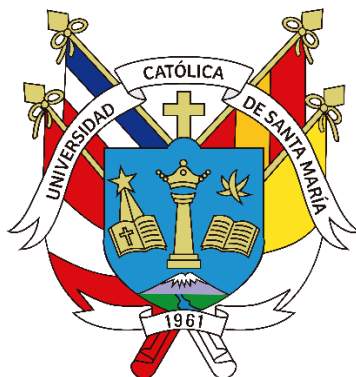


Universidad Católica de Santa María
Escuela de Postgrado
Maestría en Salud Pública



**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL DEL DOLOR EN
PACIENTES CON CÁNCER. INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA, 2016.**

**Tesis presentada por la Bachiller
Polar Cáceres, María del Pilar
Para optar el Grado Académico de:
Maestro en Salud Pública**

**Asesor:
Mg. Vargas Berrios, Fernando Segundo**

**Arequipa – Perú
2023**

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 22 de Abril del 2022

Dictamen: 003952-C-EPG-2022

Visto el borrador del expediente 003952, presentado por:

2011005052 - POLAR CACERES MARIA DEL PILAR

Titulado:

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES CON CANCER.
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR. AREQUIPA 2016**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**0291 - TEJADA PRADELL HUGO EDILBERTO
DICTAMINADOR**

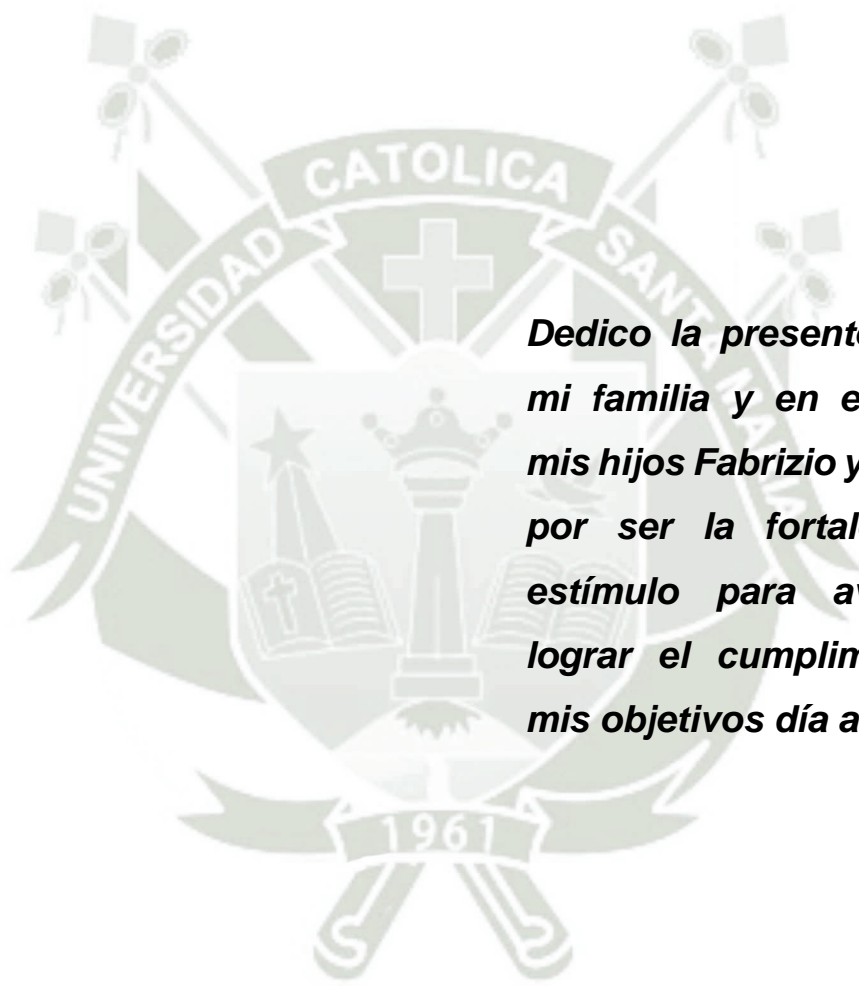


**0955 - ESCOBEDO VARGAS JANNET MARIA
DICTAMINADOR**



**6245 - AZALGARA LAZO PATRICIO GONZALO
DICTAMINADOR**





Dedico la presente Tesis a mi familia y en especial a mis hijos Fabrizio y Angelina por ser la fortaleza y el estímulo para avanzar y lograr el cumplimiento de mis objetivos día a día.

Agradezco a Dios por haberme permitido lograr la culminación de esta etapa de mi proceso de aprendizaje.

Agradezco a mis padres por haber dado todo de ellos para brindarme su apoyo en mi objetivo de seguir avanzando como profesional.

Agradezco a mis profesores por cada uno de sus conocimientos brindados que han permitido mi crecimiento profesional.

RESUMEN

Objetivo: Establecer los factores demográficos, clínicos y psicosociales que influyen en el control del dolor en pacientes con cáncer atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur durante el periodo de enero a agosto del año 2016.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de campo, tipo descriptivo, correlacional, de corte longitudinal. Las técnicas empleadas fueron la encuesta y la observación documental. Se aplicaron dos instrumentos, la guía de entrevista para establecer los factores personales y los factores clínicos. Para reconocer la presencia de ansiedad y/o depresión se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). Para evaluar el dolor, el instrumento fue la Guía de Observación de datos. La población de estudio estuvo conformada por 50 pacientes que cumplieran los criterios de inclusión.

Resultados: La edad promedio fue de 48,88 años. Más de la mitad de pacientes fueron de género femenino. La mitad de pacientes tienen instrucción secundaria. Los tipos de cánceres más frecuentes son el de mama y colon. El 40% de pacientes presenta el cáncer avanzado localmente y el 24% presenta metástasis. El 78% presenta depresión; 70% presenta ansiedad; 50% presenta dificultades para dormir; el 86% evita realizar las actividades que realizaba antes de enfermar. El control del dolor en pacientes con cáncer muestra que la intensidad del mismo es alta en el 70% de casos. Con el tratamiento el 46% reporta disminución de la intensidad del dolor. El único factor clínico que influye en el control del dolor es el estadio de la enfermedad. Los factores psicosociales que influyen en el control del dolor en pacientes con cáncer son la ansiedad, las dificultades para dormir y la evitación de actividades.

Conclusiones: Los factores demográficos no influyen en el control del dolor, el único factor clínico que si influye de forma significativa es el estadio de la enfermedad.

Palabras clave: dolor, cáncer, factores demográficos, clínicos, psicosociales.

ABSTRACT

Objective: To establish the demographic, clinical and psychosocial factors that influence pain control in cancer patients treated at the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the South during period from January to August 2016.

Material and Methods: An descriptive, correlational, longitudinal study was carried out. The techniques used were the survey and documentary observation. Two instruments were applied, the interview guide to establish personal factors and clinical factors. To recognize the presence of anxiety and / or depression, the Goldberg Anxiety and Depression Scale (EADG) was used. To assess pain, the instrument was the Data Observation Guide. The study population consisted of 50 patients who met the inclusion criteria.

Results: The average age was 48.88 years. More than half of the patients were female. Half of the patients have secondary education. The most common types of cancers are breast and colon. 40% of patients present locally advanced cancer and 24% present metastasis. 78% have depression; 70% present anxiety; 50% have difficulty sleeping; 86% avoid doing the activities they did before getting sick. Pain control in cancer patients shows that its intensity is high in 70% of cases. With treatment, 46% report a decrease in pain intensity. The only clinical factor that influences pain control is the stage of the disease. Psychosocial factors that influence pain control in cancer patients are anxiety, difficulty sleeping, and avoidance of activities.

Conclusions: Demographic factors do not influence pain control, the only clinical factor that does influence significantly is the stage of the disease.

Key words: pain, cancer, demographic, clinical, psychosocial factors.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	01
1. Problema de Investigación	03
2. Objetivos	06
3. Hipótesis	07
CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL	08
1. Base teorica	
1.1. Factores que influyen en el control del dolor	08
1.1.1. Factores demográficos	08
1.1.2. Factores clínicos	10
1.1.3. Factores psicosociales	21
1.2. El dolor	28
2. Análisis De Antecedentes Investigativos	35
2.1 Internacionales	35
2.2. Nacionales	36
2.3. Locales	37
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	38
1. Técnicas e instrumentos	38
2. Campo de verificación	39
3. Estrategia de recolección de datos	41
3.1. Organización	41
3.2. Análisis estadístico	41
3.3. Principios éticos	42
3.4. Recursos	43
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
1.1. Presentación de resultados	45
1.2. Discusión	59
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	69
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	pág.
Tabla N° 1 Pacientes con cáncer según edad por género. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2016.....	44
Tabla N° 2 Pacientes con cáncer según nivel de instrucción. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2016.....	45
Tabla N° 3 Pacientes con cáncer según tipo de cáncer. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2016.....	46
Tabla N° 4 Pacientes con cáncer según estadio de la enfermedad. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2016.....	47
Tabla N° 5 Pacientes con cáncer según tipo de tratamiento recibido. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2016.....	48
Tabla N° 6 Pacientes con cáncer según presencia de depresión. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2016.....	49
Tabla N° 7 Pacientes con cáncer según presencia de ansiedad. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2016.....	50
Tabla N° 8 Pacientes con cáncer según dificultades para dormir. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2016.....	51
Tabla n° 9 Pacientes con cáncer según evitación de actividades cotidianas sociales, físicas y de recreación. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2016.....	52
Tabla n° 10 Pacientes con cáncer según intensidad del dolor. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2016.....	53
Tabla n° 11 Pacientes con cáncer según tratamientos empleados para aliviar el dolor. Instituto	

	Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2016.....	54
Tabla nº 12	Pacientes con cáncer según grado de alivio del dolor. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2016.....	55
Tabla nº 13	Factores demográficos, clínicos y psicosociales que influyen en el control del dolor en pacientes Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2016.....	56



INTRODUCCIÓN

“Cáncer” es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de “tumores malignos” o “neoplasias malignas”. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer¹.

En los últimos años, se viene produciendo a nivel mundial, nacional, regional y local un aumento importante en la prevalencia e incidencia de los diversos tipos de cáncer tanto en varones como en mujeres. El cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13% del total) ocurridas en todo el mundo en 2010. Los principales tipos de cáncer, de acuerdo a la mortalidad que causan son el cáncer de pulmón, cáncer gástrico, cáncer de hígado, cáncer colorrectal, cáncer de mama y el cervicouterino².

Los factores de riesgo más importantes en el mundo, para el desarrollo de los principales tipos de cáncer son: el consumo de tabaco y alcohol, la dieta inadecuada con alto contenido de carbohidratos simples, azúcar refinada, carnes rojas, alimentos salados y ahumados, alimentos cocidos a la parrilla, dieta rica en grasas y pobres en verduras y frutas y la inactividad física. Las infecciones crónicas por virus de la hepatitis B (VHB), virus de la hepatitis C (VHC) y algunos tipos de virus Papiloma Humano (PVH) son factores de riesgo destacados en los países de ingresos bajos y medianos. El cáncer cervicouterino, causado por virus Papiloma Humano (PVH), es una de las principales causas de defunción por cáncer en las mujeres de países de ingresos bajos³.

El cáncer en sus estadios avanzados está asociado a un estado consuntivo del paciente, además de episodios de dolor, que muchas veces son muy difíciles de tratar y que afectan profundamente la calidad de vida del paciente.

Se ha podido observar que en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN Sur), la ciudad de Arequipa no es ajena a la realidad nacional, ya que diariamente son atendidos un número importante de pacientes con diagnóstico de cáncer, así como también, diariamente se diagnostican casos nuevos de la enfermedad, en sus diferentes localizaciones.

Resulta penoso, como profesional de la salud, el observar que un porcentaje muy importante de los pacientes diagnosticados se encuentran en estadios avanzados de la enfermedad, lo que supone, mayor compromiso no sólo sistémico debido a la presencia de metástasis, necesidad de recibir tratamientos agresivos sino paliativos por la presencia del síntoma del dolor y mala calidad de vida.

En este contexto, el dolor es un problema común en pacientes a quienes se diagnostica cáncer y en supervivientes de cáncer. El dolor provocado por el cáncer representa un desafío por varios motivos, en primer lugar, para muchos pacientes con cáncer, la aparición de dolor puede generar preocupación por el avance de la enfermedad. En segundo lugar, si bien a menudo se cree que el dolor provocado por el cáncer se relaciona con factores biológicos (por ejemplo: progresión e invasión tumoral o tratamientos relacionados con el cáncer), con frecuencia persiste durante mucho tiempo después de que se cree que los pacientes presentan remisión del cáncer, también está asociado a la presencia de ansiedad y depresión debido al diagnóstico de la enfermedad.²

En el hospital, algunos de nuestros pacientes en estadios avanzados de diferentes tipos de cáncer, en los que el dolor es intenso, parecen tener mejor tolerancia al mismo, mientras que otros incluso con estadios no tan avanzados no toleran el dolor, y, es muy difícil para los profesionales poder controlar el dolor que les aqueja.

Por estas observaciones surgió la motivación para desarrollar este estudio, porque se considera que existen factores de diversa índole que pueden influir en el alivio del dolor de los pacientes con cáncer.

1. Problema de Investigación

Factores que influyen en el control del dolor en pacientes con cáncer. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2016.

1.1. Interrogantes básicas:

- a. ¿Los factores demográficos, clínicos y psicosociales actúan de manera independiente o conjunta en determinar que el paciente presente el dolor como síntoma que acompaña a la enfermedad?
- b. ¿Los factores demográficos como la edad y el género influyen de forma significativa en el dolor del paciente con cáncer?
- c. ¿Los factores clínicos como tipo de cáncer, estadio de la enfermedad y el tratamiento influyen de forma significativa en el dolor del paciente con cáncer?
- d. ¿Los factores psicosociales como la depresión y ansiedad influyen de forma significativa en el paciente con cáncer atendido en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur dificultando el control del dolor?

1.2. Descripción del problema:

1.2.1. Campo, Área y línea de acción:

- A. Campo: Ciencias de la salud.
- b. Área: Salud pública.
- c. Línea: Evaluación del impacto y resultados en salud.

1.3. Análisis de variables:

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<p>Variable Independiente:</p> <p>Factores que influyen en el control del dolor</p> <p>Son todas aquellas situaciones o características del paciente y de la enfermedad que afectan el</p>	<p>1. Demográficos:</p> <p>Edad</p> <p>Género</p>	Entrevista	Guía de entrevista

<p>grado en que éste percibe el dolor.</p>	<p>Nivel de instrucción</p> <p>2. Clínicos</p> <p>Tipo de cáncer</p> <p>Estadio de la enfermedad según progresión de la misma</p> <p>Tipo de tratamiento recibido</p> <p>3. Factores psicosociales:</p> <p>Depresión</p> <p>Ansiedad</p> <p>Desorden del sueño</p> <p>Evitación de actividades cotidianas sociales, físicas y de recreación</p>	<p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p>	<p>Guía de entrevista</p> <p>Guía de entrevista</p>
<p>Variable Dependiente:</p> <p>Control del dolor</p> <p>Es el grado de dolor que experimentan los pacientes con cáncer y la medida en que este dolor puede ser aliviado con el tratamiento indicado para tal fin.</p>	<p>1. Intensidad del dolor según la Escala Visual Análoga</p> <p>2. Tratamientos empleados para aliviarlo</p> <p>3. Grado de alivio del dolor</p>	<p>Observación documental</p>	<p>Guía de observación</p>

1.3.2. Tipo y nivel de Investigación:

Tipo de Investigación: Es de campo.

Nivel de investigación: Estudio descriptivo, relacional y de corte longitudinal.

1.4. Justificación:

Es de **mayor importancia**, porque el problema del avance del cáncer, ha ocasionado que sea el primer problema de salud pública en relación al aumento en la incidencia y prevalencia del mismo, además porque genera un impacto profundo en la sociedad debido a la mortalidad asociada, los gastos para los pacientes, sus familias, la sociedad y el Estado, la afectación de la calidad de vida de los pacientes y sus familias, entre otros¹.

Es de actualidad, porque al existir un incremento en el número de casos de cáncer, que conlleva a muchos síntomas, teniendo al dolor como uno de los síntomas que los pacientes oncológicos presentan de forma más frecuente, y debido a ello, muchos pacientes acuden a la consulta externa o incluso requieren hospitalización para poder controlarlo de forma eficiente, este síntoma, es intenso, crónico e incapacitante en la mayoría de pacientes que presentan estadios avanzados del cáncer. Es por ello, que se requiere de un manejo integral e individualizado de cada caso, para lo cual, se precisa tener un conocimiento minucioso de cada paciente, su entorno familiar, la integridad física, aspectos de su salud mental, así también de los factores ambientales, laborales que les afectan y valorar el grado de ansiedad, depresión e insomnio, porque todos ellos pueden ser factores que contribuyen a agravar el dolor o evitar el control adecuado del mismo.⁴

Este estudio es pertinente, porque es necesario considerar que los pacientes con cáncer, presentan un mayor riesgo de alteraciones emocionales, psicosociales y complicaciones médicas derivadas de la propia enfermedad o sus diversas modalidades de tratamiento que pueden condicionar el dolor, entorpeciendo su calidad de vida. Por ello, nuestro rol como profesionales será el mejorar nuestro

conocimiento del paciente en relación a los factores que influyen en el control del dolor, lo que será fundamental para tratarlos y evitar que en el futuro requieran atención más especializada, o en su defecto, que fallezcan sin haber logrado siquiera tener un grado de dolor aceptable.

Es trascendente en la medida que se está produciendo un aumento importante en la tasa de prevalencia del cáncer Arequipa, es decir, que hay un número de personas que conviven con el cáncer, ya sea, que este se encuentre controlado o que sea de manejo paliativo, lo que nos muestra una realidad social que merece ser atendida.

Motiva, porque este tema aún no ha sido abordado en el campo de verificación elegido.

Tiene **relevancia científica** porque fundamentalmente a través de la realización del estudio se podrá contribuir a mejorar el control del dolor de los pacientes oncológicos y se logrará brindar una mejor calidad de vida a los mismos.

OBJETIVOS

Objetivo general

Establecer los factores demográficos, clínicos y psicosociales que influyen en el control del dolor en pacientes con cáncer atendido en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur durante el periodo de enero a junio del 2016.

Objetivos específicos

Precisar las características demográficas, clínicas y psicosociales de los pacientes con cáncer atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Determinar cómo es el control del dolor en pacientes con cáncer atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

HIPÓTESIS

Dado que los pacientes con cáncer presentan diversos factores demográficos, clínicos y psicosociales que actúan de manera independiente o conjunta pueden determinar que el paciente presente el dolor como síntoma que acompaña a la enfermedad; Es probable que los factores demográficos como la edad y el género; los factores clínicos como tipo de cáncer, estadio de la enfermedad y los factores psicosociales como la depresión y ansiedad influyan de forma significativa en el paciente con cáncer atendido en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur dificultando el control del dolor.



CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL

1. BASE TEORICA

1.1. Factores que influyen en el control del dolor

1.1.1. Factores demográficos

Son aquellos factores que estudian las características demográficas, es decir estudian las poblaciones humanas en términos de tamaño, densidad, ubicación, edad, sexo, raza, ocupación, instrucción y otros datos estadísticos⁴. En el estudio se incluyen:

a. Edad

Es el número de años que tiene la persona contados desde la fecha de nacimiento. En el caso de los cánceres que se atienden en el IREN Sur, la mayoría de pacientes tienen edades comprendidas entre la cuarta y octava década de vida.

b. Género

El término género hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres. El término distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social de los determinados biológicamente. A diferencia del sexo biológico, los roles de género, los comportamientos y relaciones entre hombres y mujeres (relaciones de género) pueden cambiar con el tiempo, incluso si ciertos aspectos de estos roles derivan de las diferencias biológicas entre los sexos².

Según el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana en el periodo 2013 – 2017, se registró 64.243 casos nuevos de cáncer (60.710 invasivos y 3.533 in situ) en el área de Lima Metropolitana. Los casos nuevos de cáncer invasivo estuvieron conformados por 27.845 en hombres y 32.865 en mujeres, es decir, 45,9% y 54,1%

respectivamente. La tasa de incidencia para todas las localizaciones, considerando ambos sexos, ha sido de 216,9 por 100.000 habitantes. En hombres la tasa de incidencia fue de 221,2 por 100.000 hombres mientras que en mujeres fue de 217,2 por 100.000 mujeres⁶. Estas incidencias demuestran que existen diferencias por género de acuerdo al tipo de cáncer. En las mujeres, el cáncer de mama y cuello uterino son los más frecuentes, en el varón, el cáncer de próstata. En ambos sexos, se tienen el cáncer de estómago, aunque éste tiene preponderancia en el sexo masculino, el cáncer de colon es más frecuente en varones, al igual que el cáncer de pulmón y las leucemias⁶.

c. Nivel de instrucción

Se entiende por nivel de instrucción de una persona el que corresponde al grado más avanzado terminado y/o al último año de estudios cursado o terminado a que haya llegado esa persona en el sistema de enseñanza ordinario, especial y de adultos de su Estado o de otro Estado. El Estado Peruano considera los siguientes niveles de instrucción:

- Ninguno: corresponde a las personas que no han realizado ningún estudio, o en su defecto no han concluido la primaria.
- Primaria: Incluye a las personas que han culminado los seis años de primaria.
- Secundaria: Incluye a las personas que han concluido los cinco años de la educación secundaria.
- Superior: Incluye a las personas que han realizado estudios superiores tanto de nivel técnico o universitario y los han concluido⁷.

Algunos tipos de cánceres se relacionan con el bajo nivel de instrucción, pero debido fundamentalmente a que la baja escolaridad origina barreras de acceso a los servicios de salud que le permitan un diagnóstico precoz de la enfermedad. Según refiere la Dirección de Control del Cáncer del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, el bajo nivel de instrucción es un factor que se asocia en gran medida a la pobreza, y esta también condiciona que los casos de cáncer se detecten de forma tardía, porque existen dificultades de acceso a los servicios de salud, así como una cultura de

prevención diferente, y una fuerte influencia de estilos de vida poco saludables, todos los cuales resultan del bajo nivel educativo ⁶.

1.1.2. Factores clínicos

Son aquellos derivados a partir del cáncer que presenta la persona, se han incluido los siguientes:

a. Tipo de cáncer

Se ha considerado de acuerdo a los tipos de cánceres más frecuentes en pacientes atendidos en el IREN Sur, entre estos se tiene:

Cáncer de cuello uterino

Definición

Es una enfermedad por la que se forman células malignas en los tejidos del cuello uterino. El cáncer de cuello uterino por lo general evoluciona lentamente con el paso del tiempo. Antes de que el cáncer aparezca en el cuello uterino, las células del cuello uterino atraviesan cambios llamados displasias por los que empiezan a aparecer en el tejido del cuello del útero células que no son normales. Luego, las células cancerosas comienzan a crecer y diseminarse más profundamente en el cuello uterino y las áreas cercanas⁸.

Epidemiología

Aunque el cáncer invasivo de cuello uterino es una enfermedad potencialmente prevenible sigue siendo un problema de salud pública debido a que afecta con una frecuencia desproporcionada a los países menos desarrollados (83,1% de casos y 85,5% de muertes). Globalmente, esta entidad se diagnostica a 490.000 mujeres y causa 273.000 muertes anuales. En el Perú, la Tasa cruda de Incidencia de este tipo de cáncer es de 40,4% y la Tasa de Mortalidad es de 19,9%⁶.

La causa del cáncer de cuello uterino es la infección por el Virus del Papiloma Humano, los virus del papiloma humano (VPH) de alto (tipos 16 y 18) y de mediano riesgo (tipos 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 59) cumplen con los criterios de causalidad. Los de alto riesgo fueron reclasificados como carcinogénicos aunque se sugirió incluir también a los de mediano riesgo y a los tipos 68, 73 y 82 y denominar a los tipos 26, 53 y 66 como probablemente carcinogénicos. Los niveles elevados de material genético del VPH tienen alto valor predictivo en la progresión de la enfermedad. El riesgo de neoplasia cervical es proporcional al número de infecciones por VPH y existe una curva dosis-respuesta que muestra que sólo la exposición persistente a la infección puede producir carcinogénesis⁶.

Dentro del grupo de factores directos se encuentran el tabaquismo, la influencia hormonal, la infección por *Chlamydia trachomatis*, el tipo de HLA, la inmunosupresión y la susceptibilidad genética. Los carcinógenos del tabaco pueden encontrarse en el moco cervical de las mujeres fumadoras y, por tanto, el consumo de tabaco es una variable obligatoria en los estudios de causalidad². La asociación entre el uso de contraceptivos orales y el carcinoma cervical no es consistente y pierde significación cuando se ajusta por la presencia de infección por VPH. La *C. trachomatis* actuaría como cofactor del VPH considerándose de alto riesgo a sus tipos I, D y G. La dieta y la actividad física no han mostrado asociación causal².

El carcinoma del cuello uterino es infrecuente en mujeres de menos de 30 años, rarísimo antes de los 20 años y desciende a partir de los 60 años, sin embargo, puede aparecer a cualquier edad; con el inicio más precoz de la actividad sexual se está detectándose antes de los 20 años. La incidencia más elevada del cáncer del cuello uterino está entre los 40 a 60 años; promedio: 45 a 55 años; desciende notablemente después de los 60 años. La máxima incidencia del carcinoma cervical in situ está entre los 30 a 40 años y el invasivo entre los 40 años a 50 años. Se ha reportado que la edad promedio de la displasia es de 34 años, in situ 41 años e invasivo 48 años y de la neoplasia intraepitelial 30 años. Los factores indirectos más frecuentemente estudiados son el inicio temprano de la actividad sexual, el número de compañeros sexuales, el tener un compañero sexual de alto riesgo, el antecedente de

enfermedades sexualmente transmitidas, la multiparidad, el estado civil, la pobreza y el antecedente de citología anormal⁹.

Cáncer de mama

Definición

“El cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama. El cáncer de mama humano es una enfermedad clonal; una célula individual transformada (el producto de una serie de mutaciones somáticas adquiridas o de línea germinal) acaba por alcanzar la capacidad para expresar su potencial maligno completo. En consecuencia, el cáncer de mama puede existir por un período largo como enfermedad no invasora o una enfermedad invasora”⁹.

Epidemiología

Según la Sociedad Americana Contra El Cáncer para el año 2018 acerca de este cáncer en los Estados Unidos son alrededor de 273,400 nuevos casos de cáncer de mama invasivo, 61,000 nuevos casos de carcinoma in situ (CIS) que serán diagnosticados en mujeres de este país y aproximadamente y unas 40,450 mujeres morirán por esta enfermedad¹⁰.

Estadísticas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)¹¹, en Perú la incidencia promedio de cáncer de mama es de 34 casos por 100,000 habitantes o de 9%, sin embargo en las ciudades de mayor incidencia como Lima, Arequipa y Trujillo, se estarían presentando entre 100 y 120 casos por 100,000 habitantes, diariamente se detectan 12 nuevos casos y una mortalidad diaria de 4 mujeres afectadas por la enfermedad, que son cifras alarmantes porque tasas similares se observan en Nueva York o Chicago ciudades reconocidas a nivel mundial por tener las mayores incidencias de la enfermedad, ocupando el segundo lugar de las causas de mortalidad a nivel nacional y se estima que el 75% de los casos se diagnostican en etapa avanzada y principalmente en Lima. ¹²

Un estudio realizado en el INEN, citado por Velarde, señala que es alarmante que el 18% de casos de cáncer de mama se estén presentando en mujeres menores de 40 años¹². En Arequipa, el cáncer de mama, presentó una incidencia de 10,1% en el período comprendido entre los años 2011 – 2017 ¹².

Factores de riesgo

Algunos factores que aumentan el riesgo de cáncer de mama son⁹:

- Envejecimiento.
- Menarquia a edad muy temprana.
- Menopausia tardía.
- Tener el primer hijo a edad avanzada.
- Mujeres que no tuvieron hijos.
- No haber dado de lactar.
- Tener antecedentes personales de cáncer de mama o de otras enfermedades mamarias no cancerosas.
- Tener antecedentes familiares de cáncer de mama (madre, abuela, hermana, hija).
- Haber recibido algún tipo de radioterapia en el tórax o la mama.
- Tener sobrepeso (aumenta el riesgo de cáncer de mama después de la menopausia).
- Uso prolongado de la terapia de reemplazo hormonal (combinación de estrógeno y progesterona).
- Alteraciones de los genes vinculados al cáncer de mama, los genes BRCA1 o BRCA2.
- Tomar anticonceptivos orales.
- Consumir bebidas alcohólicas (más de un vaso al día).
- No hacer ejercicio regularmente.
- Dieta rica en grasa
- Patologías benignas que incrementan el riesgo de cáncer de mama o lesiones precursoras (hiperplasia atípica).⁹

Signos y síntomas

En las mujeres asintomáticas, mediante la mamografía se pueden detectar los cambios microscópicos sugestivos del cáncer de mama, como una masa pequeña e irregular, microcalcificaciones, engrosamiento de la piel, distorsión de las estructuras ductales o ligamentarias, o densidad asimétrica. Las masas palpables también pueden tener estas características, a menudo con espículas periféricas y con retracción del pezón o de la piel cuando está fijo a las estructuras subyacentes. Los signos y síntomas más frecuentes al momento de la presentación de la enfermedad son los siguientes:

- Masa., sobre todo si es dura, irregular y asintomática, o endurecimiento en la mama o en la axila.
- Secreción espontánea, persistente unilateral del pezón, de carácter serohemático o seroso.
- Retracción o inversión del pezón.
- Cambio en el tamaño, la forma o la textura de la mama (asimetría).
- Depresiones o rugosidades en la piel.
- Piel escamosa alrededor del pezón.⁹

Los síntomas de propagación local o regional incluyen:

- Enrojecimiento.
- Ulceraciones, edema o dilataciones venosas.
- Piel de naranja.
- Aumento del tamaño de los ganglios linfáticos axilares.⁹

Según De Vita, Lawrence y Rosengberg, la evidencia de enfermedad metastásica incluye:

- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos en el área cervical supraclavicular.
- Anomalías en la radiografía torácica con o sin derrame pleural.

- Elevación de la fosfatasa alcalina y el calcio, gammagrafía ósea positiva o dolor relacionado con la afección ósea.
- Resultados anormales en las pruebas de función hepática.⁹

Diagnóstico

Luego del examen clínico, que es de suma importancia y es el punto de partida para el diagnóstico del cáncer de mama, existen muchos métodos auxiliares en el área de Imágenes, que son de gran valor en el curso del estudio de esta enfermedad. Los más importantes y utilizados en la actualidad y estos son¹³:

- **Mamografía:** La mamografía moderna puede detectar lesiones muy pequeñas de más o menos 5 mm, lesiones que son imposibles de palpar, así como las microcalcificaciones (menores de 1 mm) que son un elemento primordial en la detección precoz del cáncer de la mama, ya que el 71% de los llamados “Cáncer de Mama Mínimo” son diagnosticados por su presencia aislada. Sin embargo, incluso con una mamografía de elevada calidad, alrededor de 5 a 10% de los cánceres no son diagnosticados por esta técnica. Una de las causas más frecuentes para este hecho son las mamas radiológicamente densas, que están compuestas casi fundamentalmente por tejido fibroglandular denso (frecuente en los grupos etáreos jóvenes), por este motivo no se debe solicitar mamografía a una paciente menor de 35 o 40 años, esto de acuerdo al criterio del especialista, porque las lesiones malignas pueden ser muy difíciles de distinguir del tejido normal envolvente que no ofrece el contraste suficiente para hacerlas visibles (sería como buscar una bola blanca de billar en un campo de nieve). Los criterios mamográficos más importantes de sospecha de cáncer mamario son¹³:

- 1.- Una tumoración dominante o asimétrica.
- 2.- Microcalcificaciones típicas.
- 3.- Un patrón estelar de tejido más denso.
- 4.- Bandas de tejido más denso hacia la periferia.
- 5.- Retracción cutánea o del pezón.

6.- Engrosamiento de la piel.¹³

- **Ecografía:** Después de la mamografía es el método iconográfico más importante de que se dispone para valorar tumores mamarios malignos, ayuda muchas veces a establecer si una asimetría de densidad en la mamografía tiene un substrato patológico o sólo es simplemente una variación de lo normal.

Según la Sociedad Americana del cáncer, en algunos casos particulares la ecografía deberá ser considerada como un método de primera línea, complementado o no por la mamografía, así tenemos estas tres indicaciones en las que la ecografía es la opción primaria¹³:

- 1.- Mujeres jóvenes, menores de 30-35 años.
- 2.- Mujeres grávidas o en período de lactancia.
- 3.- Seguimiento de la Mastopatía Fibroquística ¹³

Cáncer de estómago

- **Definición**

El cáncer gástrico es el carcinoma que se origina en la mucosa del estómago, debido a múltiples factores, dentro de ellos: el tipo de alimentación, los alimentos con alto contenido en nitrosaminas (comidas ahumadas), la infección por la bacteria del *Helicobacter pilory*, el nivel socioeconómico bajo, y factores de tipo genético, etc.¹⁴ El cáncer Gástrico continúa siendo una de las neoplasias malignas más comunes en el mundo; a pesar de la disminución en la incidencia de esta enfermedad en países desarrollados, en Europa del Este, Asia y América Latina muestran la incidencia más alta representando el 8,6% de nuevos cánceres en el año 2002. En Lima Metropolitana se presenta una incidencia de 16,2/100,000 habitantes, mientras que la mortalidad nacional por cáncer de estómago para el período 2006-2016 muestra una tendencia descendente, para el año 2016 la tasa ajustada se redujo en 14,6% en comparación

con el año 2006. La mortalidad fue notablemente mayor en los hombres en comparación con las mujeres¹⁵.

Epidemiología

El adenocarcinoma representa entre 90 y 95% de todas las neoplasias malignas gástricas. La frecuencia del sitio del origen del cáncer en el interior del estómago ha cambiado en los últimos decenios. Los casos de cáncer de la mitad distal del estómago han disminuido a partir del decenio de 1930. Sin embargo, en los dos últimos decenios, la incidencia del cáncer del cardias y la unión gastroesofágica ha estado subiendo rápidamente. La incidencia de este cáncer ha aumentado extraordinariamente, especialmente en pacientes menores de 40 años⁹.

Factores de riesgo

El cáncer del estómago ocupa el decimocuarto lugar en incidencia entre los principales tipos de neoplasias malignas. Si bien se desconoce la etiología precisa, entre los factores de riesgo reconocidos del cáncer del estómago se incluyen los siguientes¹³:

- Infección gástrica por *Helicobacter pylori*.
- Edad avanzada.
- Género masculino.
- Alimentación pobre en frutas y verduras.
- Alimentación alta en sal o comidas ahumadas o en conserva.
- Gastritis atrófica crónica.
- Metaplasia intestinal.
- Anemia perniciosa.
- Pólipos adenomatosos gástricos.
- Antecedentes familiares de cáncer de estómago.
- Tabaquismo.
- Enfermedad de Menetrier (gastritis hipertrófica gigante).
- Poliposis adenomatosa familiar.¹³

Cuadro clínico

El cáncer gástrico usualmente al inicio no presenta signos ni síntomas floridos, puede haber una historia de gastritis crónica en muchos de los casos, sólo con diagnóstico clínico y tratados con sintomáticos, sin un control endoscópico. Generalmente son precedidos de dolor localizado en epigastrio, hiporexia, plenitud gástrica, baja de peso, náuseas y vómitos. Cuando la enfermedad es avanzada, puede presentar signos como el ganglio supraclavicular izquierdo (Virchow), nódulo periumbilical (Hermana María José), nódulo en la axila izquierda (Irish), Ascitis o al tacto rectal las placas de Blummer⁹.

Diagnóstico

Después de una adecuada historia clínica, debe solicitarse:

- Endoscopía alta, este examen permite la localización de la lesión y la toma de muestra para el estudio histopatológico.
- Ultrasonografía Endoscópica permite definir con alta sensibilidad el grado de profundidad de la lesión en la pared gástrica y la evaluación de los ganglios regionales, pero aún no es de uso rutinario en nuestro medio.
- Radiografía de estómago contrastada, evalúa la localización y extensión de la lesión.
- Ecografía: es usada para evaluar enfermedad extra gástrica como por ejemplo posibles metástasis hepáticas y líquido libre en cavidad, en los países de bajo recurso económico dónde la Tomografía es más onerosa o no existe este último.
- Tomografía computarizada, sirve también para evaluar enfermedad metastásica y el compromiso por continuidad con otros órganos, es más sensible que la ecografía.
- Radiografía de Tórax, sirve para descartar metástasis pulmonar.
- Laparoscopia, usada como método de estadificación⁹.

Cáncer de pulmón

Definición

Es la enfermedad tumoral maligna del pulmón. Los dos tipos más importantes de cáncer de pulmón son el cáncer de pulmón de células pequeñas y el cáncer de pulmón de células no pequeñas⁹.

Epidemiología

El cáncer de pulmón es la causa principal de muerte por cáncer en hombres y mujeres. El cáncer de pulmón es la causa principal de muerte por cáncer en hombres y mujeres. El cáncer de pulmón (microcítico y no microcítico) es el segundo cáncer más común que afecta tanto a hombres como a mujeres. La incidencia de cáncer de pulmón es de 13% de todos los cánceres nuevos. Para el año 2021, los cálculos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para este cáncer en los Estados Unidos son¹³: Se diagnosticarán alrededor de 235,760 nuevos casos de cáncer de pulmón (119,100 hombres y 116,660 mujeres) y alrededor de 131,880 personas morirán a causa de cáncer de pulmón (69,410 hombres y 62,470 mujeres). Existe una ligera disminución en la incidencia de este tipo de cáncer debido a la reducción del hábito tabáquico o abandono del mismo.¹³ En el Perú, la mortalidad por cáncer de pulmón es de 11,0 en hombres y de 9,1 en mujeres¹⁵. Por razones todavía poco claras, las personas negras poseen la mayor incidencia y los mayores índices de cáncer de pulmón. Los factores de riesgo fundamentales para desarrollar cáncer de pulmón son la exposición al tabaco, asbesto y radón⁸.

Diagnóstico

El cáncer de pulmón se sospecha tras la aparición de una imagen radiológica en la radiografía de tórax, en la tomografía o en la resonancia magnética compatible en

un paciente habitualmente sintomático. Los métodos diagnósticos de esta enfermedad y la confirmación citohistológica depende del tamaño y localización de la lesión pulmonar, del descarte o estudio minucioso de probables metástasis extratorácicas y de la actitud terapéutica prevista. En los pacientes en quienes se sospecha de metástasis extratorácica, se necesita obtener una muestra citohistológica de la lesión secundaria –normalmente por punción-aspiración con aguja fina o aguja de corte– para obtener el diagnóstico y la estadificación de la enfermedad. Si el tumor primario

se acompaña de un derrame pleural, se necesitará de la realización del estudio citológico del líquido pleural, dado que inicialmente las metástasis de forma preferente se asientan en la pleura visceral, no obstante, la biopsia pleural por toracoscopia es el método más rentable del estudio del derrame pleural que acompaña a un posible cáncer de pulmón alcanzando una sensibilidad entre el 90 y el 100% ¹⁶.

Estadio de la enfermedad

Es la extensión de la enfermedad expresada de acuerdo con unos sistemas diseñados para facilitar el intercambio de información, denominados sistemas de estadificación. El sistema de estadificación varía entre los diferentes tipos de cáncer, pero el más empleado es la estadificación T (Tumor) N (Ganglios) M (Metástasis). El análisis de cada componente permite establecer estadios que van del I al IV, en cuyo caso, conforme mayor es el estadio III y IV significa que la enfermedad está avanzada y por lo general se ha diseminado a otros órganos. Para efectos del estudio se considera:

- Localizado: Estadio I.
- Avanzado localmente: Estadio I A, IB.
- Avanzado regionalmente: Estadio II A II B, III A, III B.
- Metástasis a distancia: El cáncer se ha diseminado a otros órganos, estadio IV.⁹

Tipos de tratamientos recibidos

Las principales modalidades en el tratamiento del cáncer son las siguientes:

- Cirugía: Consiste en la extirpación quirúrgica del tumor u órgano afectado más áreas libres de enfermedad.
- Radioterapia: La radioterapia es un método de tratamiento que se aplica en el caso de determinadas enfermedades y que consiste en el empleo de radiaciones ionizantes, especialmente rayos X o radioactividad, por ejemplo, la

que supone los rayos gamma. Se aplica en diferentes esquemas y dosis según sea el tipo de cáncer de que se trate.

- Quimioterapia: La quimioterapia consiste en la administración de fármacos citotóxicos capaces de destruir e inhibir el crecimiento y la reproducción de las células malignas en pacientes con enfermedad oncológica. A su vez destruyen células de desarrollo normal que se multiplican rápidamente.
- Hormonoterapia: La hormonoterapia utiliza diferentes tipos de hormonas para tratar tipos de cánceres dependientes de hormonas, como es el caso del cáncer de mama.
- Inmunoterapia: Consiste en la administración de anticuerpos con fines curativos, generalmente a través de un suero.
- Paliativo: Es el tratamiento de sostén que se aplica para paliar o disminuir los signos y síntomas en pacientes con cáncer avanzado o en estadios terminales.⁹

1.1.3. Factores psicosociales

Los factores psicosociales son aquellas características de índole social y psicológicas que afectan la salud de las personas a través de mecanismos psicofisiológicos también llamados estrés. Es posible definir el estrés como una respuesta del organismo ante demandas internas o externas que, en principio, resultan amenazantes, consistiendo básicamente en la movilización de recursos fisiológicos y psicológicos para poder afrontar tales demandas. Esta respuesta puede ser beneficiosa para mantener la salud e incluso la vida en casos extremadamente peligrosos; pero puede llegar a ser perjudicial para el organismo por provocar que dichos recursos fisiológicos y/o psicológicos superen un cierto límite aceptable por el propio organismo dejándolo más vulnerable a enfermedades (trastornos psicofisiológicos; alteraciones gastrointestinales, enfermedades cardiovasculares, disfunciones sexuales, etc)¹⁷.

Para el desarrollo de esta investigación se incluyen los siguientes:

a. Depresión

El National Cancer Institute (NCI)¹⁸ estima que la depresión afecta a una proporción de entre un 15% a 25% de los pacientes con esta enfermedad. En un porcentaje alto de pacientes se observan síntomas depresivos en las primeras semanas tras el diagnóstico de cáncer. Al realizarles seguimiento, se encontró que una proporción alta de estos pacientes desarrollan un trastorno depresivo mayor. Se estima que alrededor del 16,49% de pacientes oncológicos desarrollan un trastorno depresivo mayor.¹⁸

Entre los factores de riesgo más importantes para la depresión en pacientes con cáncer se destacan los siguientes:

- Tipo de cáncer: síndromes paraneoplásicos y cánceres con liberación de citoquinas.
- Estadio del cáncer: en los pacientes más sintomáticos y con estadios más avanzados al momento del diagnóstico se observa una mayor presencia de trastorno mental.
- Tratamiento oncológico en curso.
- Antecedentes de depresión: tener un diagnóstico previo de depresión es el mayor factor de riesgo para desarrollar este trastorno en enfermedad oncológica.
- Dolor.
- Escaso apoyo social o una red social reducida.
- Estado funcional deficiente.
- Menor edad.
- Dependencia funcional.¹⁸

La incidencia de sintomatología depresiva es diferente en función del tipo de cáncer:

- Tumor cerebral: entre 41 y 93%.
- Páncreas: 17%.
- Cabeza y cuello: 15%.
- Mama: entre 4,5 y 37%.
- Ginecológico: 23%.
- Pulmón: 14%.

- Estómago 20%.¹⁹

La depresión que acompaña a los pacientes oncológicos parece afectar la evolución de una enfermedad oncológica. En un estudio con 103 pacientes, el estilo de afrontamiento depresivo se correlacionó con una disminución del tiempo de supervivencia, incluso cuando se tuvieron en cuenta otros factores de riesgo biomédicos como el grado tumoral y la clasificación histológica²⁰. La depresión disminuye el cumplimiento con la terapia, incrementa la duración de la estancia hospitalaria, disminuye la calidad de vida y limita la posibilidad de cuidar de uno mismo²¹. Es también un predictor independiente de una pobre supervivencia en cánceres avanzados²².

Por lo general, a pesar de que los profesionales que atienden a los pacientes saben que la depresión es un trastorno que afecta en alto porcentaje a los pacientes oncológicos, en la mayoría de casos esta infradiagnosticada, quizá por la creencia de que “es normal que estén tristes”. Solamente se identifican entre el 10 y el 33% de los pacientes con cáncer como deprimidos²³. Muchas veces también es complicado diagnosticar la depresión mayor en pacientes oncológicos porque varios de los efectos secundarios de los tratamientos como la pérdida de apetito, de peso, trastornos del sueño, fatiga, pérdida de energía, dificultad de concentración, retardo psicomotor) solapan los síntomas propios de la depresión²⁴.

Para el diagnóstico de la depresión es preciso el acercamiento a la clínica depresiva de los pacientes oncológicos para ello se cuenta con la entrevista clínica psiquiátrica, asimismo existen una amplia variedad de instrumentos de evaluación psicológica psiquiátrica, que pueden complementar la evaluación clínica psiquiátrica y en caso de ser necesario derivar al especialista, los instrumentos más conocidos son la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), el Cuestionario de Salud General (GHQ-28), el Screening Psicosocial para el Cáncer (PSCAN, ahora PPSCAN), entre otros.²⁴

Las modalidades de tratamiento incluyen la Psicofarmacología, se emplean en la mayoría de los casos los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) e

inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina (ISRN) que constituyen el tratamiento de elección en la depresión. Sin embargo, siempre se deben tener precaución en los pacientes oncológicos sometidos a varias quimioterapias, por la posibilidad de desarrollar interacciones farmacológicas. Los antidepresivos como la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina y la fluvoxamina inhiben la transformación de agentes antineoplásicos a través del CYP450 3A4, lo que produce una disminución de su eficacia o mayor toxicidad de los mismos.

Otros fármacos como el citalopram, el escitalopram, la venlafaxina y la mirtazapina son inhibidores débiles, lo que los convierte en una elección más segura. Otra modalidad de tratamiento es la Psicoterapia, la misma que se pueden realizar bajo diversas modalidades: el abordaje individual de tratamiento, el formato de tratamiento grupal y el tratamiento de terapia de familia o de pareja²⁵.

b. Ansiedad

La ansiedad que se presenta ante el estrés es la respuesta emocional que caracteriza los factores psicosociales del paciente con cáncer. Se ha señalado que las reacciones de temor o miedo hacia la enfermedad, los tratamientos y cambios en el estilo de vida son uno de los sentimientos que más se presentan en el paciente con cáncer. Las características de la ansiedad incluyen sentimientos de incertidumbre, desamparo y excitación fisiológica; una persona que experimente ansiedad se queja de sentirse nerviosa, tensa, aprehensiva e irritable. Estas personas con frecuencia tienen dificultad para conciliar el sueño por la noche, se fatigan con facilidad y presentan con frecuencia dolores de cabeza, tensión muscular y dificultad para concentrarse²².

El cáncer es una situación estresante que provoca ansiedad, es difícil de identificar puesto que puede desconocerse la naturaleza precisa de la amenaza y normalmente no es claro para la persona. Cuando los pacientes se van a someter a estudios tanto para la detección del cáncer, como a estudios para evaluar resultados del tratamiento o evolución y con mayor razón al tratamiento médico, es normal que se presenten reacciones de ansiedad. La ansiedad tiene un alto grado de asociación con el cáncer; el miedo por la enfermedad o por el tratamiento pueden condicionarse, creando síntomas físicos y psicológicos que afectan a la persona en su calidad de vida y la

forma de afrontar la enfermedad. También se ha relacionado la variable sexo femenino y los aspectos negativos del soporte social con estos desórdenes²².

c. Desorden del sueño

Los pacientes de cáncer tienen un gran riesgo de presentar insomnio y trastornos del ciclo sueño-vigilia. El insomnio es el trastorno del sueño más común en esta población y, en la mayoría de los casos es secundario a los factores físicos o psicológicos relacionados con el cáncer y su tratamiento. La ansiedad y la depresión son respuestas psicológicas comunes al diagnóstico del cáncer, su tratamiento y la hospitalización, están muy correlacionadas con el insomnio²².

Las perturbaciones del sueño se pueden agudizar por síndromes paraneoplásicos relacionados con la producción de esteroides y por síntomas relacionados con la invasión tumoral, tales como lesiones que drenan, alteraciones gastrointestinales (GI) y genitourinarias (GU), dolor, fiebre, tos, disnea, prurito y fatiga. Los medicamentos — incluso vitaminas, corticosteroides, neurolépticos para la náusea y el vómito, y los simpaticomiméticos para el tratamiento de la disnea—, así como otros factores de tratamiento, pueden tener un efecto negativo en los patrones de sueño. Entre los efectos secundarios de tratamiento que pueden afectar el ciclo de sueño-vigilia se encuentran los siguientes:

- Dolor.
- Ansiedad.
- Sudores nocturnos o crisis vasomotoras.
- Trastornos gastrointestinales (por ejemplo, incontinencia, diarrea, estreñimiento o náusea).
- Trastornos genitourinarios (por ejemplo, incontinencia, retención o irritación genitourinaria).
- Trastornos respiratorios.
- Cansancio crónico.²²

El uso continuo de los siguientes fármacos que se utilizan por lo común para el tratamiento del cáncer puede causar insomnio:

- Sedantes e hipnóticos (por ejemplo, glutetimida, benzodiazepinas, pentobarbital, hidrato de cloral, secobarbital sódico y amobarbital sódico).
- Sustancias quimioterapéuticas para tratar el cáncer (por ejemplo, antimetabolitos).
- Anticonvulsivos (por ejemplo, fenitoína).
- Adrenocorticotropina.
- Anticonceptivos orales.
- Inhibidores de la monoamino oxidasa.
- Metildopa.
- Propranolol.
- Atenolol.
- Alcohol.
- Preparaciones para la tiroides.²²

Además, la privación de las siguientes sustancias puede causar insomnio²²:

Depresores del SNC (por ejemplo, barbitúricos, opioides, glutetimida, hidrato de cloral, metacualona, etclorvinol, alcohol y sedantes antihistamínicos sin receta o con ella).

- Benzodiazepinas.
- Tranquilizantes fuertes.
- Antidepresivos tricíclicos y del inhibidor de la monoamino oxidasa.
- Drogas ilícitas (por ejemplo, marihuana, cocaína, fenciclidina y opioides).
- Los hipnóticos pueden interferir con el sueño de movimientos oculares rápidos (MOR), que resultan en mayor irritabilidad, apatía y disminución de la alerta mental. La abstinencia abrupta de hipnóticos y sedantes puede conducir a síntomas tales como nerviosismo, agitación, convulsiones y retorno del sueño MOR. El retorno del sueño MOR se definió como un aumento marcado del sueño MOR con mayor frecuencia e intensidad de los sueños e, incluso, de pesadillas.

El aumento de la activación cerebral fisiológica que se presenta durante el retorno del sueño MOR puede ser peligroso para los pacientes con úlceras pépticas o con antecedentes de problemas cardiovasculares. Los medicamentos más recientes para el insomnio tienen menos efectos secundarios²².

Es posible que el sueño de los pacientes hospitalizados sea interrumpido frecuentemente por esquemas de tratamiento, rutinas hospitalarias y compañeros de habitación que, individualmente o en conjunto, alteran el ciclo sueño-vigilia. Otros factores que influyen en los ciclos de sueño-vigilia en el entorno del hospital son la edad del paciente, la comodidad, el dolor y la ansiedad, así como el ruido y la temperatura ambientales.²⁴

Las consecuencias de las perturbaciones del sueño pueden influir en los resultados terapéuticos y en las medidas de cuidados médicos de apoyo. Los pacientes con perturbaciones del sueño que van de leves a moderadas pueden presentar irritabilidad e incapacidad de concentrarse, lo que puede a su vez afectar el cumplimiento por parte del paciente de los protocolos de tratamiento, la capacidad de tomar decisiones y las relaciones con otras personas allegadas. La depresión y la ansiedad también pueden obedecer a trastornos del sueño. Las medidas de cuidados médicos de apoyo se deben enfocar hacia el fomento de la calidad de vida y el descanso adecuado²⁵.

d. Evitación de actividades

El paciente se niega a realizar las actividades de la vida cotidiana aunque no necesariamente está imposibilitado para realizarlas, hecho que también guarda relación con el estado depresivo que se presenta en la mayoría de pacientes²⁴.

1.2. DOLOR

1.2.1. Definición

La IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor), definió formalmente el dolor como una experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada a una lesión tisular real o potencial, o que se describe como ocasionada por esa lesión²⁶.

A la anterior definición la IASP añadió las siguientes consideraciones²⁶:

- a. El dolor es siempre un fenómeno subjetivo; el paciente es el que mejor puede informar de su dolor.
- b. La verbalización del dolor se aprende. La expresión frente a una experiencia desagradable (dolor) está modulada por el aprendizaje en el medio en que crece el sujeto.
- c. En la experiencia dolorosa no siempre es posible determinar un daño tisular, pudiendo existir razones estrictamente psicológicas.

Más allá de las definiciones formales, el clínico ha de considerar que el dolor es una experiencia somato – psíquica y que en definitiva dolor, es lo que el paciente dice que le duele.²⁶

1.2.2. El dolor oncológico

El dolor impacta en todos los aspectos de la vida de una persona, no sólo interfiriendo con su actividad sino también con sus emociones, motivaciones, relaciones interpersonales y calidad de vida en general²⁷. Existe suficiente evidencia que demuestra la relación entre supervivencia y control del dolor; de allí la importancia de controlar el dolor a través de intervenciones efectivas²⁸.

Para lograr el control de dolor en los pacientes con cáncer, es necesario que el personal de salud se familiarice con la patogénesis de dolor oncológico, las técnicas de evaluación, el tratamiento farmacológico y no farmacológico y las barreras que se presentan para brindar una adecuada analgesia²⁹.

a. Fisiopatología del dolor oncológico

En el 65%-85% de los pacientes afectados de cáncer, el dolor crónico es producido por el tumor primario, o sus metástasis, que afectan directamente las fibras nerviosas

aferentes. El tipo de tumor canceroso, su extensión, o su localización, no está necesariamente correlacionado con los síntomas, y el mismo cáncer en diferentes pacientes puede tener sintomatología muy diferente. Por ejemplo, pequeñas lesiones óseas pueden ser muy dolorosas mientras que cánceres extensos de tejidos blandos pueden ser asintomáticos. Por otra parte, las lesiones cancerosas pueden producir afecciones a distancia, no relacionadas directamente con el tumor o con sus metástasis, conocidas como Síndromes Paraneoplásicos. Si bien, estos síndromes no son frecuentes, algunos de ellos pueden cursar con dolor crónico³⁰. Desde el punto de vista fisiopatológico el dolor tiene dos mecanismos predominantes:

- **El dolor nociceptivo:** resulta del daño directo a estructuras somáticas y viscerales que activa los nociceptores presentes en piel, vísceras, músculos y tejido conectivo. El dolor nociceptivo puede dividirse en somático y visceral ³⁰. El dolor somático por lo general se produce después de procedimientos quirúrgicos o por metástasis óseas y se caracteriza por ser tipo peso, bien localizado, palpitante y tipo presión. El dolor visceral es, en la mayoría de los casos, secundario a compresión, infiltración o distensión de una víscera abdominal o torácica y se describe como difuso, tipo cólico²⁸.
- **El dolor neuropático,** por su parte, resulta del daño al sistema nervioso central o periférico. Se caracteriza por ser urente o punzante, puede presentarse por compresión de estructuras nerviosas, efectos adversos de quimioterapia como la vincristina o radioterapia o por lesión nerviosa directa en cirugía²⁸.

Asimismo, se debe tener presente que la terapia por cáncer (quimioterapia, cirugía o radioterapia) es la causa del dolor en aproximadamente 15% a 25% de los pacientes tratados. Finalmente, 3% a 10% de los pacientes con cáncer tienen dolor causado por problemas no relacionados con cáncer y, en ellos, los síndromes dolorosos reflejan lo que se observa comúnmente en la población no cancerosa. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los enfermos de cáncer pueden sufrir depresiones del sistema inmune que los hace propensos a padecer infecciones virales, como herpes zóster, con un alto riesgo de desarrollar neuralgia post-herpética³⁰.

Los dolores neuropáticos son los causados directamente por una lesión que afecta el sistema somatosensorial, central o periférico. Se han postulado diferentes mecanismos que pueden explicar la génesis del dolor neuropático: 1. Actividad autónoma de fibras nerviosas lesionadas, debida en primer lugar a la génesis de generadores o marcapasos ectópicos, fundamentalmente, por expresión de nuevos canales de sodio voltaje dependientes, y, en segundo lugar, por mecanismos de sensibilización central. 2. Hiperexcitabilidad de fibras nerviosas indemnes, ya sea por sensibilización periférica de los nociceptores, o por reorganización de las terminales en el asta anterior de la médula espinal, y 3. Alteraciones del sistema modulador endógeno.

Aunque la mayoría de los tumores no tienen una inervación importante por neuronas sensoriales o simpáticas, en aquellos casos en que el tumor es de crecimiento rápido puede ocurrir compresión, lesiones mecánicas, isquemia o lisis de proteínas de los nervios, con el consiguiente dolor neuropático³⁰.

Los síndromes paraneoplásicos son afecciones raras desencadenadas por un sistema inmune alterado como respuesta a una neoplasia. Se definen como síndromes clínicos caracterizados por efectos sistémicos no metastáticos que acompañan a enfermedades malignas. Los síntomas son muy variados y, en ocasiones, son la primera manifestación de un cáncer²⁷.

Se estima que los síndromes paraneoplásicos neurológicos ocurren en menos del 1% de los pacientes con cáncer y, de éstos, sólo una pequeña fracción tiene dolor como síntoma predominante. La neuropatía sensorial paraneoplásica es, con frecuencia, dolorosa y se produce por inflamación de ganglios de la raíz dorsal. También pueden encontrarse otras afecciones del sistema nervioso periférico que cursan con dolor, como neuropatías sensoriales, sensoriomotoras y desmielinizantes inflamatorias agudas. Al parecer, la mayor parte de los síndromes paraneoplásicos son producidos por anticuerpos que reaccionan con antígenos intra o extracelulares, productos de una expresión anormal de antígenos comunes para las neuronas y los tumores. Lo anterior llevaría a la inducción de una respuesta inmune que reaccionaría con esos dos tipos de células; sin embargo, en muchos pacientes que tienen un síndrome paraneoplásico evidente no se han hallado anticuerpos antineuronales²⁷.

b. Dolor relacionado con la terapia anticancerosa

- **Cirugía:** El tratamiento quirúrgico del cáncer puede ocasionar varios síndromes dolorosos crónicos que contribuyen a empeorar la calidad de vida de los pacientes. Entre los más frecuentes están los dolores neuropáticos secundarios a mastectomía, toracotomía, disección radical del cuello y amputación de extremidades. El dolor en estos pacientes, básicamente se debe a daño de los axones nociceptivos durante el procedimiento quirúrgico, pero se debe tener en cuenta que los nervios motores tienen nervios sensoriales y podrían, también, dar lugar a este tipo de dolor²⁷. Se ha propuesto que el dolor de la mama fantasma, es decir, luego de que se ha realizado la mastectomía radical, tiene su origen en la presencia de dolor previo a la amputación, esto hace que se produzca la llamada memoria cortical del dolor, para lo cual, incluso después de la amputación quirúrgica de la mama, se produce una reorganización cortical que promueve que los estímulos provenientes de los nervios periféricos puedan perpetuarse, a modo de descargar ectópicas y activación del sistema simpático, capaces de producir dolor muy similar o incluso hasta más intenso del que se tenía antes de la mastectomía. Luego de la cirugía de cáncer de mama pueden aparecer cicatrices dolorosas. La causa del dolor suelen ser la presencia de neuromas o la compresión de pequeñas fibras nerviosas, por el tejido cicatricial. Los neuromas son zonas de actividad anormal y generación de "marcapasos" ectópicos por la presencia de gran número de canales de sodio voltaje-dependientes. Por ello, su estimulación mecánica da lugar a la actividad de fibras C con el consiguiente dolor tipo corrientazo (Signo de Tinnel). En las pacientes que sufren de neuralgia intercostobraquial postoperatoria se ha descrito importante déficit sensorial, menores umbrales al dolor producido por presión y un mayor flujo sanguíneo cutáneo en el lado operado. Por su parecido con los síntomas y signos de pacientes con neuralgia post herpética, se ha propuesto que esos hallazgos son el resultado de una sensibilización central mantenida por estímulos originados en los aferentes primarios lesionados²⁷.

- **Radioterapia:** Desde hace varias décadas, se ha logrado identificar que, la radioterapia puede causar lesiones a nivel de los plexos, las mismas que se deben a los efectos tóxicos directos sobre los axones y sobre los nervi vasorum lo cual produce microinfartos neurales. Entre los factores que predisponen a la aparición de estos efectos tóxicos de la radioterapia, destacan la dosis total de radiación y con dosis por fracción. Sin embargo, los daños a los plexos, que conllevan a la plexopatía no se presenta de forma inmediata después del tratamiento, sino que existe un tiempo de latencia entre la administración del tratamiento y la aparición del cuadro clínico, en promedio este tiempo fluctúa entre 3 meses y 20 años, a los efectos de la radioterapia se debe añadir, que el tratamiento con quimioterapia también favorece y/o agrava la incidencia de plexopatía por radiación. Otros factores que incrementan el riesgo de plexopatía son la hipertermia, la cirugía, fármacos radiosensibilizadores y la edad del paciente. La complicación más frecuente en las pacientes tratadas con cancer de mama mediante radioterapia, es la lesión del plexo braquial, pero también se pueden presentar lesiones del plexo lumbosacro, de las raíces motoras del miembro inferior, de troncos nerviosos y de nervios craneales.²⁷
- **Quimioterapia:** Varios fármacos utilizados en quimioterapia son agentes neurotóxicos con efectos nocivos que dependen de la dosis. Como la barrera neurohemática es parcialmente protectora, pero menos eficiente que la barrera sangre-cerebro, el cuadro clínico más frecuente es el de una neuropatía dolorosa del tipo denominado "dying-back", en el que la degeneración del nervio se realiza de la periferia hacia el cuerpo celular, a diferencia de la típica degeneración walleriana. En otros casos, el cuadro fisiopatológico es debido a una lesión de las neuronas del ganglio de la raíz dorsal, de la cubierta de mielina, o de las células de Schwann. La Vincristina produce una neuropatía axonal al unirse a la tubulina. De esa manera altera los microtúbulos axonales y, por consiguiente, el transporte axonal. El Cisplatín y el Oxaliplatín se ligan al ADN y ocasionan una detención de la división celular. Finalmente, los taxoides Paclitaxel y Docetaxel producen una neuropatía periférica sensorial dolorosa cuyo mecanismo de producción es desconocido²⁷.

c. Tratamientos empleados para aliviar el dolor

- **Pacientes con dolor leve:** se recomienda que los pacientes con dolor leve (puntaje de 1 a 3) que no hayan sido tratados con opioides previamente, sean tratados con acetaminofén o AINEs, ya que estos medicamentos han demostrado ser efectivos para el control del dolor en este tipo de pacientes²⁸³⁰. El tipo de analgésico no opioide debe ser elegido de manera personalizada teniendo en cuenta comorbilidades, efectividad y tolerabilidad individual³¹. Algunas guías sugieren el uso de opioides débiles como el tramadol, la codeína y la hidrocodona en combinación con analgésicos no opioides³⁰³². La codeína y la hidrocodona sólo se encuentran disponibles en combinación con analgésicos no opioides. En el caso que se ofrezca tratamiento con AINEs, se debe definir un tiempo limitado de uso e iniciar protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones, anti-H₂ o análogos de prostaglandinas. Si no hay respuesta a los analgésicos no opioides, se recomienda tratar como pacientes con dolor moderado a severo³¹.
- **Pacientes con dolor moderado a severo:** para pacientes con dolor leve que no responden a no opioides y para pacientes con intensidad del dolor mayor o igual a cuatro, se recomiendan opioides de corta acción, que tienen la ventaja de un rápido inicio del efecto analgésico²⁸³¹. Aunque la evidencia disponible no muestra diferencias significativas entre morfina, oxicodona y fentanilo, respecto a la eficacia, se recomienda iniciar con clorhidrato de morfina de corta acción, de 5 a 15 mg vía oral. La hidromorfona y oxicodona, en sus formulaciones de liberación inmediata o liberación modificada para administración oral son alternativas efectivas a la morfina³⁰. En ningún caso se recomienda el uso de meperidina. En caso de dolor intenso que requiere alivio inmediato, se recomiendan opioides parenterales (intravenosos o subcutáneos), 2 a 5 mg intravenosos de clorhidrato de morfina, la dosis equivalente es un tercio de la dosis oral²⁸³⁰. El fentanyl y la buprenorfina de administración transdérmica están reservados para pacientes con requerimientos estables de opioides. Generalmente se usan en pacientes con dificultad para la deglución, aquellos con pobre tolerancia a la morfina y pacientes con mala adherencia³⁰.

En los casos de dolor severo de difícil control se indica el uso de opioides, teniendo en consideración que la titulación es el proceso en el cual la dosis de opioide es rápidamente modificada para encontrar la dosis que brinda balance entre control del dolor y efectos adversos del medicamento, tanto en pacientes que están recibiendo opioides como en pacientes que van a iniciar manejo del dolor con opioides ³².

La morfina tiene una vida media corta y está indicada durante la fase de titulación, para tratar episodios de exacerbación y para tratar episodios predecibles de dolor agudo en pacientes con analgesia regular (la administración debe realizarse 20 a 30 minutos antes del episodio predecible de dolor agudo)^{30 33}. También pueden ser usadas para titulación, la oxicodona y la hidromorfona. Todos los pacientes deben recibir dosificación continua (morfina cada cuatro horas) con provisión de una dosis de rescate para manejar exacerbaciones transitorias de dolor. La dosis de rescate es usualmente equivalente a 10 a 15% del total de la dosis diaria. Los opioides de inicio de acción rápida y corta duración son los preferidos para usar como medicamentos de rescate³⁰. Si se requieren más de cuatro dosis de rescate al día, se debe adaptar la dosis horaria prescrita de opioides. Después del período de titulación, se recomienda usar opioides de liberación lenta y la dosis se ajustará teniendo en cuenta la cantidad de morfina de rescate usada. Así para la formulación de la dosis necesaria de opioides se debe tener en cuenta la dosis usada durante las 24 horas previas. Las dosis de morfina oral en pacientes sin consumo previo de opioides están alrededor de 5 a 10 mg cada cuatro horas en pacientes jóvenes y adultos y de 2.5 a 5 mg en adultos mayores. Se recomienda iniciar con una formulación de liberación inmediata de opioides, con la que se logra más rápidamente el control del dolor. Esto también permite realizar una medición y titulación tempranamente. Es importante estar alerta a las interacciones medicamentosas al decidir el plan de tratamiento²⁸.

- **Manejo no farmacológico para controlar el dolor:** debido a que el dolor afecta las dimensiones física, psicosocial y espiritual, es indispensable el tratamiento del dolor oncológico que requiere la integración de terapias dirigidas a estos aspectos, incluyendo la terapia cognitivo-comportamental^{32 33}.

Las medidas físicas incluyen masaje, uso de calor o frío, acupuntura y acupresión. Las intervenciones cognitivas están dirigidas a fortalecer el sentido de control sobre el dolor o la enfermedad de base. Otras estrategias como ejercicios de respiración, relajación, hipnosis y otras terapias comportamentales pueden ser útiles²⁸. La atención también debe enfocarse en el soporte psicosocial, brindando educación a pacientes y familiares. En el cuidado del paciente con cáncer, se debe tener en cuenta las necesidades espirituales del paciente, por lo que la atención espiritual debe incluirse como un componente del manejo integral del dolor^{27 28}.

- **Intervención Psicológica:** Los protocolos de intervención evaluados mediante estudios randomizados y grupo control que recoge la literatura revisada son los Modelos Psico-educativos que han mostrado su eficacia en la intervención con pacientes oncológicos con dolor, se basan en el aumento del conocimiento mediante la información acerca del dolor, la medicación, sus mecanismos de acción, etc. con el objetivo de que los pacientes mejoren el control de su dolor, incluye la psicoterapia de apoyo con la cual se pretende que el paciente consiga alcanzar una integración de la experiencia vivida con la enfermedad y su sintomatología, para lo cual se favorece la expresión emocional. El modelo cognitivo conductual que se focalizan fundamentalmente en el alivio de los síntomas a través de la corrección de pensamientos negativos y/o actitudes negativas, para lo cual se hace uso de diversas técnicas²⁸.

2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1. Internacionales

El estudio de Torcal y Ventoso (2020), España, titulado: “Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos”, tuvo el objetivo evaluar el manejo y tratamiento del dolor en los pacientes que reciben cuidados paliativos y concluye que el dolor es un problema que interfiere de forma importante en la calidad de vida de los pacientes oncológicos y sus familiares, siendo catalogado por los mismos como el síntoma más importante e incapacitante. A pesar de su alta prevalencia, permanece sin ser tratado

de forma adecuada en primer lugar porque existe infradiagnóstico y también por falta de formación y conocimiento de las herramientas disponibles, para su evaluación y tratamiento, por parte de los profesionales de la salud³⁴.

El estudio de Neves, Muniz y Marques, (2020), Brasil, titulado: “Evaluación de síntomas en pacientes oncológicos internados en unidad de cuidados paliativos exclusivos”, tuvo como objetivo analizar síntomas en pacientes oncológicos internados, con una muestra de 30 pacientes concluyeron que el dolor se asocia a empeoramiento de la funcionalidad, mal manejo de los síntomas, hastío y somnolencia³⁵.

El estudio de Shin, Ko, Kim, et al, (2018), China, titulado: “Manejo hospitalario del dolor por cáncer mediante detección automática basada en registros médicos electrónicos”, tuvo como objetivo evaluar el manejo hospitalario del dolor por cáncer mediante detección automática basada en registros médicos electrónicos, en una muestra de 158 pacientes y concluyeron que las terapias de manejo de dolor aplicadas en un servicio específico para tal fin son eficaces en proporcionar un alivio eficaz del dolor y los usuarios parecen estar muy satisfechos con él ³⁶.

2.2. Nacionales

La tesis de Alcántara y Márquez (2018), Callao, titulado: “Intervención educativa en el conocimiento del manejo del dolor en enfermeras del NHERM – EsSalud 2018”, tuvo como objetivo determinar la efectividad de la intervención educativa en el conocimiento del manejo del dolor en las enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, incluyeron una muestra de 40 enfermeras y concluyen que las enfermeras que recibieron el entrenamiento para mejorar sus conocimientos sobre el dolor obtuvieron notas aprobatorias (mayores a 13) en todos los casos, a diferencia del grupo control quienes en más del 90% de los casos fueron desaprobatorios (menores a 13)³⁷.

La tesis de Gómez (2015), Huancayo, titulado: “Dolor neuropático y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Huancayo – 2014”, tuvo como objetivo determinar la relación entre el dolor neuropático y la calidad de vida de los pacientes, siendo la población de 32 pacientes, concluye que a mayor intensidad del dolor neuropático se encuentra peor calidad de vida y a menor intensidad del dolor neuropático la calidad de vida es buena³⁸.

2.3. Locales

No se han encontrado antecedentes locales.



CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.1. Técnicas

Para la realización del presente estudio se utilizó como técnica la entrevista y la observación documental de la historia clínica.

1.2. Instrumentos

Se aplicó como instrumento la guía de entrevista para establecer los factores personales y los factores clínicos. Para obtener la información referida a los factores psicosociales se aplicaron las escalas para valorar la depresión, ansiedad, desordenes del sueño y evitación de actividades cotidianas. Se utilizaron instrumentos validados en otros estudios.

Para reconocer la presencia de ansiedad y/o depresión se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), instrumento que ha sido validado en España, Chile, México, Argentina, Brasil, Perú, entre otros. Se ha elegido trabajar con dicha escala, porque es un cuestionario breve y sencillo, pero al mismo tiempo muestra alta sensibilidad (83,1%), especificidad (83,8%) y valor predictivo positivo (95,3%). El cuestionario heteroadministrado, y permite evaluar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en las últimas dos semanas. Esta conformada por dos subescalas: ansiedad y depresión. Las preguntas 1-4 de cada subescala son obligatorias, mientras que el resto de las preguntas (5-9) se realizan sólo en el caso de haber puntuado dos o más en lo que se refiere a la subescala de ansiedad, y uno o más en lo que respecta a la de depresión. Se considero que un paciente tiene probable ansiedad si puntúa ≥ 4 en la subescala de ansiedad, y probable depresión si puntúa ≥ 3 en la de depresión (Ver anexo 2)³⁸. En Perú, en la validación del instrumento realizada por Chirinos en el 2019 se obtuvo que la confiabilidad medida

según el alfa de Cronbach fue de 0,96 por consistencia interna de la prueba, demostrando una adecuada consistencia interna de la prueba. ³⁸

Para evaluar el dolor, el instrumento fue la Guía de Observación de datos en la cual se incluye la Escala Visual Análoga (EVA), en la que se registró la información necesaria según las variables e indicadores del estudio. Asimismo, la consistencia interna de la EVA fue realizada mediante Juicio de Expertos en el estudio de Condori, Gómez, Ponce, Soriano y Vera³⁹ obteniendo un coeficiente de confiabilidad de 0,95, lo que denota un alto nivel de confiabilidad. ³⁹

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

La investigación fue realizada en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN Sur), el mismo que está ubicado en la Avenida Los Incas s/n Arequipa, en la Provincia y Región Arequipa.

El IREN Sur ha sido creado el 17 de junio del 2008 con el propósito de descentralizar la atención de los pacientes oncológicos, la misma que anteriormente se hacía casi de manera exclusiva en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de la ciudad de Lima. En el IREN Sur se producen un total de 261 consultas mensuales de pacientes nuevos. Los tipos de cánceres más frecuentes son, en mujeres, el cáncer de cuello uterino, mama y estómago. En varones, el cáncer de próstata, estómago y el cáncer de pulmón. El personal que labora en el hospital son siete médicos, 32 enfermeras y 25 técnicos.

2.2. Ubicación temporal

El estudio fue realizado desde el mes de enero al mes de agosto del 2016.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. Población

La población estuvo representada por los pacientes con diagnóstico de cáncer que fueron hospitalizados en el IREN, los que sumaron aproximadamente 50 pacientes.

2.3.2. Muestra

El muestreo fue censal por conveniencia con un total de 50 pacientes que cumplieron los siguientes criterios:

De Inclusión:

- Pacientes varones o mujeres con edades comprendidas desde los 10 años a más, que tuvieron diagnóstico de cáncer.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado y en el caso de los menores de edad, se les solicitó el consentimiento informado a los padres o tutores.
- Pacientes que fueron atendidos ya sea en consultorio externo u hospitalización del IREN Sur.

De Exclusión:

- Pacientes que no colaboraron.
- Pacientes que fueron trasladados al IREN Sur de otros establecimientos de salud para realizarles exámenes de manera ambulatoria.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Una vez obtenida la autorización para realizar la investigación, se realizó el trámite respectivo en la Dirección del IREN a fin de que nos autorizaran a llevar a cabo la investigación.
- Una vez que nos autorizaron la ejecución del trabajo, se procedió a la identificación de la población a quienes se aplicaron los instrumentos, previa explicación y firma del consentimiento informado, mediante el cual, se tuvo respecto irrestricto a los principios éticos que rigen la investigación científica, por los cuales sólo se incluyeron en el estudio a aquellos pacientes que aceptaron de manera libre y voluntaria participar en el estudio; además se garantizó la confidencialidad de la identidad de los pacientes participantes y su capacidad de revocar el consentimiento, si así lo deseaban.
- Posteriormente se aplicaron los instrumentos previa explicación del propósito del estudio. Los instrumentos fueron aplicados por la investigadora diariamente hasta concluir con la etapa de recolección de datos.
- Con los resultados obtenidos se procedió a la elaboración de la matriz de datos y posteriormente se hizo el análisis, interpretación y presentación de los mismos en tablas estadísticas.

3.2. Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva, se calcularon medidas de tendencia central como promedio, mediana, moda, valor mínimo y máximo, desviación estándar de las variables cuantitativas. Las variables categóricas se expresaron en número y porcentaje. Para la sistematización de los datos, se empleó la hoja de cálculo Excel 2010 y el paquete estadístico Epi info. Los resultados fueron

presentados en tablas. Se aplicó la prueba de Chi cuadrado para establecer la significancia de los resultados.

3.3. Principios éticos

Durante el proceso de investigación se consideraron los siguientes principios éticos:

Principio de no maleficencia

Esto implica que la investigadora durante el proceso de la recolección de datos, no causó ningún tipo de daño que pudiera poner en riesgo la vida de las unidades de estudio.

Principio de beneficencia

Durante la ejecución de la investigación se obtuvieron datos fiables, siendo deber moral de la investigadora llevar beneficios y reducir al mínimo los riesgos, en donde el resultado de la investigación permitirá tomar decisiones para mejorar el manejo del dolor de los pacientes que son atendidos en el IREN Sur.

Principio de autonomía

Este principio defiende la libertad personal de tomar sus propias decisiones y acciones de acuerdo con sus valores y costumbres, el cual fue respetado por la investigadora, es por ello, que antes de solicitar la participación de los pacientes en el estudio, se les explicó acerca del propósito del mismo, procediendo a encuestar únicamente a los pacientes que de manera libre y voluntaria aceptaron participar en la investigación, para lo cual debieron firmar el consentimiento informado; asimismo, se garantizó que la información proporcionada, sería manejada con respeto irrestricto del paciente sin que sea expuesta su privacidad.

Principio de justicia

Es el principio de ser justo o equitativo; todos los pacientes, sin distinción fueron tratados de forma amable y respetuosa, sin ningún tipo de discriminación.

3.4. Recursos

Humanos:

La investigadora: Lic. María del Pilar Polar Cáceres.

Asesor: Fernando Vargas Berrios.

Asesor estadístico.

Institucionales:

Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Escuela de Post grado de la Universidad Católica de Santa María

Biblioteca de la U.C.S.M.

Materiales:

Instrumentos de encuesta, material de escritorio, computadora, paquete estadístico, cámara fotográfica.

Financieros:

La investigación fue solventada con recursos propios de la investigadora.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN



3.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1

**PACIENTES CON CÁNCER SEGÚN EDAD POR GÉNERO. INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA, 2016.**

GÉNERO EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
10 – 19	3	6,00	1	2,00	4	8,00
20 – 29	2	4,00	4	8,00	6	12,00
30 – 39	1	2,00	2	4,00	3	6,00
40 – 49	7	14,00	5	10,00	12	24,00
50 – 59	3	6,00	6	12,00	9	18,00
60 – 69	4	8,00	8	16,00	12	24,00
70 – 79	1	2,00	1	2,00	2	4,00
80 – 89	1	2,00	1	2,00	2	4,00
TOTAL	22	44,00	28	56,00	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Edad promedio: 48,88 años; mediana: 49 años; moda: 67 años; valor mínimo: 11 años; valor máximo: 87 años; desviación estándar: $\pm 18,28$ años.

La tabla muestra que las edades más frecuentes de los pacientes están comprendidas entre 40 a 69 años. El promedio de edad fue de 48,88 años. En cuanto al género hubo mayor porcentaje de pacientes de sexo femenino (56%).

TABLA N° 2

**PACIENTES CON CÁNCER SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA, 2016.**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	F	%
Ninguno	4	8,00
Primaria	13	26,00
Secundaria	25	50,00
Superior	8	16,00
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se observa que, el nivel de instrucción más frecuente en los pacientes fue el secundario (50%), en segundo lugar, el nivel primario (26%), 16% y 8% de pacientes tuvieron instrucción superior y ninguna instrucción respectivamente.

TABLA N° 3

**PACIENTES CON CÁNCER SEGÚN TIPO DE CÁNCER. INSTITUTO REGIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA, 2016.**

TIPO DE CÁNCER	F	%
Mama	9	18,00
Colon	7	14,00
Cuello uterino	4	8,00
Osteosarcoma	4	8,00
Testículo	4	8,00
Estómago	3	6,00
Pulmón	3	6,00
Linfoma No Hodking	3	6,00
Ovario	3	6,00
Páncreas	2	4,00
Hígado	2	4,00
Coriocarcinoma	2	4,00
Próstata	1	2,00
Vejiga	1	2,00
Laringe	1	2,00
Tiroides	1	2,00
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla, que en el IREN Sur los tipos de cáncer atendidos con más frecuencia son el cáncer de mama, colon, cuello uterino, osteosarcoma y testículo.

TABLA N° 4

**PACIENTES CON CÁNCER SEGÚN ESTADIO DE LA ENFERMEDAD. INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA, 2016.**

ESTADIO DE LA ENFERMEDAD	F	%
Localizado	14	28,00
Avanzado localmente	20	40,00
Avanzado regionalmente	4	8,00
Metástasis	12	24,00
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla, que el 40% de pacientes presentan estadio de la enfermedad avanzado localmente, el 28% tiene el cáncer localizado; el 24% presenta metástasis y el 8% presenta cáncer avanzado regionalmente.

TABLA N° 5

**PACIENTES CON CÁNCER SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO.
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR,
AREQUIPA, 2016.**

TIPO DE TRATAMIENTO	F	%
Cirugía + quimioterapia	25	50,00
Quimioterapia	10	20,00
Cirugía	6	12,00
Radioterapia + quimioterapia	3	6,00
Cirugía + radioterapia + quimioterapia	2	4,00
Cirugía + quimioterapia + paliativo	1	2,00
Cirugía + paliativo + terapia del dolor	1	2,00
Quimioterapia + inmunoterapia	1	2,00
Quimioterapia + paliativo	1	2,00
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla, que la mayoría de pacientes reciben varios tipos de tratamiento, los más frecuentes son cirugía + quimioterapia (50%), quimioterapia (20%), cirugía (12%). Otros tratamientos son menos frecuentes.

TABLA N° 6

**PACIENTES CON CÁNCER SEGÚN PRESENCIA DE DEPRESIÓN. INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA, 2016.**

DEPRESIÓN	F	%
Sí presenta	39	78,00
No presenta	11	22,00
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla, que el 78% de pacientes evaluados presenta depresión, el 22% no la presenta.

TABLA N° 7

**PACIENTES CON CÁNCER SEGÚN PRESENCIA DE ANSIEDAD. INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA, 2016.**

ANSIEDAD	F	%
Sí presenta	35	70,00
No presenta	15	30,00
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla, que el 70% de pacientes evaluados presenta ansiedad, el 30% no la presenta.

TABLA N° 8

PACIENTES CON CÁNCER SEGÚN PRESENCIA DE DIFICULTADES PARA DORMIR. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA, 2016.

DIFICULTADES PARA DORMIR	F	%
No presenta	25	50,00
Sí presenta	25	50,00
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla, que el 50% de pacientes evaluados manifestó que sí presentaba dificultades para dormir y el otro 50% no presentaba dichas dificultades.

TABLA N° 9

**PACIENTES CON CÁNCER SEGÚN EVITACIÓN DE ACTIVIDADES COTIDIANAS
SOCIALES, FÍSICAS Y DE RECREACIÓN. INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA, 2016.**

EVITACIÓN DE ACTIVIDADES	F	%
Sí	43	86,00
No	7	14,00
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla, que el 86% de pacientes señaló que sí evita realizar las actividades cotidianas, sociales, físicas y de recreación que realizaba antes de enfermar; el 14% no evita dichas actividades.

TABLA N° 10

**PACIENTES CON CÁNCER SEGÚN INTENSIDAD DEL DOLOR. INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA, 2016.**

INTENSIDAD DEL DOLOR	F	%
Baja	5	10,00
Media	10	20,00
Alta	35	70,00
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla, que el 70% de pacientes presenta dolor de intensidad alta, el 20% media y el 10% tiene dolor de baja intensidad.

TABLA N° 11

**PACIENTES CON CÁNCER SEGÚN TRATAMIENTOS EMPLEADOS PARA
ALIVIAR EL DOLOR. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA, 2016.**

TRATAMIENTOS EMPLEADOS	F	%
Médico farmacológico + psicológico	28	56,00
Médico farmacológico + quirúrgico + psicológico	9	18,00
Médico farmacológico + Quirúrgico	7	14,00
Médico farmacológico	6	12,00
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla, que el 56% de pacientes recibe tratamiento médico farmacológico y tratamiento psicológico para aliviar el dolor; el 18% recibe tratamiento médico farmacológico, tratamiento quirúrgico y tratamiento psicológico; el 14% recibe tratamiento médico farmacológico y tratamiento quirúrgico y el 12% recibe tratamiento médico farmacológico.

TABLA N° 12

**PACIENTES CON CÁNCER SEGÚN GRADO DE ALIVIO DEL DOLOR.
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR,
AREQUIPA, 2016.**

GRADO DE ALIVIO DEL DOLOR	F	%
Alivio total	11	22,00
Disminución de la intensidad del dolor	23	46,00
Disminución a un grado aceptable	16	32,00
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla, que el 46% de pacientes tiene disminución de la intensidad del dolor; el 32% señaló que su dolor disminuyó a un grado aceptable y el 22% refirió que tuvo alivio total del dolor.

TABLA N° 13

**FACTORES DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN
 EN EL CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES INSTITUTO REGIONAL DE
 ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA, 2016.**

Factor	Grado de alivio del dolor			Total	X ²	p
	Alivio total (11)	Disminución de la intensidad (23)	Disminución a un grado aceptable (16)			
	N°	N°	N°			
Edad						
10 – 19	0	2	2	4	0,0119	> 0,05
20 – 29	1	2	3	6		
30 – 39	2	1	0	3		
40 – 49	3	4	5	12		
50 – 59	3	5	1	9		
60 – 69	1	7	4	12		
70 – 79	0	2	0	2		
80 – 89	1	0	1	2		
Género						
Masculino	5	12	5	22	0,0121	> 0,05
Femenino	6	11	11	28		
Nivel de instrucción						
Ninguno	0	3	1	4	1,5725	> 0,05
Primaria	2	5	6	13		
Secundaria	6	12	7	25		
Superior	3	3	2	8		
Tipo de cáncer						
Cuello uterino	0	2	2	4	0,7873	> 0,05
Mama	4	1	4	9		
Estómago	0	2	1	3		
Pulmón	0	2	1	3		
Colon	2	3	2	7		
Otros	5	13	6	23		
Estadio de la enfermedad						
Localizado	5	5	4	14	6,6365	< 0,05
Avanzado localmente	6	7	7	20		
Avanzado regionalmente	0	2	2	4		
Metástasis	0	9	3	12		
Tipo de tratamiento						
Cx	3	2	1	6	1,1732	> 0,05
Qt	2	3	5	10		
Cx + Rt + Qt	1	1	0	2		

Cx + Qt	5	11	9	25		
Rt + Qt	0	2	1	3		
Cx + Qt + P	0	1	0	1		
Cx + P + Td	0	1	0	1		
Qt + In	0	1	0	1		
Qt + P	0	1	0	1		
Depresión						
No presenta	4	4	3	11	1,6955	> 0,05
Sí presenta	7	19	13	39		
Ansiedad						
No presenta	6	6	3	15	4,0460	< 0,05
Sí presenta	5	17	13	35		
Dificultades para dormir						
No presenta	1	13	11	25	7,8516	< 0,05
Si presenta	10	10	5	25		
Evitación de actividades						
Sí	8	21	14	43	2,0634	< 0,05
No	3	2	2	7		
Intensidad del dolor						
Baja	3	1	1	5	4,6750	< 0,05
Media	4	2	4	10		
Alta	4	20	11	35		
Tratamientos empleados:						
MF	1	4	1	6	0,1130	> 0,05
MF + Qx	0	2	5	7		
MF + Qx + Ps	1	5	3	9		
MF + Ps	9	12	7	28		

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla que, según resultados de la prueba de Chi cuadrado, los factores que influyen en el control del dolor del paciente con cáncer son la intensidad del dolor, evitación de actividades, presentar dificultades para dormir, la ansiedad y el estadio de la enfermedad, es decir, que conforme es mayor el grado de dolor, los pacientes presentan mayor evitación de actividades, más dificultades para dormir y niveles más altos de ansiedad. Además, el estadio de la enfermedad influye de forma significativa en el control del dolor, debido a que los cánceres más avanzados, es decir, aquellos de estadio más alto, causan dolores intensos y muchas veces difíciles de controlar.

3.2. DISCUSIÓN

Los resultados presentados en la tabla 1 mostraron que la edad de los pacientes comprendió un amplio rango, siendo el mínimo de 11 años, el máximo de 87. La edad promedio en nuestro estudio fue de 48,88 años. La prueba de Ji cuadrado demuestra que la edad no influye en el control del dolor, es decir que independientemente de la edad, los pacientes experimentan diversos grados de control del dolor. En relación al género, se observó que el 56% de pacientes correspondieron al género femenino y el 44% al masculino. La prueba de Ji cuadrado, demostró que el género no influye en el control del dolor.

Al respecto se puede comentar que nuestros resultados concuerdan con la literatura que señala rangos diferentes de edades en los diferentes tipos de cánceres, sin embargo, la mayoría de ellos se presenta después de la cuarta década de vida⁵.

Estos resultados también concuerdan con el estudio de Villoria y Lara quienes reportan que la intensidad del dolor por cáncer suele ser intenso y por lo general no está asociado al género, edad ni condición económica¹⁹ De manera similar, el estudio de Kang et al²⁰ reportaron que el dolor en los pacientes oncológicos no se diferencia según la edad y el sexo, pero si se asocia a niveles altos de ansiedad o depresión.²⁰

En la tabla 2 se observó que en la muestra estudiada predominó el nivel de instrucción secundaria en 50%, luego, el nivel primario en 26%, superior en 16% y ninguno en 8%. La prueba de Ji cuadrado demuestra que el nivel de instrucción, no influye de manera estadísticamente significativa en el control de dolor.

Sobre estos resultados podemos comentar que las personas con bajo nivel de instrucción, seguramente presentan bajo nivel socioeconómico y éste es un factor que se ha asociado con el diagnóstico del cáncer de manera tardía, lo cual inevitablemente está asociada a mayores grados de dolor. Además, el bajo nivel de instrucción, puede constituir una barrera para el tratamiento, debido a que quizá los pacientes lo consideren normal, no se lo expresen al médico tratante para que este pueda brindar un tratamiento adecuado para el dolor. Además, la falta de medios económicos puede

influir en la disponibilidad de analgésicos con la potencia necesaria para mitigar el dolor oncológico.

En la tabla 3 se observó que los tipos de cánceres más frecuentes son el cáncer de mama (18%), colon (14%), cuello uterino (8%), entre otros. La prueba de Ji cuadrado demostró que el tipo de cáncer no influye en el control del dolor. Nuestros resultados concuerdan con el estudio de Porta y cols²⁶, quienes indicaron que los cánceres de mama, colon, el cáncer de cerebro y los ginecológicos se asocian a grados más altos de dolor.²⁶

El estudio de Greenwald y colaboradores⁴⁰ informa que la prevalencia del dolor en cualquier estadio en pacientes ambulatorios con cáncer de próstata (38,3%), cérvix (38%), pulmón (50,7%) y páncreas (60%). En dicho estudio, la prevalencia del dolor moderado a severo fue del 45%. Únicamente se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre el dolor y el sitio del tumor primario, así como con el tipo de analgésico indicado.⁴⁰

Un estudio reportó que el 51% de pacientes presentan dolor moderado a severo en 1840 pacientes hospitalizados y ambulatorios con cáncer. El dolor varió desde un 43% en cáncer gástrico, hasta un 80% en cáncer ginecológico. Al igual que en la mayoría de investigaciones, se encontraron diferencias significativas entre la prevalencia de la mayoría de síntomas, dependiendo del sitio primario del cáncer¹⁸.

Se ha observado en la tabla 4 que el 40% de pacientes presentaba cáncer avanzado localmente, el 28% localizado, 24% presentaba metástasis y el 8% presentaba la enfermedad avanzada regionalmente. La prueba de Ji cuadrado demuestra que el estadio de cáncer influye de manera estadísticamente significativa en el control del dolor, siendo el dolor controlado en un grado de alivio total en los pacientes que tienen el cáncer localizado.

El estudio de Scottish Intercollegiate Guidelines Network reporta que no hubo asociación entre la intensidad del dolor y el estadio del cáncer.²⁷

Nuestros resultados son diferentes a los obtenidos en el estudio de Greenwald y colaboradores quienes reportan que no se encontraron diferencias significativas entre el dolor y los diferentes estadios de la enfermedad. Los autores sugieren que el dolor por cáncer puede presentarse en cualquier estadio de la enfermedad.⁴⁰

El estudio de Torcal y cols reportaron que el dolor es más intenso y frecuente en pacientes hospitalizados que presentan tumores sólidos y sobre todo en los que tienen enfermedad metastásica, así como los pacientes con cáncer de mama o de próstata.³⁴

En concordancia con lo puntualizado por varios autores es claro que la prevalencia del dolor varía de acuerdo con el sitio de origen del tumor, el estadio de la enfermedad o presencia de metástasis, y al tratamiento analgésico recibido según la intensidad del dolor. La prevalencia en general del dolor significativo parece estar entre el 30% y el 60%, pero casi todos los pacientes con cancer estadio terminal, se reportan grados severos de dolor ^{27,28,29}. Entre los tipos de canceres en los que se identifican cuadros dolorosos de mayor severidad se destacan el cancer ginecologico, de pulmón o de páncreas, así como en pacientes con edad avanzada y en los de grupos socioeconómicamente desfavorecidos ^{30 31}

En la tabla 5 se observó que los tratamientos incluyen desde esquemas de tratamiento únicos como son cirugía o quimioterapia, pero en la mayoría de pacientes se aplican combinaciones de tratamientos, siendo las más frecuentes la cirugía + quimioterapia (50%), quimioterapia (20%). La prueba de Ji cuadrado demuestra que la combinación de tratamientos no influye en el control del dolor de los pacientes

Nuestros resultados se asemejan a los del estudio de Gómez quien no encuentra asociación entre el tipo de tratamiento y el grado de dolor.³⁷ Al respecto, se puede comentar que es de esperar que conforme menos avanzado se encuentre el cáncer, es más probable que se usen más modalidades de tratamiento, con el objetivo de disminuir el tamaño del tumor, evitar las metástasis así como también evitar las recurrencias, por el contrario en los pacientes con cánceres avanzados, se opta por la radioterapia para disminuir el tamaño del tumor y el dolor, en otros casos, sólo se

emplea el tratamiento paliativo, para brindar calidad de vida al paciente con cáncer en estadios terminales.

En la tabla 6 se observó que el 78% de pacientes sí presentaba depresión, el 22% no la presentaba. La prueba de Ji cuadrado demuestra que la depresión no influye en el control del dolor del paciente con cáncer.

En la tabla 7 se observó que el 70% de pacientes presentaba ansiedad y el 30% no la presentaba. La prueba de Ji cuadrado demuestra que la ansiedad influye de manera estadísticamente significativa con el control del dolor del paciente.

En la tabla 8 se observa que el 50% de pacientes presenta dificultades para dormir y el otro 50% no las presenta. La prueba de Ji cuadrado demuestra que las dificultades para dormir constituyen un factor psicológico que influye de manera significativa en el control del dolor.

La tabla 9 muestra que el 86% de pacientes señaló que sí evitaban realizar las actividades cotidianas, sociales, físicas y de recreación que solían realizar antes de enfermar, el 14% no evitaba tales actividades. La prueba de Ji cuadrado demuestra que la evitación de actividades influye en el control del dolor.

En la tabla 10 se observó que el 70% de pacientes presenta una alta intensidad de dolor, el 20% tiene intensidad media y el 10% baja intensidad. La prueba de Ji cuadrado demuestra que la intensidad del dolor influye de manera estadísticamente significativa en el control del dolor, siendo más difíciles de controlar, los dolores de mayor intensidad.

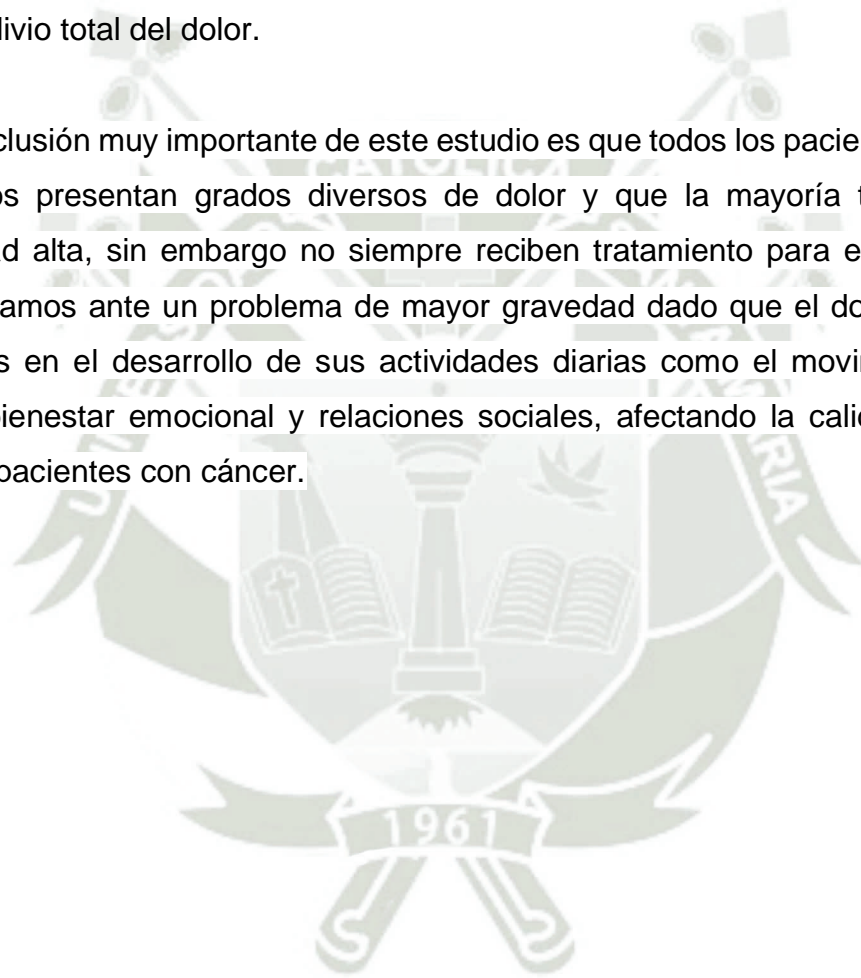
Otro estudio reporta que el 58,1% de sus pacientes presentaron dolor moderado a severo³³. De manera similar el estudio de Neves y cols refiere que el dolor moderado a severo en su muestra alcanza el 64,6%.³⁵

En la tabla 11 se observó que el 56% de pacientes recibe tratamiento médico farmacológico + psicológico para el control del dolor. El 18% recibe tratamiento médico

farmacológico + quirúrgico + psicológico; el 14% recibe tratamiento médico farmacológico + quirúrgico y el 12% solo recibe tratamiento médico farmacológico. La prueba de Ji cuadrado demuestra que el tipo de tratamiento no influye en el control del dolor.

En la tabla 12, se observó que el 46% de pacientes con el tratamiento, logro disminuir la intensidad del dolor; el 32% disminuyo la intensidad a un grado aceptable y el 22% obtuvo alivio total del dolor.

Una conclusión muy importante de este estudio es que todos los pacientes con cáncer evaluados presentan grados diversos de dolor y que la mayoría tienen dolor de intensidad alta, sin embargo no siempre reciben tratamiento para el mismo, por lo tanto estamos ante un problema de mayor gravedad dado que el dolor afecta a los pacientes en el desarrollo de sus actividades diarias como el movimiento, apetito, sueño, bienestar emocional y relaciones sociales, afectando la calidad de vida de muchos pacientes con cáncer.



CONCLUSIONES

PRIMERA

Las características demográficas de los pacientes muestran que el cáncer es más frecuente en las edades comprendidas entre los 40 a 69 años. El promedio de edad fue de 48,88 años. Más de la mitad de pacientes fueron de género femenino. La mitad de pacientes tienen instrucción secundaria. Las características clínicas muestran que los tipos de cánceres más frecuentes son el de mama y colon. El 40% de pacientes presenta el cáncer avanzado localmente y el 24% presenta metástasis. Los tipos de tratamiento más frecuentes son la cirugía + quimioterapia.

En cuanto a las características psicosociales de los pacientes con cáncer, el 78% presenta depresión; 70% presenta ansiedad; 50% presenta dificultades para dormir; el 86% evita realizar las actividades que realizaba antes de enfermar.

SEGUNDA

El control del dolor en pacientes con cáncer atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur muestra que la intensidad del mismo es alta en el 70% de casos. Con el tratamiento el 46% reporta disminución de la intensidad del dolor.

TERCERA

Los factores demográficos no influyen en el control del dolor.

El único factor clínico que influye en el control del dolor es el estadio de la enfermedad, lo que significa que los pacientes con estadios más avanzados del cáncer tienen dolores más intensos y de difícil control.

Los factores psicosociales que influyen en el control del dolor en pacientes con cáncer son la ansiedad, las dificultades para dormir y la evitación de actividades, es decir, que en los pacientes con enfermedades más avanzadas que generan mayores intensidades de dolor se presentan mayores niveles de ansiedad, dificultades para dormir y evitación de actividades.

RECOMENDACIONES

1. El equipo multidisciplinario que atiende al paciente oncológico, debe tener en consideración que algunos factores clínicos y psicosociales influyen en el grado de dolor que debe ser valorado de manera integral para su tratamiento adecuado y oportuno.
2. El personal de enfermería debe orientar al paciente oncológico respecto a la posibilidad que presente dolor intenso y motivarlo a que les manifieste sus molestias, inquietudes y necesidades de tratamiento, para ello debe tener en cuenta los factores que influyen en el control del dolor.
3. Siendo el estadio del cáncer, el factor clínico que influye en el control del dolor, se sugiere a las enfermeras que brinden educación sanitaria a la población acerca de la necesidad de realizar las diversas prácticas preventivas de salud recomendadas para evitar que los casos de cáncer se detecten en estadios avanzados; así como también, se debe orientar a los pacientes que reciben tratamiento antineoplásico sobre la posibilidad de que experimenten dolor. El personal de enfermería debe orientar sus cuidados a prevenir el dolor cuando sea posible, bloquearlo o inhibirlo antes que aumente, aliviarlo y proteger al paciente del dolor.
4. A la Dirección del hospital, se sugiere que se amplíe la cobertura de la Unidad de Terapia del Dolor en el IREN Sur, en la que el personal de enfermería, deberá atender a los pacientes en forma holística para ayudarlos en la conservación de un estado óptimo de salud y proporcionar cuidados durante la enfermedad, hasta que el paciente sea capaz de asumir la responsabilidad inherente a la plena satisfacción de sus propias necesidades como ser humano.

5. Siendo el cáncer una patología de suma importancia y con relevancia en salud pública que ocasiona dolor intenso en los pacientes, podemos tomar en cuenta este trabajo de investigación como el punto de inicio para el desarrollo de mas investigaciones que puedan ayudar a los pacientes que padecen cáncer, considerando que es una unidad bio psico social que necesita ser tratado de forma individualizado para disminuir la intensidad del dolor y hasta eliminarlo completamente.



RESUMEN

Objetivo: Establecer los factores demográficos, clínicos y psicosociales que influyen en el control del dolor en pacientes con cáncer atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur durante el periodo de enero a agosto del año 2016.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional, de corte longitudinal. Las técnicas empleadas fueron la encuesta y la observación documental. Se aplicaron dos instrumentos, la guía de entrevista para establecer los factores personales y los factores clínicos. Para reconocer la presencia de ansiedad y/o depresión se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). Para evaluar el dolor, el instrumento fue la Guía de Observación de datos. La población de estudio estuvo conformada por 50 pacientes que cumplieran los criterios de inclusión.

Resultados: La edad promedio fue de 48,88 años. Más de la mitad de pacientes fueron de género femenino. La mitad de pacientes tienen instrucción secundaria. Los tipos de cánceres más frecuentes son el de mama y colon. El 40% de pacientes presenta el cáncer avanzado localmente y el 24% presenta metástasis. El 78% presenta depresión; 70% presenta ansiedad; 50% presenta dificultades para dormir; el 86% evita realizar las actividades que realizaba antes de enfermar. El control del dolor en pacientes con cáncer muestra que la intensidad del mismo es alta en el 70% de casos. Con el tratamiento el 46% reporta disminución de la intensidad del dolor. El único factor clínico que influye en el control del dolor es el estadio de la enfermedad. Los factores psicosociales que influyen en el control del dolor en pacientes con cáncer son la ansiedad, las dificultades para dormir y la evitación de actividades.

Conclusiones: Los factores demográficos no influyen en el control del dolor, el único factor clínico que si influye de forma significativa es el estadio de la enfermedad.

Palabras clave: dolor, cáncer, factores demográficos, clínicos, psicosociales.

ABSTRACT

Objective: To establish the demographic, clinical and psychosocial factors that influence pain control in cancer patients treated at the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the South during period from January to August 2016.

Material and Methods: An descriptive, correlational, longitudinal study was carried out. The techniques used were the survey and documentary observation. Two instruments were applied, the interview guide to establish personal factors and clinical factors. To recognize the presence of anxiety and / or depression, the Goldberg Anxiety and Depression Scale (EADG) was used. To assess pain, the instrument was the Data Observation Guide. The study population consisted of 50 patients who met the inclusion criteria.

Results: The average age was 48.88 years. More than half of the patients were female. Half of the patients have secondary education. The most common types of cancers are breast and colon. 40% of patients present locally advanced cancer and 24% present metastasis. 78% have depression; 70% present anxiety; 50% have difficulty sleeping; 86% avoid doing the activities they did before getting sick. Pain control in cancer patients shows that its intensity is high in 70% of cases. With treatment, 46% report a decrease in pain intensity. The only clinical factor that influences pain control is the stage of the disease. Psychosocial factors that influence pain control in cancer patients are anxiety, difficulty sleeping, and avoidance of activities.

Conclusions: Demographic factors do not influence pain control, the only clinical factor that does influence significantly is the stage of the disease.

Key words: pain, cancer, demographic, clinical, psychosocial factors.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Registro de Cáncer. MINSA Arequipa. 2015. [Fecha de acceso: 03 enero 2016]. doi: <https://www.minsa.gob.pe/>
2. Sociedad Americana del Cáncer. El Cáncer de Mama a nivel mundial. Estados Unidos, 2017. [Fecha de acceso: 03 enero 2016]. doi: <https://www.cancer.org/es>
3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Datos epidemiológicos sobre el cáncer de mama. Lima. 2018. [Fecha de acceso: 03 enero 2016]. doi: <https://portal.inen.sld.pe/>
4. Malagón G, Reynales J. Salud Pública. Conceptos, Aplicaciones y Desafíos. 3 ra ed. Colombia: Médica Panamericana. 2018. [Fecha de acceso: 17 junio 2019]. doi: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/Salud-Publica-eBook-online>
5. IFAD. Enabling poor rural people to overcome poverty. Definiciones. 2016. [Fecha de acceso: 14 mayo 2018]. doi: http://www.ifad.org/gender/glossary_s.htm.
6. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Manual en Salud Prevención del Cáncer. Lima, 2018. [Fecha de acceso: 14 mayo 2018]. doi: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Datos del Censo Poblacional y Demografía. Lima. 2017. [Fecha de acceso: 14 mayo 2018]. doi: <https://inei.gob.pe>
8. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures Atlanta, Ga: American Cancer Society. 2018. [Fecha de acceso: 14 mayo 2018]. doi: <https://www.cancer.org/>
9. DeVita V, Lawrence T, Rosengberg S. Cáncer: principios y Prácticas de Oncología. 10 ma ed. Estados Unidos: Amolca, 2017.
10. Sociedad Americana del Cáncer. El Cáncer de Mama a nivel mundial. Estados Unidos, 2015. [Fecha de acceso: 03 enero 2016]. doi: <https://www.cancer.org/>

11. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Datos epidemiológicos sobre el cáncer de mama. Lima. 2017. [Fecha de acceso: 14 mayo 2018]. doi: <https://portal.inen.sld.pe>
12. Velarde R. Incidencia del cáncer de mama aumenta entre mujeres jóvenes. 2015. En Prensa Diario Perú 21. Publicado el 13 de octubre del 2015.
13. American Cancer Society. Estadísticas importantes sobre el cáncer. Atlanta, Ga: American Cancer Society. 2020. [Fecha de acceso: 19 junio 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es.html>
14. Centro de Investigación en Cáncer Maes Heller. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. 2017. [Fecha de acceso: 14 mayo 2018]. doi: <https://portal.inen.sld.pe/>
15. Ramos W, Muñoz N. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades Ministerio de Salud. Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018. Lima, 2020. [Fecha de acceso: 23 abril 2021]. doi: <https://www.dge.gob.pe/epublic/asis/asis>
16. Salvatierra A, Cano J, Moreno P, Espinosa D. Wolf I. Cáncer de pulmón. Estadificación. Tratamiento quirúrgico. 2018. [Fecha de acceso: 23 abril 2021]. doi: <https://www.neumosur.net/files/EB04estadificacion.pdf>
17. Ministerio de Salud. Definición de factores psicosociales. 2017. [Fecha de acceso: 14 agosto 2018]. doi: <http://minsa.gob.pe>.
18. National Cancer Institute. Cancer Incidence and Mortality. 2017. [Fecha de acceso: 14 agosto 2018]. doi: <http://apps.nccd.cdc.gov/uscs/>
19. Villoria E, Lara L. Assessment of the Hospital Anxiety and Depression Scale for cancer patients. Rev. méd. Chile. 2018; 146(3): 300-307. [Fecha de acceso: 14 agosto 2018]. doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/>
20. Kang E, Keam B L, Na-R K. Impact of family caregivers' awareness of the prognosis on their quality of life/depression and those of patients with advanced cancer: a prospective cohort study. Support Care Cancer. 2021; 29(1): 397-407. [Fecha de acceso: 9 junio 2021]. doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/>

21. Pousa V, Miguelez A, Hernández M, González M. Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Rev. Colomb. Cancerol.* 2015; 19 (3): 166-172. [Fecha de acceso: 17 abril 2016]. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2015.04.005>
22. Hernández M, Cruzado JA, Prado C, Rodríguez E, Hernández C, González MA, et al. Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología.* 2012;9 (2--3):233 -57. [Fecha de acceso: 17 abril 2016]. doi: <https://www.scopus.com/home.uri>
23. Díaz M, Almanchel M, Tomás A, Pelegrín S, Ramírez C, Fernández J. Estudio observacional sobre interacciones farmacológicas en pacientes oncológicos ingresados. *Farm. Hosp.* 2018; 42(1): 10-15. [Fecha de acceso: 18 octubre 2018]. doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-169907>
24. Carvalho F. Depressão em pessoas com câncer: uma realidade que precisa ser valorizada. 2020. [Fecha de acceso: 15 mayo 2021]. doi: <https://blog.revenf.org/2020/02/07>
25. Romero R, Penas R, García A, Llombart P, Pérez S, Heliodoro M. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Spanish Oncology PATIENTS: The Bartley Protocol. *Psicothema (Oviedo).* 2020; 32(4): 508-515. [Fecha de acceso: 15 mayo 2021]. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal>
26. Porta, J; Rodríguez, D; Salas C. Dolor. En: Porta, J; Gómez, X; Tuca, A. Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 2da edición. Ediciones Aran. España. 2008.
27. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 106 Control of pain in adults with cancer. 2017. [Fecha de acceso: 15 mayo 2021]. doi: <http://www.sign.ac.uk/sign-106-control-of-pain->
28. Swarm RA, Abernethy AP, Anghelescu DL, Benedetti C, Buga S, Cleeland C, et al. Adult cancer pain. *J Natl Compr Canc Netw.* 2013;11:992-1022. [Fecha de acceso: 15 enero 2016]. doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
29. León M, Santa Cruz J, Martínez S, Ibatá L. Recomendaciones basadas en evidencia para el manejo del dolor oncológico (revisión de la literatura). *Revista*

Mexicana de Anestesiología. 2019; 42 (1): 45 – 55. [Fecha de acceso: 25 setiembre 2020]. doi: <https://www.medigraphic.com/>

30. Ripamonti C, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F, ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. Ann Oncol. 2012;23:vii139-vii154. . [Fecha de acceso: 15 enero 2016]. doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

31. The National Institute for Health and Care Excellence. Palliative care for adults: strong opioids for pain relief | Guidance and guidelines | NICE 2017]. [Fecha de acceso: 25 setiembre 2020]. doi: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg140>

32. Cancer Care Ontario. Cancer-related pain management: a report of evidence-based recommendations to guide practice [Internet]. Cancer Care Ontario. 2017. [Fecha de acceso: 25 setiembre 2020]. doi: <https://www.cancercareontario.ca/guidelines-advice/types-of>

33. German Guideline Program in Oncology. Guideline Palliative Care Short Version.pdf [Internet]. 2015. [Fecha de acceso: 25 setiembre 2020]. doi: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/>

34. Torcal M, Ventoso M, Sagrario A. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. Rev. clín. med. Fam. 2020; 13(3): 203-211. [Fecha de acceso: 25 setiembre 2020]. doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/es/ibc-ET1-7135>

35. Neves K, Muniz T, Marques K. Evaluación de síntomas en pacientes oncológicos internados en unidad de cuidados paliativos exclusivos. Cogitare enferm. 2020; 25: e71660, 2020. [Fecha de acceso: 25 setiembre 2020]. doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/>

36. Alcántara B, Márquez K. Intervención educativa en el conocimiento del manejo del dolor en enfermeras del NHERM – EsSalud 2018. [Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Gerencia en Salud. Callao, 2018. [Fecha de acceso: 11 diciembre 2021]. doi: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3554>

37. Gómez Z. Dolor neuropático y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Huancayo – 2014. [Tesis para optar el Grado Académico de Magister en Salud Pública]. Universidad Nacional del Centro del

Perú. Huancayo, 2015. [Fecha de acceso: 11 diciembre 2021]. doi:
<http://repositorio.uncp.edu.pe>

38. Chirinos G. Evidencias de validez de la escala de amor concreto en adultos de la provincia de Trujillo. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología] Universidad César Vallejo. Perú 2019. [Fecha de acceso: 11 diciembre 2021]. doi: <https://repositorio.ucv.edu.pe/>

39. Greenwald H, Bonica J, The prevalence of pain in four cancers. Cancer. 2018; 92: 218 -223. [Fecha de acceso: 11 diciembre 2021].
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2444328/>



ANEXOS



ANEXO 1

GUÍA DE ENTREVISTA DE FACTORES DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS EN PACIENTES CON CÁNCER

Estimado señor /señora.

Le voy a pedir que se sirva responder de manera sincera, las preguntas de esta entrevista, dado que con su información se pretende conocer los factores demográficos y clínicos que presentan los pacientes con cáncer y que pueden dificultar a los profesionales de la salud controlar de manera efectiva el dolor.

Ficha.....

I. Factores personales

1. Edad.....

2. Género () Masculino () Femenino

3. Nivel de instrucción () Ninguno () Primaria () Secundaria
() Superior

II. Factores clínicos

4. Tipo de cáncer: () Cuello uterino () Mama () Estómago
() Pulmón () Próstata () Colon Otros.....

5. Estadio de la enfermedad: () Localizado () Avanzado localmente
() Avanzado regionalmente () Metástasis

6. Tipo de tratamiento recibido: () Cirugía () Radioterapia
() Quimioterapia () Hormonoterapia () Inmunoterapia
() Paliativo () Otros

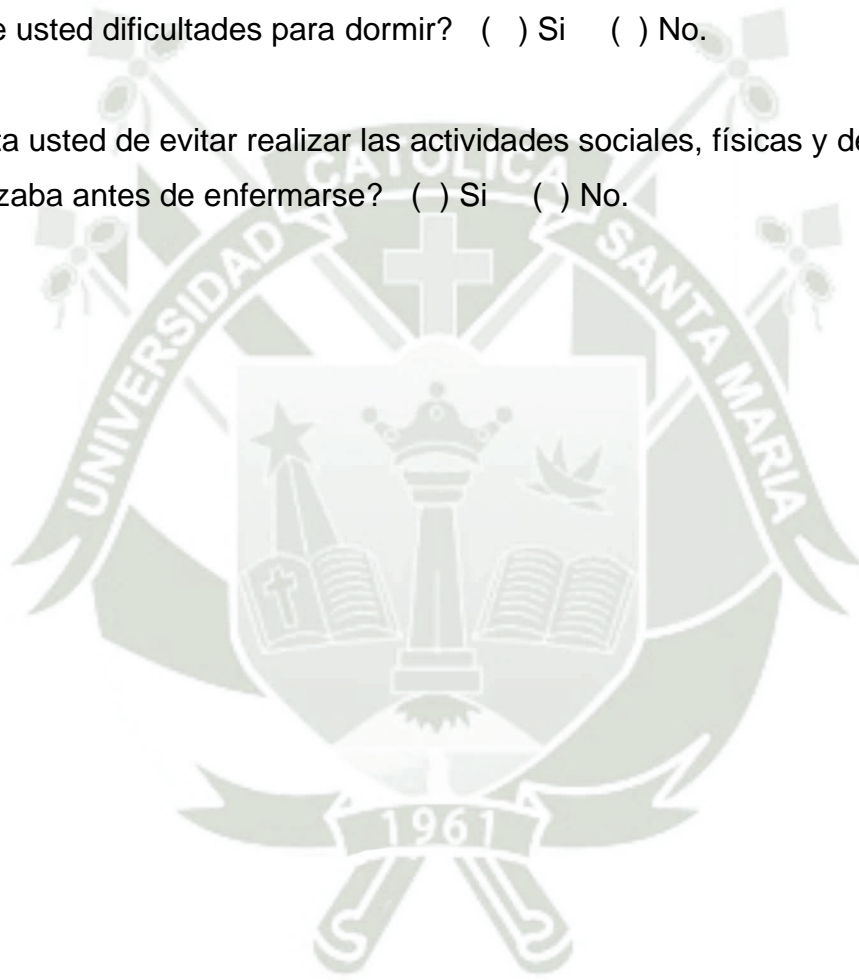
III. Factores psicosociales

7. Ansiedad. Por favor llene el siguiente cuestionario.

8. Depresión: Por favor llene el siguiente cuestionario.

9. ¿Tiene usted dificultades para dormir? () Si () No.

10. ¿Trata usted de evitar realizar las actividades sociales, físicas y de recreación que realizaba antes de enfermarse? () Si () No.



ANEXO 2
ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG.
VERSIÓN ESPAÑOLA GZEMPP, 1993)

Subescala de Ansiedad	SI	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando.		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTAJE (Ansiedad: > 4)		
Subescala de Depresión	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTAJE (Depresión > 3)		

ANEXO 3

GUÍA DE OBSERVACIÓN ACERCA DEL DOLOR DEL PACIENTE CON CANCER

Ficha

I. Escala Visual Análoga



Evaluación del dolor: *Escala numérica*

Sin dolor El peor dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Figura 1: Escala visual numérica para la evaluación del dolor

Tratamientos empleados para aliviarlo

- Médica farmacológica Quirúrgica Psicológica
 Otras terapias de manejo del dolor

Grado de alivio del dolor

- Alivio total
 Disminución de la intensidad del dolor
 Disminución a un grado aceptable.

ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

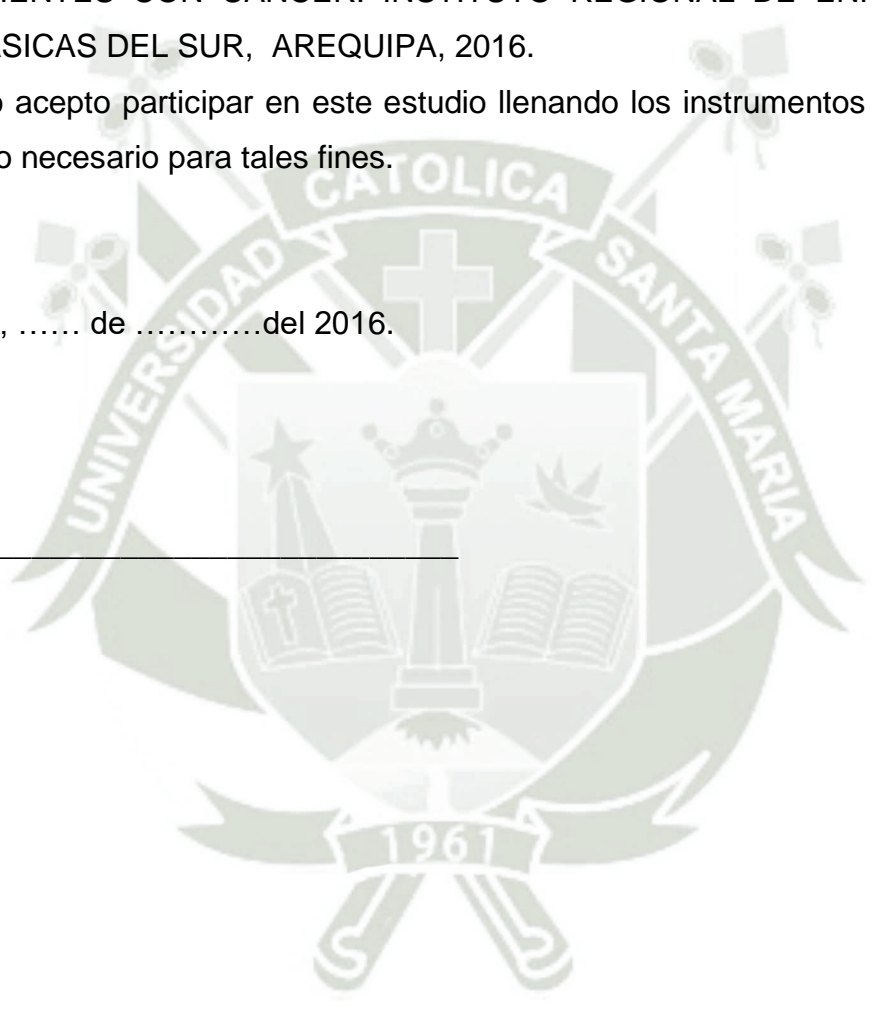
Yo..... identificado con
DNI..... manifiesto que he sido informado del estudio de
investigación titulado: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL DEL DOLOR
EN PACIENTES CON CÁNCER. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA, 2016.

Por tanto acepto participar en este estudio llenando los instrumentos y colaborando
en todo lo necesario para tales fines.

Arequipa, dedel 2016.

Nombre:

DNI



BASE DE DATOS



Numero	Edad	Gén	Nivel	Tipo Cc	Estad	Tipo Ttc	Dificu	Evita r	EA 1	EA2	EA3	EA4	EA5	EA6	EA7	EA8	EA9	Puntaje	ED	ED2	ED3	ED4	ED5	ED6	ED7	ED8	ED9	Puntaje	EVA Puntaje	Ttos	Grado de aliv
1	67	1	3	6	2,1,3	2	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	4	1	0	0	1	0	1	1	0	0	4	7,1,2,3	2		
2	59	1	3	6	2,1,3	2	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	5	1	0	1	1	1	1	1	0	0	5	8,1,2	2		
3	61	1	3	3	2,1,3	2	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	5	0	1	1	1	1	1	0	0	0	5	8	1	2	
4	52	1	4	7	3,1,3	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	7	1	1	0	1	1	1	1	0	0	6	9,1,3	2		
5	67	1	3	6	1	3	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	6	1	0	1	1	1	1	0	0	5	7,1,2	3		
6	22	2	3	2	4,1,3	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	6	1	0	0	0	0	1	1	0	0	3	5,1,3	3		
7	46	2	3	2	2,1,3	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	5	1	0	0	1	1	1	0	0	0	4	7,1,2,3	3		
8	56	2	2	2	2,1,2,3	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	6	1	0	0	1	0	1	1	0	0	4	7,1,3	2		
9	25	2	2	2	2	3	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	6	1	0	0	1	1	1	1	0	5	7,1,2,3	3		
10	38	2	3	2	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1	0	1	0	1	4	5,1,3	1		
11	41	1	3	2	2,1,3	2	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	5	1	0	0	1	0	1	0	0	0	3	5,1,3	1		
12	54	2	4	2	1	1	2	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	5	1	0	1	1	0	1	0	0	4	4,1,3	1		
13	63	2	2	2	2,1,2,3	2	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	7	1	1	
14	67	2	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	6	1	1	1	1	0	1	1	0	6	6,1,2	3		
15	68	2	2	4	2,1,3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8	1	1	1	1	0	1	1	0	0	6	8,1,3	2		
16	53	2	3	1	2	3	2	2	1	1	0	0	1	0	0	1	1	5	1	0	0	1	1	1	1	0	6	6,1,2,3	3		
17	64	2	1	4	4,1,3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	0	1	0	1	1	1	1	7	9,1,3	3		
18	56	1	3	4	4,1,3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8	1	1	0	1	0	1	1	1	0	6	9,1,3	2		
19	49	1	4	6	1	3	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	2	
20	67	2	4	3	3,1,3	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	7	0	1	0	1	1	1	1	0	0	4	8,1,2	3		
21	36	2	3	3	4,1,3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	1	0	1	1	0	1	1	0	0	5	8,1,2,3	2		
22	64	2	2	7	4,1,3	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	7	1	1	0	1	1	0	1	1	1	6	9,1,3	2		
23	81	2	2	6	2,1,3	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	4	1	0	0	1	0	1	1	0	0	4	7,1,2	3		
24	77	2	1	8	4,1,3,6	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8	1	0	1	1	1	1	1	1	0	8	8,1,3	2		
25	65	1	2	8	4,1,6,7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	0	1	1	1	1	1	1	0	7	9,1,2,3	2		
26	54	2	3	6	2,1,3	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	5	1	0	1	1	1	1	0	0	1	6	7,1,3	1		
27	54	2	3	6	1	1	2	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	4	1	0	0	1	0	1	1	1	5	7,1,3	1		
28	48	2	3	1	3,1,3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	1	0	1	1	0	1	1	1	0	6	3	1	3	
29	41	1	2	9	4,2,3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	7	1	2	
30	19	2	3	1	3,1,3	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	6	1	0	0	1	1	1	1	1	0	6	2,1,2	2		
31	11	1	2	10	4,2,3	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,1,2	3		
32	18	1	4	10	2,1,3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	7	1	0	0	1	0	1	1	0	0	4	9,1,3	3		
33	17	1	4	10	4,3,5	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	6	1	1	1	0	0	1	0	1	0	5	8,1,3	2		
34	40	1	3	10	4,2,3	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	7	0	1	0	1	1	1	0	1	0	5	7,1,3	2		
35	46	1	3	11	2,1,3	2	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1,2,3	2	
36	20	1	3	11	1	3	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1,3	3	
37	33	1	4	11	1	3	2	2	0	1	0	1	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1,3	1	
38	70	1	3	5	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	4	0	1	0	1	0	1	0	1	4	7,1,3	2		
39	48	1	2	11	1	3	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	5	1	0	0	1	0	1	1	1	5	6,1,3	3		
40	53	2	3	12	1	3	2	2	1	1	0	1	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	2	
41	22	1	4	13	2,1,3	2	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1,3	1	
42	87	1	2	13	2,1,3	2	2	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1,3	1	
43	45	1	3	14	1	3	2	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1	0	1	3	4,1,3	1		
44	43	2	2	13	2,1,3	2	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	4	1	0	0	1	0	1	1	1	0	5	5,1,3	3		
45	49	2	3	15	2,1,3	2	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	4	0	1	0	1	0	0	1	0	0	3	5,1,2,3	1		
46	43	2	3	15	2,1,3	2	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	6	1,3	3	
47	64	2	1	15	1	3	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1	0	1	0	0	0	3	6,1,2,3	2		
48	68	2	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5	1,3	2	
49	24	2	3	16	4,3,6	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	7	1	1	0	1	1	1	1	1	0	7	8,1,3	2		
50	29	2	3	16	2,1,3	2	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1	1	0	0	3	5,1,3	2		
DE	18.1208637																														
Mediana	49																														
Moda	67																														
Promedio	47.7024173																														

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES CON CÁNCER. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA, 2016

INFORME DE ORIGINALIDAD

21 %

INDICE DE SIMILITUD

21 %

FUENTES DE INTERNET

9 %

PUBLICACIONES

7 %

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	docplayer.es Fuente de Internet	3 %
2	www.cancer.gov Fuente de Internet	2 %
3	lolysemiologiaqxutesa.blogspot.com Fuente de Internet	2 %
4	www.scielo.org.co Fuente de Internet	2 %
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
6	Submitted to Universidad Cooperativa de Colombia Trabajo del estudiante	1 %
7	Submitted to Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) - Sede Ecuador Trabajo del estudiante	1 %
8	www.medicos.sa.cr	

Fuente de Internet

1 %

9

grupos.emagister.com

Fuente de Internet

1 %

10

ietsi.essalud.gob.pe

Fuente de Internet

1 %

11

www.elsevier.es

Fuente de Internet

1 %

12

repositorio.uncp.edu.pe

Fuente de Internet

1 %

13

repositorio.uap.edu.pe

Fuente de Internet

1 %

14

cybertesis.unmsm.edu.pe

Fuente de Internet

1 %

15

ri.uaemex.mx

Fuente de Internet

1 %

16

go.gale.com

Fuente de Internet

1 %

17

portal.inen.sld.pe

Fuente de Internet

1 %

18

repository.ucc.edu.co

Fuente de Internet

1 %

19

repositorio.unac.edu.pe

Fuente de Internet

1 %

20

issuu.com

Fuente de Internet

1 %

21

vdoc.pub

Fuente de Internet

1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado