer deudas, situación que es un factor predisponente a estrés económico en especial cuando es el proveedor principal del hogar.

GRÁFICO 21: Deudas actuales.



Fuente: Tabla No.21

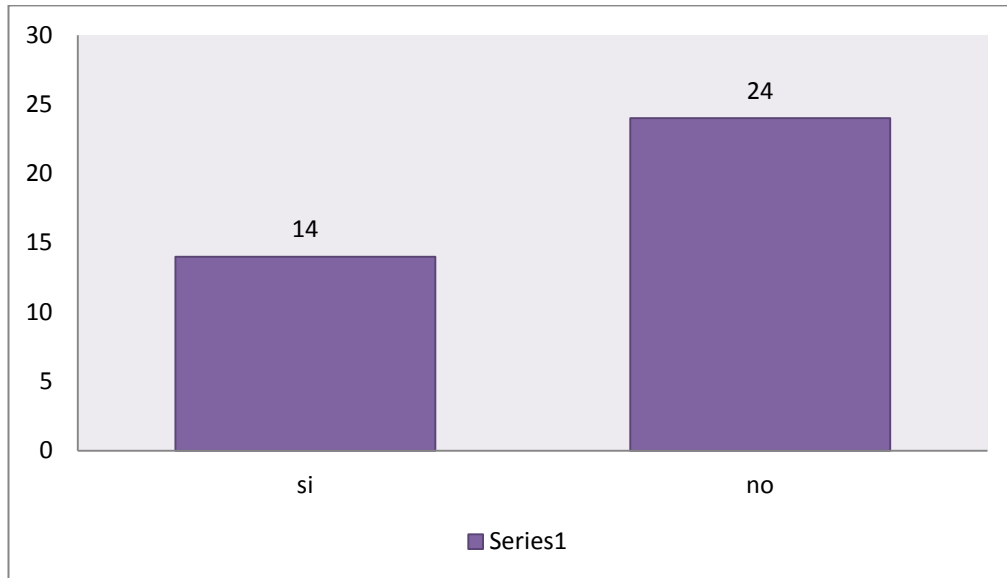
Análisis:

El 68% de los encuestados manifiestan no poseer deudas actualmente, mientras que el 32% mantiene deudas incluso luego de su diagnóstico.

Interpretación:

Se estima que las personas que poseían deudas previo a su diagnóstico, persiste con las mismas hasta la fecha, situación que agrava su situación financiera en general y juega un papel importante como estresor financiero global.

GRÁFICO NO.22: Deudas adquiridas durante el proceso de enfermedad.



Fuente: Tabla No. 22

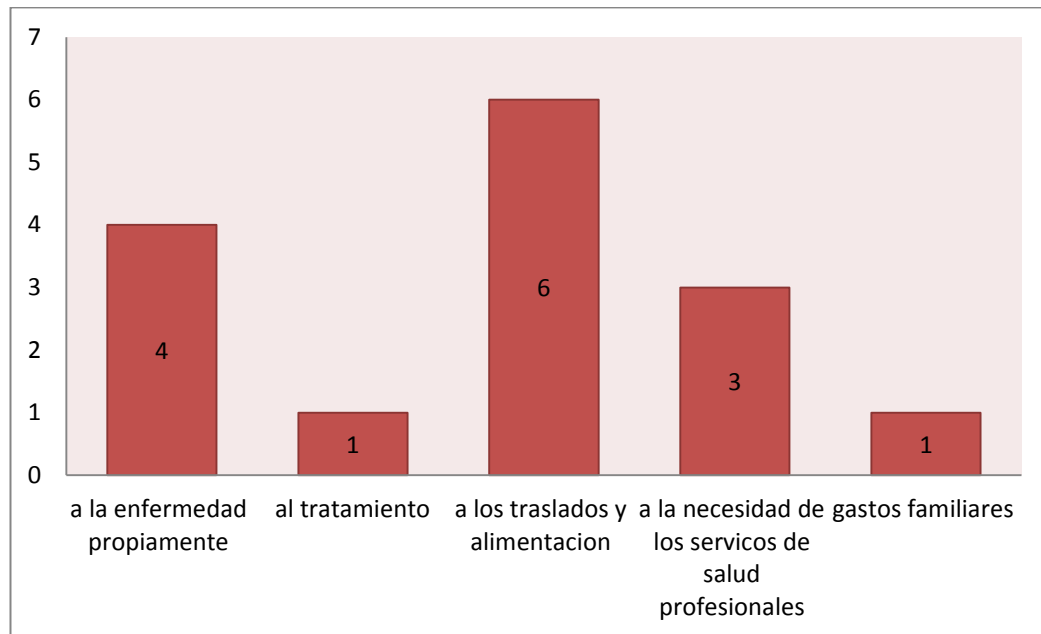
Análisis:

El 37% de la muestra encuestada indica que durante el proceso de enfermedad han adquirido deudas, por diversos motivos, mientras que un 63% permanece sin deudas al momento actual.

Interpretación:

Se identifica que poco más de un tercio de la muestra encuestada no ha adquirido deudas en el transcurso de enfermedad, aún cuando dentro de tal periodo los gastos han sido mayores, o donde incluso quien mantiene la economía del hogar ha sido el afectado por una enfermedad oncológica, sin embargo aquellos que poseían deudas incluso previo al diagnóstico, continúan con las mismas o incluso han adquirido más.

GRÁFICO NO. 23: Razones que establecen deudas actuales.



Fuente: Tabla No. 23

Análisis:

El 40% de la muestra adjudica razón de deudas a los traslados y alimentación así dirigirse hacia los centros de salud y hacia casa, mientras que la mitad proporcional indica que la atribuye a la necesidad de servicios de salud profesionales fuera de citas control, así mismo, un 27% lo adjudica a la enfermedad propiamente, así mismo el 7% los atribuye a gastos netamente familiares y un 6% a gastos familiares.

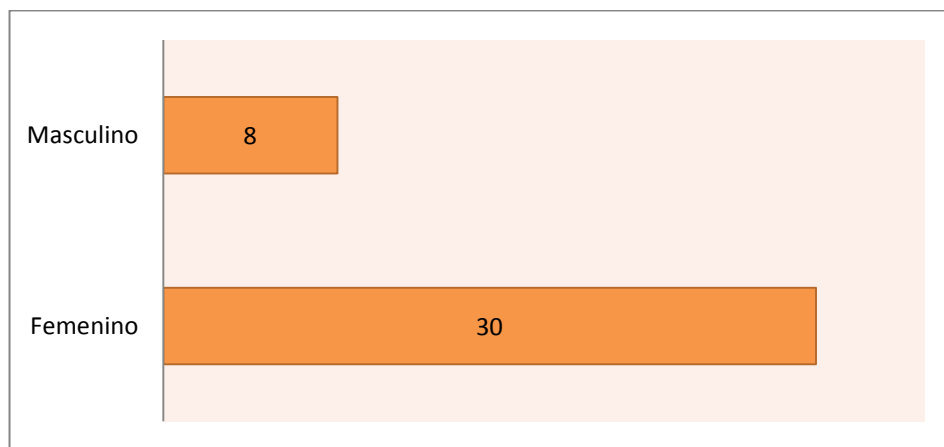
Interpretación:

Las deudas que actualmente se mantienen se adjudican principalmente a los gastos a los que se incurre por traslados y alimentación hacia centros de salud, así como alimentación dentro de tal asistencia, y en segundo lugar se otorga a la necesidad de los servicios de salud profesionales ante situaciones no previsibles relacionadas con su enfermedad, situaciones que por sí mismas ocasionan malestar en el paciente y que sobre ello como agregado preocupación financiera.

- Objetivo 2:

Identificar la asociación del factor financiero con factores socioculturales y ambientales en el deterioro físico y mental del paciente con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada en el Hospital Divina Providencia, San Salvador El Salvador, en el periodo comprendido de noviembre de 2017 a febrero de 2018.

GRÁFICO 1: Sexo



Fuente: Tabla No. 1

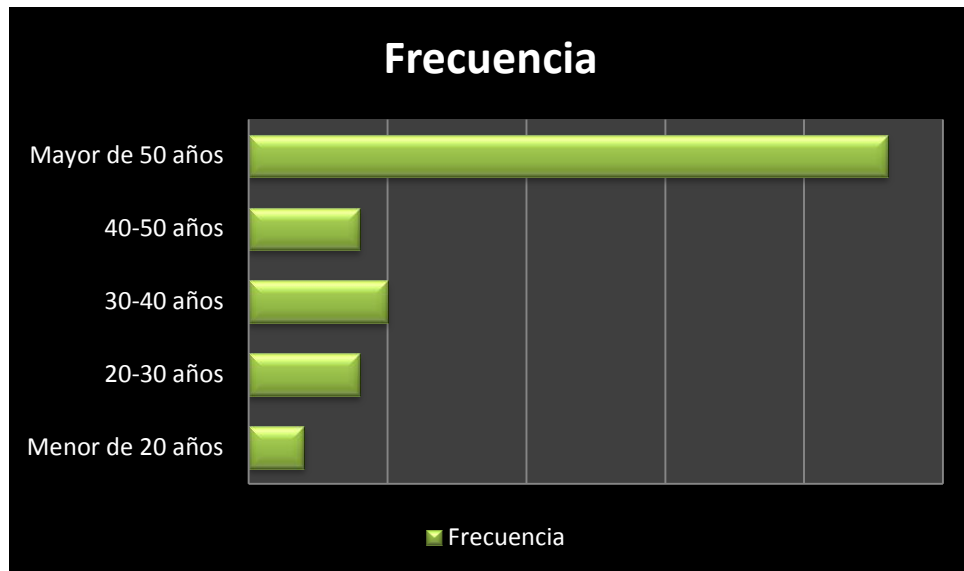
Análisis:

79% de la muestra encuestada corresponde al sexo femenino, mientras que el 21% corresponde al sexo masculino

Interpretación:

La mayoría de los encuestados pertenece al sexo femenino, que se intuye a la razón de mayor consulta, mayor preocupación por el estado personal de salud, donde principalmente es la mujer quien acude a un centro asistencial, por otro lado, el paciente masculino aunque consulta, generalmente no toma directamente a orden las recomendaciones médicas, y quien permite dar paso a más tiempo sin recibir atención paliativa. Estas situaciones culturales vienen dadas generalmente ante una cultura de orgullo y no debilidad masculina, predisponiendo a situaciones que compliquen el estado de salud y probablemente a la propia situación económica ante necesitar tratamientos en los que haya necesidad de realizar pagos no previstos, y situaciones diversas.

GRÁFICO NO 2: Edad



Fuente: Tabla No 2

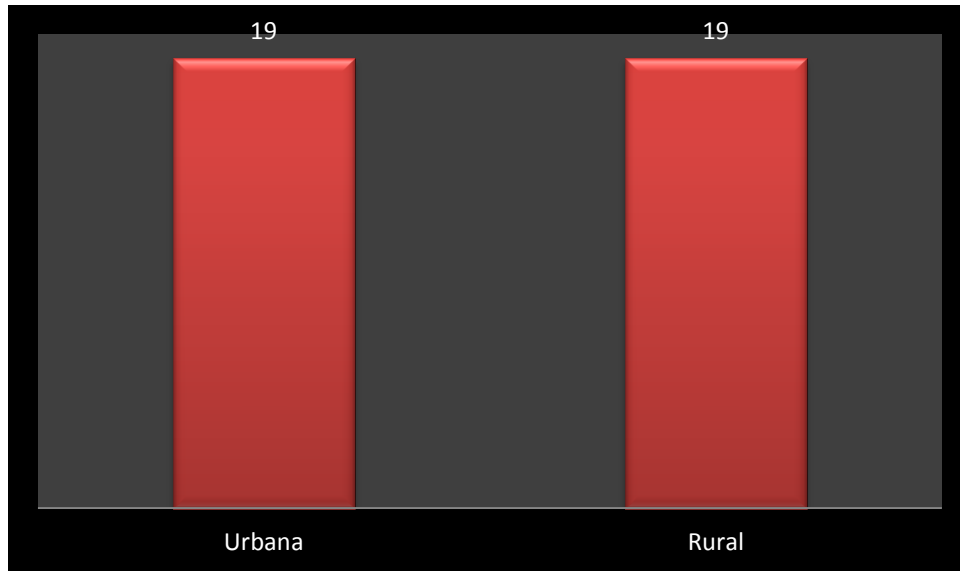
Análisis:

El 60.5% de los pacientes se encuentran entre los mayores de 50 años, el 10.5% entre los 40-50 años y los 20-30 años, el 13.1% entre los 30-40 años y solamente el 5.2% es menor de 20 años.

Interpretación:

La mayor parte de los pacientes se encuentran entre los 62 y 72 años, esto nos muestra el carácter crónico de la enfermedad, donde la mayoría de pacientes está siendo tratado por metástasis o recidivas de tratamientos anteriores, situaciones que han advenido ante la poca importancia para el paciente a consultar a tiempo e incluso para tomar alternativas médicas ya sea por motivos personales o económicos al no poder costear los tratamientos que se ofrecen.

GRAFICA 3. Área geográfica



Fuente: Tabla no. 3

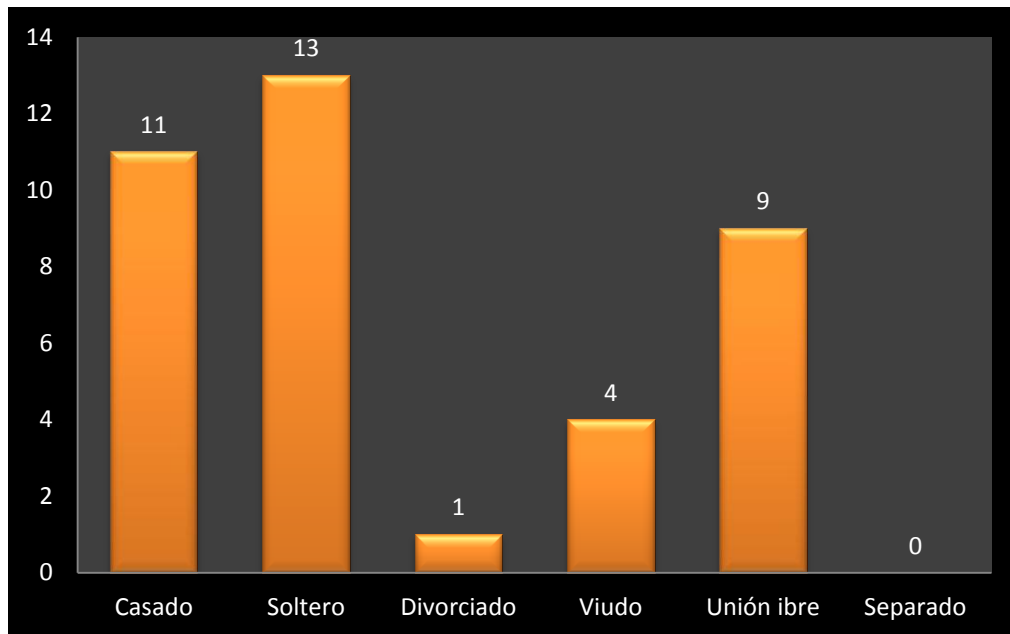
Análisis:

Según datos el 50% de la población en estudio proviene del área rural y el otro 50% proviene del área urbana.

Interpretación:

Se pone de manifiesto que tanto pacientes que viven en área urbana como rural necesitan de servicios de salud, y en éste caso particular de cuidados paliativos a causa de enfermedad avanzada; sin embargo, el área rural, en algunos casos predispone a condiciones de vida precarias y situación económica es variable, y dónde en muchos casos no se alcanzan a cubrir necesidades básicas como la salud, o el alimento, provocando en algunos casos mayor empobrecimiento y con ello mayor agobio en lo económico; así mismo en el área urbana, las condiciones siguen siendo variables a pesar de mayor poder adquisitivo pero suelen buscarse alternativas financieras para sostener situaciones imprevistas.

GRÁFICO 4: Estado civil



Fuente: Tabla no. 4

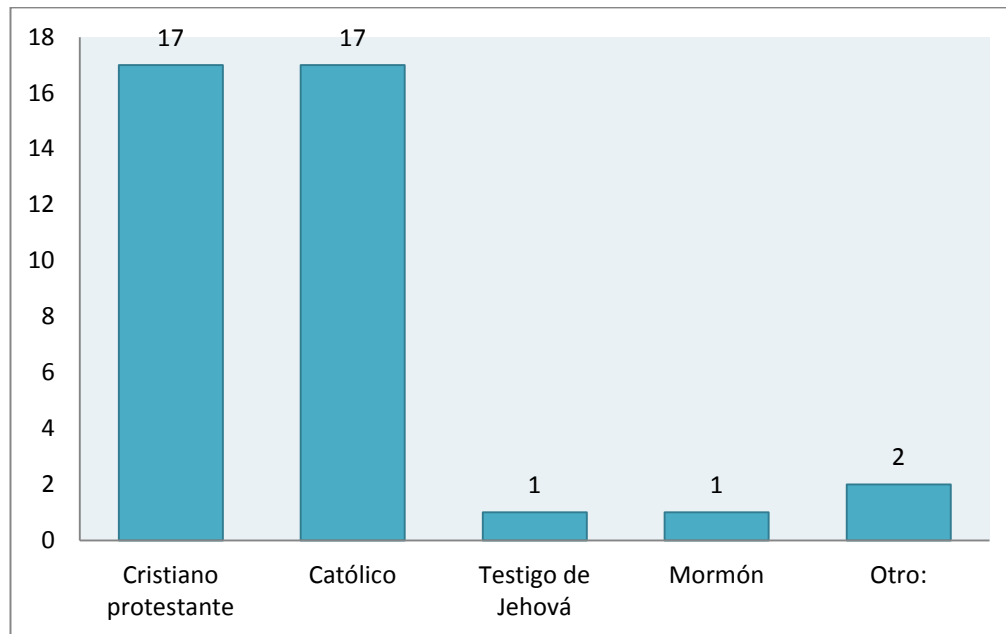
Análisis:

Según datos: el 34.2% de pacientes se encuentra soltero/a, el 29% se encuentra casado/a, el 23.6% se encuentra en unión libre, el 10.5% esta viudo/a y el 2.6% está divorciado/a

Interpretación:

La mayor parte de pacientes en estudio no tiene apoyo de un conyugue o pareja sentimental, y es que muchas manifestaron que habían sido abandonados/as en el curso de la enfermedad o previo al mismo. Durante un proceso de enfermedad el apoyo emocional e incluso económico de una pareja o cónyuge puede proporcionar mayor empoderamiento emocional, físico, espiritual e incluso económico.

GRÁFICO 5: Afinidad religiosa:



Fuente: Tabla no. 5

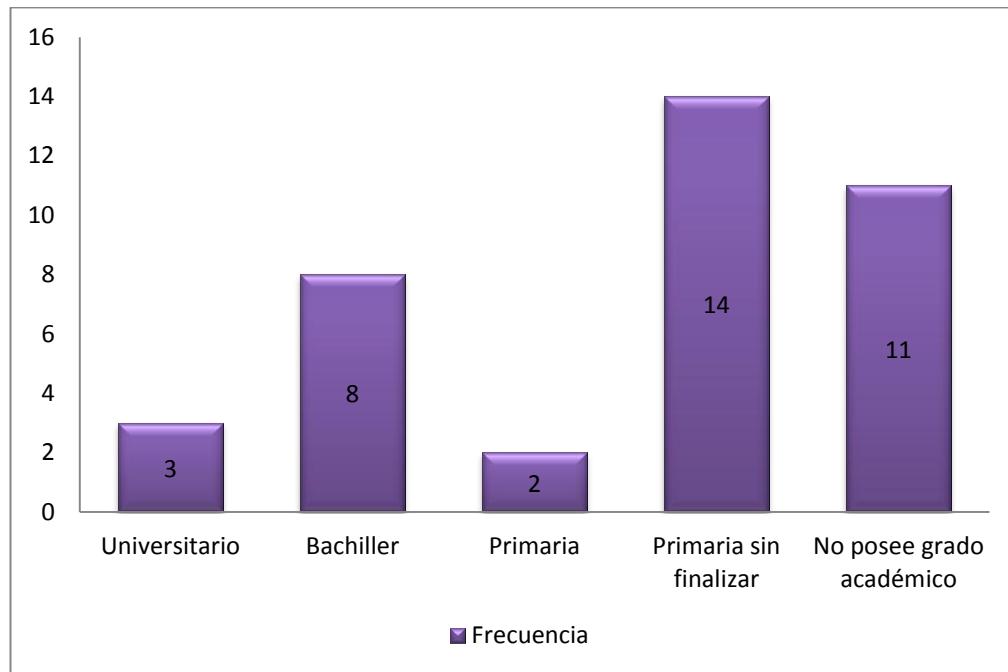
Análisis:

El 44.7% se proclama Cristiano protestante; una igual cantidad se declara católico, un 2.6% testigo de Jehová y mormón de igual cantidad y un 5.2 refería no creer en algo religioso.

Interpretación

La mayoría de pacientes practican el cristianismo y afirman recibir ayuda espiritual en su condición, sin embargo la religión como tal, sin especificar una denominación, proporciona apoyo espiritual para sobrellevar situaciones diversas, e incluso encontrar refugio sobre preocupaciones producidas durante un proceso de salud enfermedad.

GRÁFICA 6: Nivel educativo



Fuente: Tabla No. 6

Análisis:

El 36.8% de los pacientes no finalizó la primaria, el 29% no posee grado académico, el 21% tiene estudios de bachillerato, el 7.9% corresponde a nivel universitario y el 5.2% culminó su primaria.

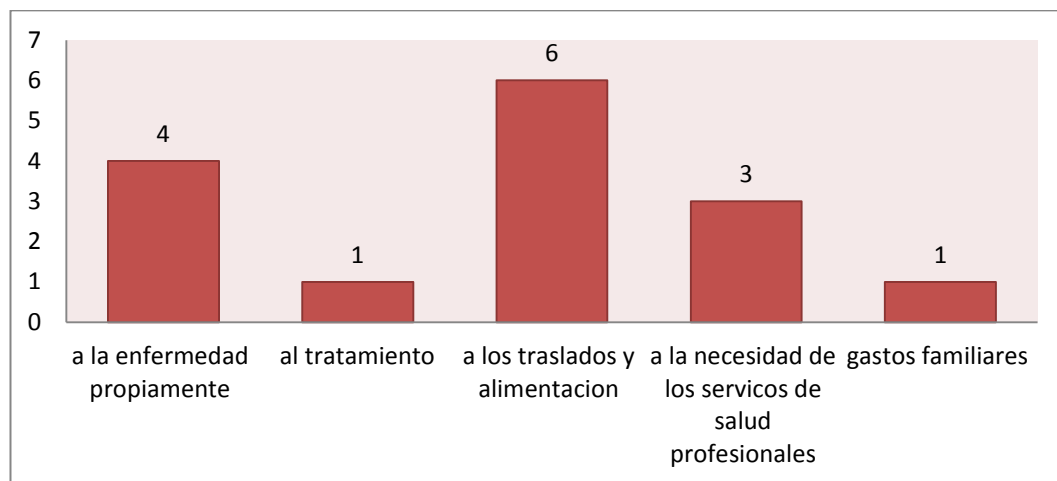
Interpretación:

La mayoría manifestaba no haber finalizado primaria, situación predisponente para la no obtención de un empleo digno, que le proporcione estabilidad económica y laboral, a la vez, se traduce en el desconocimiento de las manifestaciones físicas tempranas de una enfermedad oncológica, lo que posteriormente pudo haber llevado al paciente a su estado y tratamiento actual, y aunado a una inestabilidad económica la dificultad para la toma de decisiones y tratamientos adecuados.

- **Objetivo 3:**

Cuantificar el número de pacientes que son afectados negativamente por el factor financiero como factor determinante en salud en pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada en el Hospital Divina Providencia, San Salvador El Salvador, en el periodo comprendido de noviembre 2017 a febrero de 2018.

GRÁFICO NO. 23: Razones que establecen deudas actuales.



Fuente: Tabla No. 23

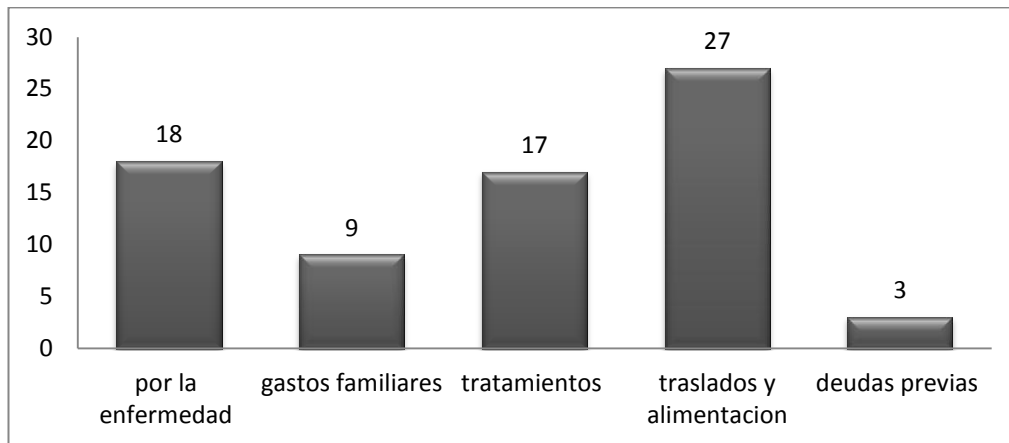
Análisis:

El 40% de la muestra adjudica razón de deudas a los traslados y alimentación al dirigirse hacia los centros de salud y hacia casa, mientras el 20% lo atribuye a la necesidad de servicios de salud profesionales fuera de citas control, un 27% lo adjudica a la enfermedad propiamente, mientras que un 7% a gastos netamente familiares y un 6% a tratamiento.

Interpretación:

Las deudas que actualmente se mantiene se relaciona principalmente a los gastos a los que se incurre por traslados y alimentación hacia centros de salud, así como alimentación dentro de tal asistencia, y en segundo lugar se adjudica a la necesidad de los servicios de salud profesionales ante situaciones no previsibles relacionadas con su enfermedad.

GRAFICO NO. 24: Principales egresos económicos actuales



Fuente: Tabla No. 24

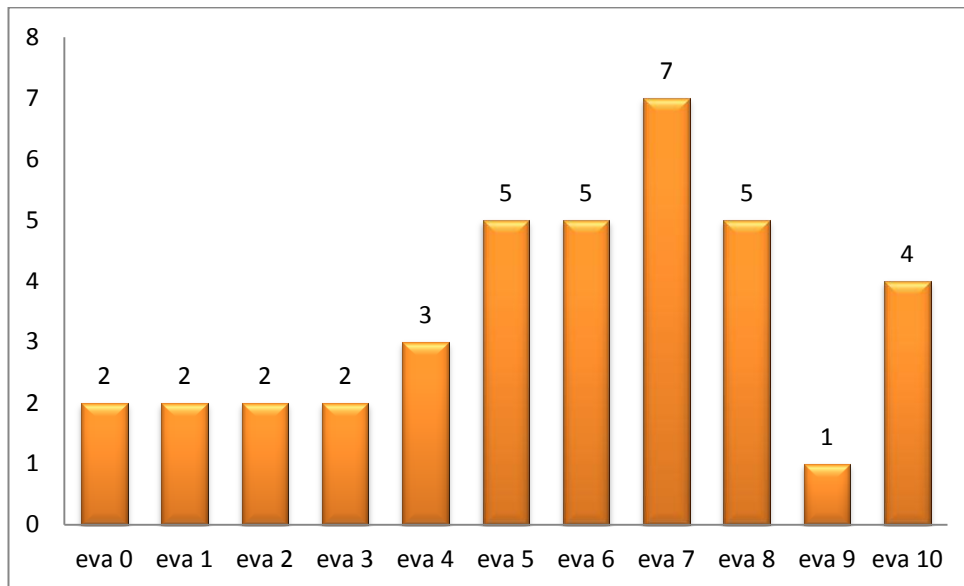
Análisis:

El 37% de la muestra encuestada manifiestas que los principales gastos que realiza son a razón de traslados y alimentación hacia y desde los centros de salud a casa, mientras que un 23% expresa que estos se deben principalmente a tratamientos de salud, un 24% los adjudica a la enfermedad como tal, mientras que un 12% indica que los gastos familiares son los principales egresos, frente a un 4% que los asocia a deudas previas.

Interpretación

Se identifica dentro de la muestra encuestada que muchos de ellos debido a mantener control sobre su enfermedad, deben recurrir a visitas hacia centros de salud y desde estos hacia casa, situación que genera el mayor gasto percibido, sin embargo los tratamientos que deben seguir se mantienen también encabezando los principales egresos, mientras que poco menos de un cuarto de los encuestados mencionan que la enfermedad como tal ha generado gastos imprevistos que han tenido que solventar, así mismo, los gastos familiares continúan generando egresos económicos debido a manutención de quienes dependen de ellos económicamente o contribuyendo a la bolsa familiar, se percibe que las deudas previas son la minoría de egresos que éstos tienen, recordando que muchos de nuestros pacientes encuestados no tenían deudas previas, situación que contribuye a que la condición económica actual de cada uno no se vean más afectada luego de las razones que se han enumerado.

GRÁFICO NO. 25: Agobio asociado a situación económica actual.



Fuente: Tabla No. 25

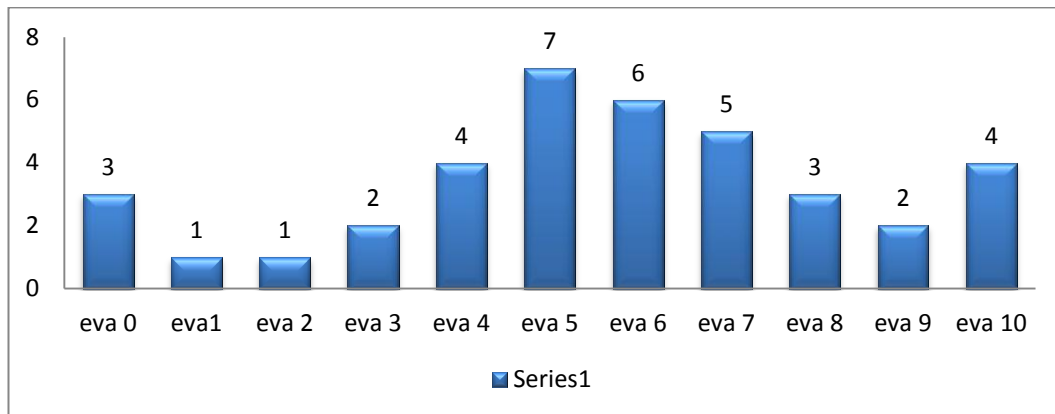
Análisis:

El 19% de la muestra encuestada, otorga un EVA de 7 al agobio asociado a su situación económica, mientras que un 26% compartido equitativamente a un EVA de 5, 6 y 8, quienes poseen preocupación económica en un rango moderado a intenso. El 11% indica un EVA de 10, indicando el peor agobio asociado a la situación económica actual, un 8% a un EVA de 4, y un 20% se mantiene equitativamente mostrando un EVA de 0 hasta 3, demostrado por poco o nada de agobio frente a su situación económica actual.

Interpretación:

El agobio, forma parte indistintivamente en los pacientes encuestados, sin embargo, de acuerdo a la percepción del mismo, éstos lo valoran en distintos grados, detectándose que la principal frecuencia se da en un EVA de 7, reflejando un agobio moderado en asociación a su situación económica actual, esto dado principalmente por la incapacidad de contribuir monetariamente al núcleo familiar, a pesar que en muchos de los casos éste fuera compartido.

GRÁFICO NO.26: Bienestar relacionado con situación económica.

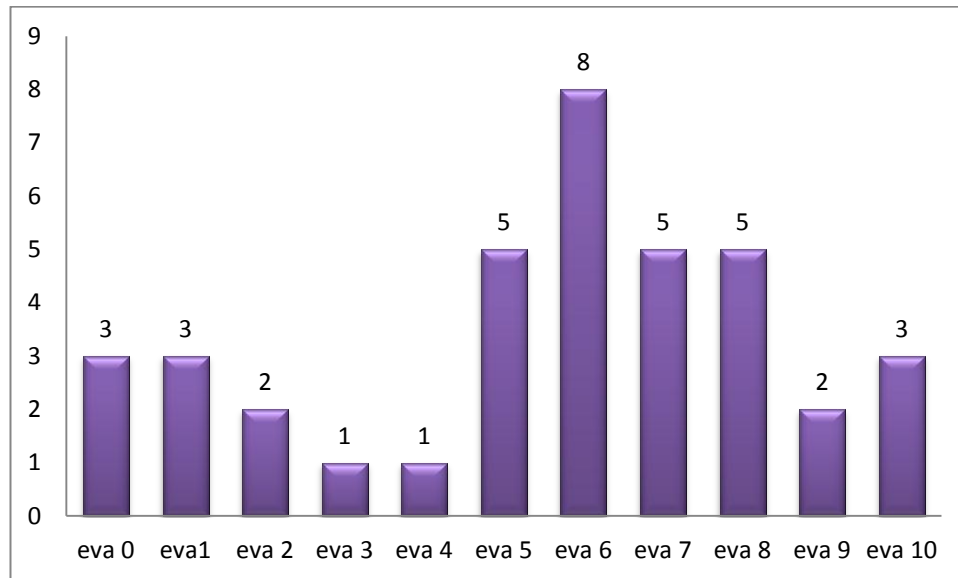


Fuente: Tabla No. 26

Análisis: El 8% de la muestra encuestada indica EVA cero, quienes perciben el mejor bienestar frente a su situación económica, mientras que un 6% es compartido equitativamente entre EVA de 1 y 2, donde se perciben bienestar casi óptimo. Posteriormente, se observa que un 10% percibe bienestar más que moderado, y un 18% bienestar moderado o intermedio como tal. El 16% de la muestra refleja EVA de 6, el 13% EVA de 7, y por último 23% refleja un EVA entre 9 y 10, donde el mayor porcentaje refleja EVAS de 10 con un 11% de los encuestado.

Interpretación: A través de la sección del bienestar frente a la situación económica actual de cada paciente se ve reflejado que un 8% percibe bienestar óptimo esto dado principalmente por ausencia de deudas y por apoyo económico dentro del núcleo familiar. Incluso en ello, se identifica el 11% que refieren bienestar casi óptimo asociado siempre a la escasa deuda, y el respaldo económico por parte de familia, y/o remesas, ayuda externa al núcleo. Un 28% percibe un bienestar intermedio, fundamentado en los egresos constantes dados principalmente por traslados a centros asistenciales para controles luego de su diagnóstico. El 13% indica poco bienestar frente a su situación económica actual y de forma poco alentadora que un EVA de 8 a 10 que corresponde a muy poco o nada de bienestar el cual está presente el casi 23% de la población, cifra que confirma que el bienestar de una persona que sufre de una enfermedad oncológica avanzada está estrechamente ligado a su situación económica.

GRÁFICO NO. 27: Calidad de vida que percibe frente a situación económica actual



Fuente: Tabla No. 27

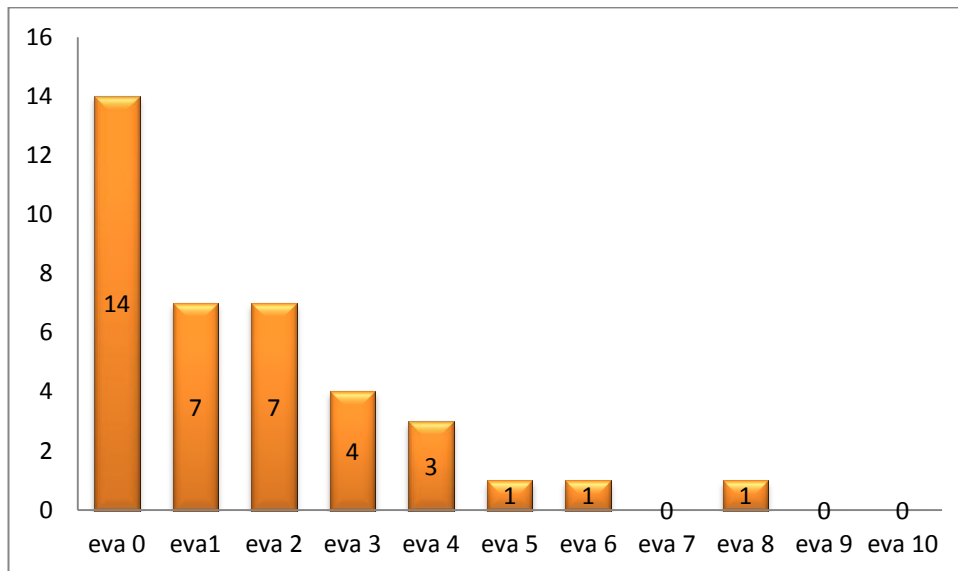
Análisis:

Respecto a EVA 0 el 8% de la población indica excelente calidad de vida frente a su situación económica actual, en contraste a un 26% que percibe la peor calidad de vida evaluándola con EVA 8 al 10. A la vez los pacientes consultados, el 47% evalúan con una calidad d vida intermedia, mientras que un 19% la evalúan con buena calidad de vida.

Interpretación:

A través del sondeo sobre calidad de vida percibida por los pacientes, se identificaron tres principales percepciones, por un lado, poco menos de una quinta parte de los pacientes perciben una buena calidad de vida asociándola a su situación económica actual; sin embargo casi la mitad de pacientes catalogan según su percepción una calidad de vida intermedia, mientras que la cuarta parte de pacientes perciben muy mala o casi la peor calidad de vida relacionada a su situación económica actual, por lo que se pone de manifiesto que la condición económica es de suma importancia para el bienestar y la percepción de calidad de vida que recibe y goza.

GRÁFICO NO. 28: Calidad de cuidados asociados a situación económica



Fuente: Tabla No. 28

Análisis:

El 37% de los encuestados indican que la calidad de cuidados que perciben es óptima, mientras que un 46% la clasifica y percibe como muy buena, y un 9% la considera y percibe como la peor calidad de cuidados.

Interpretación:

La percepción de la mejor calidad de cuidados aún asociándola a su situación económica actual es óptima para poco más de una tercera parte de la población, mientras que permanece como muy buena percepción de calidad de cuidados para casi la mitad de la población, asociado principalmente a casi nulidad del agobio aún con una economía difícil. Hasta poco menos de una quinta parte de la población cataloga la peor condición de calidad de cuidados, donde el paciente lo relaciona a su situación financiera difícil.

Es de tener en cuenta que muchos pacientes entrevistados asocian esta pregunta con los cuidados recibidos en hospital divina providencia, por lo que los califican como los mejores cuidados no relacionándolos con su situación financiera actual.

Discusión.

En base al análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio, y en contraste con el conocimiento teórico previo, podemos mencionar que el factor financiero es uno de los principales estresores de los pacientes que se encuentran con un diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada o en tratamiento de una enfermedad oncológica avanzada, ya que la mayoría de la población consultada poseía un empleo previo al diagnóstico de su enfermedad y/o tratamiento el cual tiene que abandonar por la imposibilidad de poder realizar sus labores de forma eficiente o para poder cumplir con sus controles y tratamientos, lo que genera una pérdida económica en el paciente y su familia, mas cuando el paciente es el único soporte financiero en su núcleo familiar generando esto preocupación e imposibilitándolo para afrontar los gastos familiares, de tratamiento y traslados, cambiando la dinámica familiar, generando mayor estrés en el paciente.

El factor financiero causa estrés en el paciente al momento que éste pierde su empleo por su diagnostico y/o tratamiento dejando de percibir ingresos económicos que le ayudarían en el proceso de su enfermedad, en sus gastos por tratamiento, en los traslados que realiza de su lugar de vivienda hacia el hospital donde recibe su tratamiento; éste estrés se ve potenciado cuando el paciente previo a su diagnóstico poseía deudas las cuales ya no puede cancelar por perder su empleo, además de adquirir nuevas deudas para poder costear su tratamiento, y los traslados más alimentación de su vivienda al hospital donde recibe los cuidados paliativos.

Al momento que el paciente pierde su empleo, la dinámica dentro del núcleo familiar cambia para poderse adaptar a los nuevos cambios, cambiando roles socioculturales ya determinados por la sociedad, es decir el padre se vuelve dependiente de uno de sus hijos, quien tiene que abandonar sus estudios para poder hacer frente a la situación económica en su hogar, o si el paciente no posee hijos, la responsabilidad de éste cae en sus familiares más cercanos, siendo muchas veces sus padres, personas que se encuentran muchas veces en la tercera edad y que tiene que buscar un trabajo para poder suplir sus necesidades y las de su familiar, en último caso el paciente al no contar con la ayuda de su familia termina dependiendo de la voluntad

de personas altruistas las cuales no poseen un vínculo con él o dependiendo de la ayuda de instituciones públicas quien por la burocracia que mantiene dificultan muchas veces la atención del paciente.

Al final de la presente investigación el número de personas que se ven afectados por éste tipo de estrés, el estrés financiero es el 100% de las personas entrevistadas, no todas presentando el mismo nivel de estrés ya que no todas las personas encuestadas en éste estudio pertenecen al mismo estrato socioeconómico, o presentaban una situación financiera igual previo al diagnóstico de su enfermedad, pero si se pudo constatar que el poseer un diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada o estar en tratamiento por una enfermedad oncológica avanzada genera problemas económicos en la población en general, lo cual somete a un sufrimiento económico al paciente y a las personas cercanas a ellos.

Conclusión.

Tomando en cuenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en éste estudio, puede concluirse lo siguiente con base en los objetivos.

1. Que una vez tabulados los datos obtenidos en la investigación, se pudo comprobar que el factor financiero en los pacientes que poseen un diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada o que se encuentra en tratamiento de estas, genera un estrés en el total de los pacientes encuestados, el cual a través de las escalas visuales análogas (EVAS) se puede observar que no es igual para toda la población, siendo esto por factores como: situación económica previa al diagnóstico, clase social a la cual se pertenece, ahorros previos al diagnóstico, etc. Pero que siempre está presente en las personas con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada y/o en tratamiento de ésta, el cual no recibe mucha importancia por parte del personal de salud que se encuentra en contacto con estos pacientes, por lo que muchas veces éste tema es ignorado u omitido en los cuidados paliativos que recibe el paciente.
2. Se encontró que la principal causa de estrés financiero en los pacientes es la pérdida de su empleo luego de conocer que posee un diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada, por lo que deja de percibir ingresos económicos para él y su núcleo familiar, lo que lo obliga a adquirir deudas para poder solventar los gastos de la familia y los gastos generados por su enfermedad, tratamiento y traslados y alimentación al hospital para recibir su atención en cuidados paliativos, al poseer el estrés financiero, se ve limitada la atención en cuidados paliativos ya que muchas veces este tema es pasado por alto.
3. El factor financiero está relacionado con el estrato económico al cual el paciente pertenece, además del área geográfica en la que el paciente resida ya

que ésta influye en la distancia del hogar hacia el hospital para poder recibir el tratamiento o los cuidados médicos competentes, lo que genera gastos que no sé encuentran contemplados en el presupuesto familiar previo a su diagnóstico. Otro de los factores que influye son las deudas que el paciente posee previo al diagnóstico lo cual puede generar que algún familiar de éste tenga que hacerse cargo de éstas deudas y de los gastos del paciente, ya sean estos personales, por la enfermedad o por el tratamiento.

4. El total de pacientes entrevistados en este estudio presentan un grado de estrés financiero, el cual agrava el diagnóstico de una enfermedad oncológica avanzada, ya que genera una doble preocupación en el paciente como en su núcleo familiar, dependiendo del estilo de vida que el paciente ha llevado previo a su diagnóstico así es el nivel de estrés financiero que éste posee, es decir que el estrés financiero se ve agravado, por la condición social del paciente y de su familia, de si poseía deudas previas a su diagnóstico, o de si adquiere una deuda para poder costear los gastos de su enfermedad y/o tratamiento, además se observa que mientras más grande sea el núcleo familiar se genera mayor estrés en el paciente ya que esto representa más gastos que cubrir.

Recomendaciones.

Ministerio de salud.

Crear políticas que ayuden a la formación de clínicas especializadas en el manejo de pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada, teniendo como base los cuidados paliativos.

Además de exhortamos al ministerio a firmar la carta de los derechos del adulto mayor, en la cual se contemplan los cuidados paliativos para pacientes oncológicos, ya que éste tipo de pacientes se encuentran al alza en nuestro país.

Hospital Divina Providencia

Felicitar por la gran labor que se mantiene en dicho nosocomio, por ser la única institución en el país que se dedica de lleno a los cuidados paliativos, solo enfatizar en el manejo psicológico del paciente para ayudarlo con el estrés financiero ya que muchas veces éste tema es omitido.

Al personal médico.

Informarse más de los cuidados paliativos y sus usos en la medicina actual, ya que mucho profesional actualmente carece de éste conocimiento, además de actualizaciones continuas en cuidados paliativos y enfermedad oncológica avanzada.

Al paciente.

Que pueda acercarse al personal de salud, ya sea éste psicólogo, médico o enfermera, cuando sufra de algún estrés, para así el personal servir como guía para el paciente, y éste pueda dar solución a sus problemas.

Universidad de El Salvador.

Agregar al Curriculum de pregrado la cátedra de cuidados paliativos, ya que el médico hoy en día se ve en la necesidad de adquirir éste conocimiento debido al alza del diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada.

Impulsar la especialidad de cuidados paliativos en El Salvador.

Bibliografía

1. Altice CK, P. Banegas M, Tucker-Seeley RD. Financial Hardships Experienced by Cancer Survivors. JNCI J Natl Cancer Inst. 2016 October; 109(2).
2. OPS. Detener la epidemia mundial de las enfermedades crónicas. Manual de la OMS sobre enfermedades crónicas. 2006;; p. 5-13.
3. ECO. www.fundacioneco.es. [Online].; 2014 [cited 2017 10 09. Available from: www.fundacioneco.es>2014/04.
4. Centeno C, Gómez M, Nabal M, pascual A. Manual de medicina paliativa. primera edición ed. Alzate G, editor. Pamplona: EUNSA; 2009.
5. Secretaría de salud. Guía de practica clínica en cuidados paliativos México, D.F.: Centro nacional de excelencia Tecnológica en Salud; 2010.
6. American Psychological association. Families in the context of macroeconomic crisis. Journal of Family Psychology. 2016 enero; 30(6).
7. Holmes G, Kaufman B, Pink G. Predicting Financial Distress and Closure in Rural Hospitals. The Journal of rural Health. 2016 diciembre; 33(10).
8. Pereira I. Cuidados Paliativos, el abordaje de la atención en salud desde un enfoque de derechos humanos. Dejusticia. 2016 agosto ; 26(18).

ANEXOS:

Tabla 0. Clasificación de pacientes

Condición	Frecuencia
Hospitalizados	27
Ambulatorios	11
total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 1. Sexo

Sexo	Frecuencia
Femenino	30
Masculino	8
	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 2. Edad

Edad	Frecuencia
Menor de 20 años	2
20-30 años	4
30-40 años	5
40-50 años	4
Mayor de 50 años	23
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 3. Área geográfica.

Área geográfica	Frecuencia
Urbana	19
Rural	19
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 4. Estado civil.

Estado civil	Frecuencia
Casado	11
Soltero	13
Divorciado	1
Viudo	4
Unión libre	9
Separado	0
total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 5. Afinidad religiosa.

Afinidad Religiosa	Frecuencia
Cristiano protestante	17
Católico	17
Testigo de Jehová	1
Mormón	1
Otro:	2
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 6. Nivel educativo.

Nivel educativo	Frecuencia
Universitario	3
Bachiller	8
Primaria	2
Primaria sin finalizar	14
No posee grado académico	11
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 7. Diagnóstico.

Diagnóstico	Frecuencia
Leucemias	10
Carcinoma mama	7
Carcinoma de cérvix	8
Ca. Del tubo digestivo	5
Ca. De cabeza y cuello	2
Ca. De pulmón	1
Sarcoma	3
Ca. Páncreas	1
Mieloma múltiple	1
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 8. Tratamiento recibido previamente.

Tratamiento previo	Frecuencia
Hormonoterapia	1
Quimioterapia	24
Cirugía	8
Radioterapia	17
Otros	7
Total	57

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 9. Previo al diagnóstico de su enfermedad ¿contaba con un empleo?

Empleo previo a conocer diagnóstico	Frecuencia
Si	23
No	15
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 10. ¿En qué campo de trabajo se desempeña?

en que campo de trabajo se desempeñaba	frecuencia
agricultura y ganadería	2
servicios domésticos	2
educación	0
salud	0
comercio	13
comunicaciones	0

seguridad	1
otros	5
Total	23
Otros: servicios varios, construcción, informática	

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 11. Luego de su diagnóstico y tratamiento, ¿conservó su empleo?

luego de su diagnóstico conservó su empleo	frecuencia
si	4
no	19
Total	23

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 12. ¿Poseía ingresos económicos personales suficientes para suplir sus necesidades previamente al diagnóstico de la enfermedad?

Poseía ingresos económicos personales suficientes.	frecuencia
si	15
no	23
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 13. Antes de su diagnóstico, ¿era usted quien proveía únicamente a la economía de su familia?

antes de su diagnostico, usted proveía únicamente en su familia	frecuencia
si	20
no	18
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 14. ¿Compartía la responsabilidad económica en su casa?

compartía responsabilidad económica	frecuencia
si	18
no	20
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 15. ¿Algún miembro de su familia está a cargo del soporte financiero?

algún miembro de la familia está a cargo de la economía	frecuencia
si	26
no	12
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 16. ¿Hay personas que dependen de usted económicamente?

hay personas que dependan de Ud. económicamente	frecuencia
si	11
no	27
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 17. Si su respuesta es “si” ¿Cuántas?

si su respuesta es sí, cuantos	frecuencia
de 1 a 2	7
de 2 a 4	4
más de 4	0
Total	11

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 18. ¿Qué parentesco tiene con usted?

que parentesco tiene con Ud.	frecuencia
hijo	8
cónyuge	2
padres	1
otros	3
Total	14
Otros: nietos	

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 19. ¿Posee un apoyo económico externo a su familia?

posee un apoyo económico externo a su familia	frecuencia
parientes en el extranjero	11
iglesia	9
ONG	0
instituciones publicas	3
otros	6
ninguno	19
Total	48

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 20. ¿Previo a su diagnóstico poseía deudas?

previo al diagnóstico, poseía deudas	frecuencia
si	13
no	25
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 21. Actualmente, ¿se encuentra en deudas?

actualmente posee deudas	frecuencia
si	12
no	26
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 22. ¿Ha adquirido deuda durante el proceso de la enfermedad?

ha adquirido deudas durante su enfermedad	Frecuencia
si	14
no	24
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 23. ¿A qué razón las adjudica?

a qué razón las adjudica	Frecuencia
a la enfermedad propiamente	4
al tratamiento	1
a los traslados y alimentación	6
a la necesidad de los servicios de salud profesionales	3
gastos familiares	1
Total	15

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 24. ¿Actualmente cuáles son sus principales egresos?

principales egresos	Frecuencia
por la enfermedad	18
gastos familiares	9
tratamientos	17
traslados y alimentación	27
deudas previas	3
Total	74

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 25. Agobio personal por la situación económica.

Agobio personal	Frecuencia
eva 0	2
eva 1	2
eva 2	2
eva 3	2
eva 4	3
eva 5	5
eva 6	5
eva 7	7
eva 8	5
eva 9	1
eva 10	4
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 26. Bienestar relacionado con su situación económica.

Bienestar	Frecuencia
eva 0	3
eva 1	1
eva 2	1
eva 3	2
eva 4	4
eva 5	7
eva 6	6
eva 7	5
eva 8	3
eva 9	2
eva 10	4
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 27. Calidad de vida relacionada con la situación económica.

Calidad de vida	Frecuencia
eva 0	3
eva 1	3
eva 2	2
eva 3	1
eva 4	1
eva 5	5
eva 6	8
eva 7	5
eva 8	5
eva 9	2
eva 10	3
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio.

Tabla 28. Calidad de cuidados que percibe relacionado con su situación económica.

Calidad de cuidados	Frecuencia
eva 0	14
eva1	7
eva 2	7
eva 3	4
eva 4	3
eva 5	1
eva 6	1
eva 7	0
eva 8	1
eva 9	0
eva 10	0
Total	38

Fuente: guía de entrevista estructurada dirigida a la población de estudio

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Encuesta No. _____

Nombre del estudio: *“Estrés financiero como causa de sufrimiento en pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada, que recibe atención paliativa en Hospital Divina Providencia”*.

Paciente Ambulatorio *Paciente Hospitalizado*

Indicación: Responda las siguientes preguntas

1. Sexo.
 - a. Masculino.
 - b. Femenino.

2. Edad
 - a. 20 a 30.
 - b. 30 a 40.
 - c. 40 a 50.
 - d. Mayor de 50.

3. Área geográfica:
 - a. Urbana
 - b. Rural

4. Estado Civil:
 - a. Casado.
 - b. Soltero.
 - c. Divorciado.
 - d. Viudo.
 - e. En unión libre.
 - f. Separado.

5. Afinidad religiosa.

- a. Cristiano protestante.
- b. Católico.
- c. Testigo de Jehová.
- d. Mormón.
- e. Otro.

6. Nivel educativo.

- a. Universitario.
- b. Bachiller.
- c. Primaria.
- d. Primaria sin finalizar.
- e. No posee nivel educativo.

7. Diagnóstico.

8. Tratamiento recibido previamente.

- a. Hormonoterapia
 - b. Quimioterapia
 - c. Cirugía
 - d. Radioterapia
 - e. Otros:
¿Cuáles?
-

9. Previo al diagnóstico de su enfermedad, ¿contaba con un empleo?

- a. Si
- b. No (Si su respuesta es “NO”, omita la pregunta No.10)

10. ¿En qué campo de trabajo se desempeñaba?

- a. Agricultura y ganadería
 - b. Servicios domésticos
 - c. Educación
 - d. Salud
 - e. Comercio
 - f. Comunicaciones
 - g. Seguridad
 - h. Otros
- ¿Cuáles?

11. Luego de su diagnóstico y tratamiento, ¿conservó su empleo?

- a. Si
- b. No

12. ¿Poseía ingresos económicos personales suficientes para suplir sus necesidades previamente al diagnóstico de la enfermedad?

- a. Si
- b. No

13. Antes de su diagnóstico, ¿Era usted quién proveía únicamente a la economía de su familia?

- a. Si
- b. No

14. ¿Compartía la responsabilidad económica en su casa?

- a. Si
- b. No

15. ¿Algún miembro de su familia está a cargo del soporte financiero?

- a. Si
- b. No

- ¿La respuesta es Si, quien?: _____

16. ¿Hay personas que dependen de usted económicamente?

- a. Si
- b. No

17. Si su respuesta es “sí”; ¿Cuántas?

- a. De 1 a 2 personas
- b. De 2 a 4 personas
- c. Más de 4 personas

18. ¿Qué parentesco tienen con usted? (puede marcar más de una opción)

- a. Hijo (a)/s
- b. Cónyuge
- c. Padre/s
- d. Otros

¿Cuáles?

19. ¿Posee un apoyo económico externo a su familia?

- a. Parientes en el extranjero
- b. Iglesia
- c. ONG's
- d. Instituciones públicas
- e. Otros

¿Cuáles?

20. ¿Previo a su diagnóstico, poseía deudas?

- a. Si
- b. No

21. Actualmente, ¿se encuentra con deudas?

- a. Si
- b. No

22. ¿Ha adquirido deudas durante el proceso de la enfermedad?

- a. Si
- b. No

23. ¿A qué razón las adjudica? (puede marcar más de una opción)

- a. A la enfermedad propiamente
- b. Al tratamiento
- c. A los Traslados y alimentación
- d. A la necesidad de servicios de salud profesionales
- e. Gastos familiares

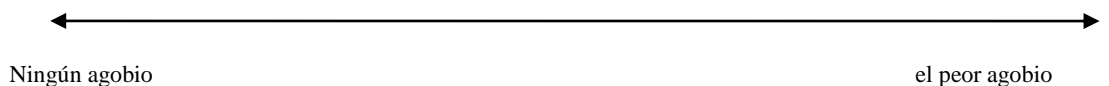
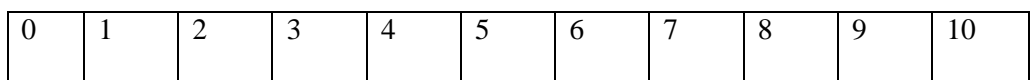
24. ¿Actualmente cuáles son sus principales egresos? (puede marcar más de una opción)

- a. Por la enfermedad
- b. A razón de gastos familiares
- c. A tratamientos
- d. Traslados/alimentación desde su casa hacia centros de salud y viceversa
- e. Deudas previas

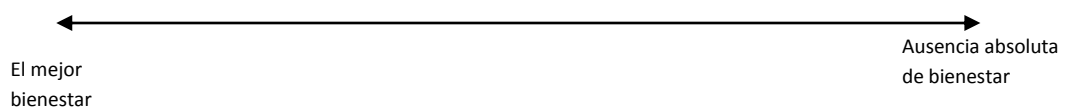
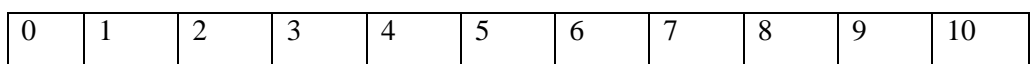
25. Según la Escala visual análoga (Escala del 0 al 10; donde cero es la mejor evaluación positiva de la característica que se le consulta, y 10 es su ausencia.)

¿Cómo califica?

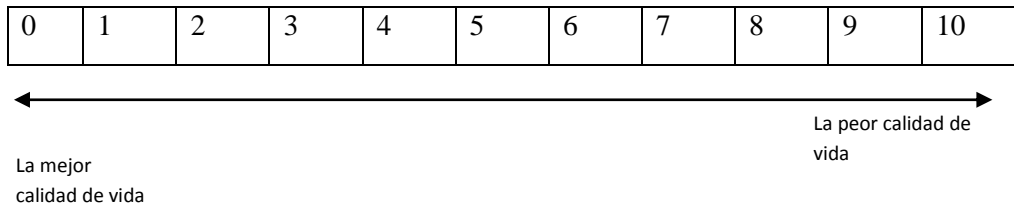
- Agobio personal por la situación económica.



- Su Bienestar relacionado con su situación económica:



- Su Calidad de Vida relacionado con su situación económica:



- La Calidad de cuidados que percibe relacionado con su situación económica:

