



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería

AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON QUIMIOTERAPIA

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestro en Ciencias De la Enfermería

Presenta

L.E. CARLOS FLORES PÉREZ

SANTIAGO DE QUERÉTARO MAYO DE 2008



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de la Enfermería

AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON QUIMIOTERAPIA

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener grado de
Maestro EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

Presenta:

L.E. CARLOS FLORES PÉREZ

Dirigido por:

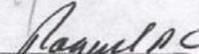
M.D YOLANDA MÉNDEZ GRAJALES

SINODALES

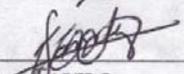
M.D. Yolanda Méndez Grajales
Presidente


Firma

M.C.E. Raquel Acuña Cervantes
Secretario


Firma

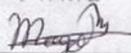
M.C.E. María del Carmen Castruita Sánchez
Vocal

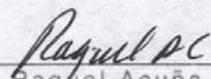

Firma

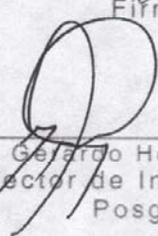
M.C.E. Alicia Álvarez Aguirre
Suplente


Firma

MC.E. Verónica Margarita Hernández Rodríguez
Suplente


Firma


M.C.E. Raquel Acuña Cervantes
Director de la Facultad


Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Mayo de 2008
México

RESUMEN

La población de pacientes sometidos a tratamientos farmacológicos, es susceptible de múltiples afecciones, ya que el tratamiento es sistémico mediante citotóxicos que actúan fundamentalmente sobre las células de rápida proliferación, originando múltiples afectaciones, lo cual colateralmente afecta la autoestima del paciente, así como su autonomía. Dada la importancia de lo anterior descrito es que se realiza el presente trabajo investigando la pertinencia de aplicar el autocuidado, tomando como referencia para ello las implicaciones de aplicar el autocuidado por parte del personal de enfermería, todo ello como método que disminuya en parte los efectos colaterales de los citotóxicos. Para ello el objetivo general fue Identificar la pertinencia de la aplicación de autocuidado en pacientes oncológicos. De tal manera que se compruebe la hipótesis establecida, misma que menciona que se obtiene beneficio al permitir psicológicamente que el paciente afronte la situación, evitando así alterar autoestima y sentido de pertenencia. La importancia de la presente investigación, para enfermería, recae en tener bases para aplicar el autocuidado en pacientes con tratamiento citotóxico y que a su vez, que éste permita un mejoramiento en la integridad del paciente, así como en sus esferas psicológica y somática, en tanto que para la institución en poseer un elemento que permita la adecuada implementación de un tratamiento, produciendo en el paciente efectos colaterales mínimos. Dicho estudio es descriptivo, cualitativo-cuantitativo transversal, desarrollado en el Centro Estatal de Cancerología (CECan) del Estado de Veracruz, analizando 118 pacientes sometidos a quimioterapia, con una muestra de conveniencia y mediante la aplicación de dos instrumentos con preguntas elaboradas que conjuntan la escala Hamilton y escala Zung. Posteriormente, mediante el programa de análisis estadístico *Estatistic* versión 8.0 se obtiene que resulta de gran importancia hacer hincapié en la evidencia de que el autocuidado resulta indispensable en el tratamiento de Quimioterapia, dicha evidencia emerge del precedente que un alto porcentaje de las personas entrevistadas toma acciones ineficaces para evitar depresiones así como un auto cuidado ineficaz.

Palabras clave: Autocuidado, quimioterapia/tratamiento con citotóxicos, depresión.

SUMMARY

The population of patients submitted to cytotoxic treatments, is capable of multiple affections, since the treatment is systemic by means of cytotoxic that act fundamentally on the cells of rapid proliferation, originating multiple affectations, which colateralmente affects the autoesteem of the patient, as well as your autonomy. Given the importance of the described previous thing is that the present work is realized investigating the relevancy of applying the autocare, taking the implications as a reference to it of applying the autocare on the part of the personnel of infirmary nursing, all this as method that diminishes partly the collateral effects of the cytotoxic ones. For it the general aim was To identify the relevancy of the application of autocare in patients oncologics. In such a way that there is verified the established hypothesis itself, that it mentions that benefit is obtained on having allowed psychologically that the patient should confront the situation, avoiding this way to alter autoesteem and sense of belonging. The importance of the present research, for infirmary, relapses in having bases to apply the autocare in patients with cytotoxic treatment and that in turn, that this one allows an improvement in the integrity of the patient, as well as in your spheres psychological and somatic, while for the institution in possessing an element that allows the suitable implementation of a treatment, producing in the patient collateral minimal effects. The above mentioned study is descriptive, qualitative - quantitative transverse, developed in Cancerología's State Center (CECan) of the State of Veracruz, analyzing 118 patients submitted to chemotherapy, with a sample of convenience and by means of the application of two instruments with elaborated questions that combine the scale Hamilton and scale Zung. Later, by means of the program of statistical analysis Estadistic version 8.0 obtains that it ensues from great importance emphasize in the evidence of which the autocare turns out to be indispensable in the treatment of Chemotherapy, the above mentioned evidence emerges of the precedent that a high percentage of the interviewed persons takes ineffective shares to avoid depressions as well as an elegant ineffective car.

Key words: self-care, chemotherapy / treatment with citotóxicos, depression.

DEDICATORIAS

A mis padres, quienes durante todos estos años confiaron en mí; comprendiendo mis ideales y el tiempo que no estuve con ellos. Me alentaron y motivaron siempre a concluir mis metas.

A mi esposa quien siempre ha sido una verdadera e inagotable fuente de inspiración y superación. Quien tuvo la paciencia de esperar a que llegara este momento mientras yo dedicaba horas para lograrlo.

A mi familia, quien sin duda alguna ha forjado esa necesidad de superación, con valores y virtudes.

A todos aquellos que estuvieron, los que están y continúan a mi lado, mis amigos y compañeros de estudio, que con momentos gratos y otros amargos, han marcado una linda etapa de mi vida

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros, por haber sido ejemplo de superación, formado ideales y profesionalismo mediante el conocimiento

Al personal del Centro Estatal de Cancerología del Estado de Veracruz, por su apoyo para la realización de esta investigación

A mi asesora de tesis por su apoyo, confianza y motivación para concluir este trabajo.

Finalmente a todas las personas que se cruzaron en este camino y que me dieron palabras de aliento y apoyaron a alcanzar mi meta. Todas aquellas para quienes no tengo letras para seguir diciendo el gran regocijo que me da poder alcanzar este objetivo, en donde profesores y compañeros dejan parte de su vida, para dar vida a las ilusiones formadas desde niño y que hoy se hacen realidad.

INDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
I INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	6
2.1 Teoría de autocuidado	6
2.2 Quimioterapia.	12
2.3 La depresión y el cáncer	18
III. METODOLOGÍA	22
3.1 Tipo de estudio	22
3.2 Población y muestra.	24
3.3 Instrumento.	24
3.4 Procedimiento	26
3.5 Análisis estadístico	27
3.6 Consideraciones éticas	28
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	29
V PROPUESTAS	58
BIBLIOGRAFÍA	59
APENDICES	61

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Página
4.1 Porcentajes de escala de Hamilton de acuerdo a los rangos de Edad	31
4.2 Estadísticas descriptivas de la edad de los pacientes	33
4.3 Relación de autocuidado, depresión y conocimiento del tratamiento	53

ÍNDICE DE FIGURAS

4.1 Análisis de correspondencia	29
4.2 Análisis de cluster	30
4.3 Edad de los pacientes	32
4.4 Rango de edad de los pacientes con presencia de depresión	34
4.5 Distribución porcentual del estado de ánimo	35
4.6 Distribución porcentual si conoce el tipo de tratamiento	36
4.7 Distribución porcentual si conoce qué hacer para evitar, complicaciones a causa del tratamiento	37
4.8 Distribución porcentual de las reacciones adversas al tratamiento	38
4.9 Distribución porcentual, de que hacer para evitar depresiones	39
4.10 Análisis del concepto de autocuidado	40
4.11 Distribución porcentual del concepto de autocuidado	41
4.12 Distribución porcentual de la escala de HAMILTON.	42
4.13 Resultados de la Escala Zung	43
4.14 Comparación de cómo considera su estado animo, Escala de Hamilton	44
4.15 Comparación del tratamiento y como actúa con el hacer para evitar complicaciones	45
4.16 Comparación de conocimiento sobre cómo actúa el tratamiento, con la explicación del auto cuidado	46
4.17 Comparación conocimiento sobre cómo actúa el tratamiento, el grado de autoestima	47
4.18 comparación del concepto de auto cuidado, con la explicación del cuidado del tratamiento	48
4.19 Comparación del auto cuidado, con la escala de Hamilton	49
4.20 Comparación del auto cuidado, con la escala de Hamilton	50
4.21 Comparación del auto cuidado del tratamiento, con los signos de reacciones adversas	51
4.22 Comparación de las acciones para evitar depresiones, con que si ha aplica el dicho de auto cuidado	52
4.23 Estrategias de autocuidado	54

I. INTRODUCCIÓN

Hasta hace muy poco tiempo se consideraba al cáncer como una enfermedad en un órgano, se veía como una enfermedad y se combatía sólo con cirugía, quimioterapia o radioterapia. Hoy en día se atiende al paciente en su unidad emocional y física, psicológica y orgánica. Asimismo se actúa también en esos ámbitos. De esta manera se conceptualiza en los países de primer mundo.

El tratamiento citotóxico es de los tratamientos con más efectos adversos, de ahí la importancia de conocer e informar la aplicación de autocuidado. Es un hecho que una persona al ser diagnosticada con cáncer, de inmediato se deprime, opta por pensar las terribles consecuencias de su patología y entra en una etapa depresiva que perdurará por todo el transcurso de su tratamiento.

La población de pacientes sometidos a tratamientos citotóxicos, es susceptible de múltiples afecciones, como consecuencia del mismo tratamiento, mismo que es sistémico y afecta a todo el organismo. Estos fármacos actúan fundamentalmente sobre las células de rápida proliferación, como las de la mucosa intestinal, lo que ocasiona mal absorción. Los efectos indeseables más frecuentes de este tratamiento son las náuseas y vómitos, que aparecen en más del 70% de los pacientes. Por lo que principalmente se ve afectada la autoestima del paciente, originándose depresión en múltiples grados, así como su autonomía. De ahí que surge como problema que se debe atender, mediante alguna estrategia que permita un tratamiento que genere una autoestima positiva y sostenida.

Se considera que un paciente que atiende a sus necesidades de autoestima, tiene menores probabilidades de sufrir intensamente los efectos colaterales de los fármacos citotóxicos, es por ello que se pugna por educar,

informar y orientar sobre los cambios y efectos que se producen en el organismo, como consecuencia del sometimiento a quimioterapia.

Debido a que la quimioterapia puede dañar a las células sanas al igual que a las cancerosas. Las células que tienen más probabilidades de sufrir daños son las de la médula ósea, los folículos pilosos y las del recubrimiento del tubo digestivo. Es entonces cuando merma la autoestima del paciente, al verse con caída de cabello, diarrea constante y emesis subsecuente. Y por consiguiente se presenta la depresión. Sin embargo, resulta punto de oportunidad para aplicar el autocuidado y evitar la incidencia de depresión.

Hoy día el cáncer es uno de los principales problemas de salud pública, se ha convertido en uno de los principales enemigos de la humanidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) advierte que para el año 2025 se presentarán 15.5 millones de nuevos casos, así mismo refiere que anualmente fallecen más de seis millones de personas en el mundo. Esta situación se torna crítica y cada vez más alarmante.

En la publicación de Investigación y desarrollo en Septiembre de 2001, se menciona que en México las enfermedades oncológicas son la segunda causa de muerte en población general, sólo después de las cardiovasculares, representando así gastos millonarios para los institutos de salud que las atienden. De 1950 a 1998 las muertes por enfermedades oncológicas tuvieron un incremento de 68 por ciento. A partir de la década de los noventa, los tumores malignos aumentaron considerablemente en mexicanos mayores de 30 años y según el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas de 1998. Así mismo se refiere que en México las entidades con mayor incidencia de cáncer, como son Morelos, Querétaro, Chiapas, Guerrero y Distrito Federal (López, 2001).

Padecer cáncer y tener que someterse a un tratamiento de quimioterapia no significa convertirse en un paciente pasivo y dependiente. Y esto resulta otro elemento para aplicar pertinente y oportunamente el autocuidado. Dado lo anterior resulta de prioridad que cada paciente goce de buen ánimo, una elevada autoestima y la información necesaria para su adecuada alimentación, así como los elementos para autoelevar dicha autoestima y mantenerla así.

Es normal y humano que los pacientes con cáncer experimenten sentimientos de temor, irritabilidad y depresión. Si lo anterior se asocia a estadios de preocupación por la imagen, la vida y la erogación de elevados costos de tratamiento, estrés y el someterse a un tratamiento oncológico, que en ocasiones inevitablemente produce alteraciones físicas, gastrointestinales, etc. Sin lugar a dudas se verá alterada la esfera psicológica, a consecuencia de un debilitamiento de la autoestima que origina cambios emocionales, manifestados por tristeza, melancolía, auto desprecio, entre otros muy característicos de auto rechazo. Por ello, es conveniente que los pacientes, familiares y personal de salud, aprendan a reducir la tensión que los pacientes sufren y que les ayuden a expresar sus problemas y sentimientos. Se comenta que la familia debe permitirles estos momentos, es decir, no coartarlos permitiendo que se desahoguen, sin embargo no lo es todo, se debe educar a dichos pacientes sobre el tratamiento que reciben, cambios físicos que se producen como efecto colateral del mismo y la aplicación del autocuidado a efectos de disminuir situaciones depresivas o cualquiera que deteriorara su autoestima.

Ya algunas investigaciones, como la del doctor Williams en noviembre de 2005 en Estados Unidos, han comprobado que la autoestima es un elemento benéfico para la rehabilitación total o parcial de un paciente, dado que los procesos mentales que se generan a partir de una autoestima positiva o negativa, juegan un papel importante y es precisamente el autocuidado en los pacientes con quimioterapia, entendido como lo plantea Dorotea E. Orem, el que logrará el beneficio en la autoestima, mediante

aquellas acciones que el paciente implementa en beneficio de su persona. Dichas acciones deben ser enseñadas por el personal de responsable de su tratamiento, mismo que debe ser integral a efectos de educar, concienciar y tratar sobre la patología. Una vez que el paciente sea tratado de esta manera limitará al mínimo las crisis depresivas, mediante un conocimiento previo que se traslapa a la implementación de estrategias de autocuidado.

En el presente trabajo se investiga la manera en que se relaciona la incidencia de depresión en el paciente oncológico con el autocuidado, tomando como referencia para ello las acciones que ejecutan los pacientes en el tratamiento que demuestren una aplicación de autocuidado, o falta de éste todo ello como método que disminuya en parte los efectos colaterales de los citotóxicos.

Las actividades de autocuidado que más se destacan, son las de promoción de bienestar, percibiéndose la necesidad de recibir mayor información respecto a esta situación en sus vidas, la cual es necesario enfrentar desde un punto de vista sanitario y social con una programación acorde y la misma naturalidad con que se enfrentan otras situaciones de enfermedad y contando con el apoyo adecuado y necesario para alcanzar el bienestar.

De lo anterior se desprende la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre incidencia de depresión y aplicación de autocuidado en pacientes con quimioterapia?

1.2 Objetivos.

1.2.1 *Objetivo general.*

Analizar la relación existente entre depresión y autocuidado en pacientes con quimioterapia.

1.2.2 *Objetivos específicos.*

- Caracterizar la población de estudio.
- Analizar el concepto de autocuidado que poseen los pacientes con quimioterapia.
- Identificar la aplicación de autocuidado en pacientes con quimioterapia en el ámbito intrahospitalario.
- Determinar la incidencia de depresión y la relación existente con autocuidado en pacientes con quimioterapia
- Favorecer la cultura de autocuidado en sectores poblacionales que reciben tratamiento de quimioterapia.

1.3 Hipótesis: existe relación directa entre depresión y autocuidado en pacientes con quimioterapia.

La prueba de confiabilidad estadística de hipótesis queda demostrada con lo siguiente: De acuerdo al tipo de datos se considero conveniente realizar una prueba de Bondad de Ajuste, con la finalidad de identificar si existen relaciones o asociaciones entre las variables de interés. En este caso se tiene el siguiente planteamiento de hipótesis:

Hi: La variable depresión está relacionada con la variable autocuidado.

II. REVISION DE LITERATURA

Al interior de este capítulo se analizará la teoría de autocuidado de Dorotea Orem, mediante la descripción de las tres subteorías que se relacionan entre sí y que permiten concebir el autocuidado desde el enfoque de Orem, así mismo se analizará el tema de quimioterapia, con sus múltiples cambios que produce en el cuerpo humano y la relación que guarda la depresión con la patología cáncer.

Teoría de autocuidado de Dorotea E. Orem

La práctica de la enfermería se ve continuamente enfrentada a la identificación de problemas cuyo objetivo no es sólo combatir la enfermedad, sino satisfacer un amplio repertorio de necesidades humanas cuya valoración y diagnóstico forman parte sustancial de la actividad actual del enfermero.

Una de las grandes teóricas de la ciencia, la enfermera Dorothea Elizabeth Orem en 1958, estableció un modelo conceptual basado en el déficit del autocuidado, abordando este aspecto como una necesidad humana, y hace alusión al autocuidado y al déficit del mismo, definiendo así la estructura y contenido de la profesión de enfermería y describió a la enfermería como un servicio.

La mencionada autora estableció entonces su teoría del déficit del autocuidado como un modelo general y abordó el autocuidado como una necesidad humana. Resaltó así la particular atención que han de prestar los enfermeros a la satisfacción de la necesidad de autocuidado de las personas, para prolongar su vida y la salud o para recuperarse de lesiones y enfermedades.

Mediante la aplicación del método científico, “el proceso de atención de enfermería, se logra resolver la dificultad de autocuidado en los pacientes. Este proceso es la esencia de la profesión, muy útil para estructurar el ejercicio enfermero y con una finalidad muy importante que es la satisfacción de las necesidades de los individuos” (Orem, 2001). La obra de esta investigadora norteamericana se extiende a toda la enfermería, se aplica y experimenta en centros de educación y asistenciales y suele incluir aspectos relativos a seres humanos, su entorno y salud.

Marriner en el año 2000 describe el fundamento del modelo de enfermería de Orem, es la teoría del autocuidado. La práctica de actividades de autocuidado se aprende conforme el individuo madura y tienen la finalidad de mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar.

De acuerdo al citado autor todas las personas poseen las condiciones o requisitos universales de autocuidado que a continuación se mencionan:

- Conservación de una ingestión suficiente de aire, agua y alimentos.
- Suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.
- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso y entre la soledad y la interacción social.
- Evitar los riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar.
- Promover el funcionamiento y el desarrollo de los seres humanos dentro de grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

La teoría del déficit de autocuidado desarrolla las razones por las que una persona puede beneficiarse de la enfermería y sus acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo (Orem, 2001).

El déficit de autocuidado es: “por tanto la falta de capacidad del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento saludable. Con el fin de ayudar a definir la magnitud de la responsabilidad de enfermería, las funciones y acciones de pacientes y enfermeros” (Orem, 2001).

Wesley en 1997, refiere del autocuidado lo siguiente: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- 1 Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- 2 Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los

distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- 3 Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entrono para el desarrollo (Orem, 2001).

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionándolos con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. (Bayés, 1985).

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1 Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2 Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3 Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda.

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería. La aplicación de la teoría de los sistemas de enfermería de Dorothea Orem durante la etapa de intervención puede proporcionar muy buenos resultados en la práctica asistencial, tanto para el enfermero como para el paciente. Esto le resulta de absoluta utilidad al profesional de enfermería para desarrollar y convalidar conocimientos en esta disciplina, además que guía el ejercicio profesional y la investigación.

Al paciente le brinda la posibilidad de interactuar con el profesional para lograr con éxito los objetivos propuestos. El enfermero de esta forma involucra al paciente en su propio cuidado. Es conveniente aplicar el modelo de Orem siempre que la capacidad de satisfacer necesidades de autocuidado de una persona sea inadecuada o insuficiente. Por consiguiente debe diseñarse y

ejecutarse en la práctica un sistema de enfermería que compense las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado o de cuidados dependientes.

El sistema de apoyo y educativo se puede aplicar a un paciente que es capaz de desempeñar las actividades de autocuidado por sí solo pero que necesita aprender a ejecutar acciones necesarias para mantener su salud y bienestar. Es decir, el enfermero actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían realizar sin esta ayuda. La enseñanza es un componente indispensable de la asistencia de enfermería y se orienta a fomentar, conservar y restaurar la salud. Cada contacto que el enfermero establece con una persona, sin importar si está enfermo o no, debe considerarse como una oportunidad para la enseñanza. El enfermero tiene la responsabilidad de presentarle la información que necesita para motivarlo a que aprecie la necesidad de aprender (Marriner, 2000).

El sistema de apoyo educativo exige de este personal sanitario un incremento cognoscitivo de su profesión además de preparación para responder de manera calificada a las preguntas del paciente o sus familiares. Así como brindar el conocimiento que el mismo paciente requiere para tratar su patología y prevenir complicaciones que le provean susceptibilidad a complicaciones.

En el análisis de los documentos de Dorotea Orem se infiere que la vinculación con otras enfermeras a lo largo de los años le proporcionó muchas experiencias de aprendizaje, y considera que sus trabajos con estudiantes graduados, y de colaboración con colegas, fueron esfuerzos valiosos. Si bien no reconoce a nadie como influencia, principal, sí cita los trabajos de muchas otras enfermeras en términos de su contribución a la enfermería. Dando origen a un trabajo inagotable de análisis e interpretaciones que ya muchos investigadores se han dado a la tarea de adoptar para diversos contextos, pues

a groso modo, brinda la pauta de la prevención de patología para beneficio de la sociedad, desde un panorama de educación y enseñanza de autocuidado.

Quimioterapia

Con respecto a la Quimioterapia Beremblum en el año 2000, refiere que se tiene que es el uso de fármacos para matar células cancerosas, la mayoría de éstas actúa dañando el ADN de las células, de forma que ya no pueda crecer ni sobrevivir. Su éxito depende de que las células malignas sean más sensibles que las normales a la acción de estos fármacos. Las células de la médula ósea, intestino, piel y folículos pilosos son muy sensibles a la quimioterapia, lo que explica los efectos habituales de ésta: llagas en la boca, diarrea, erupciones y alopecia.

Los cambios que se presentan comúnmente son:

- a) Sangre: La quimioterapia afecta de forma importante a la “*fábrica celular*” de la sangre, es decir, a la médula ósea; por ello debe someterse en cada ciclo a una analítica de sangre. La afectación se muestra, aproximadamente, de 1 semana a 10 días después del tratamiento y al cabo de otra semana, aproximadamente, deben normalizarse los parámetros.

Por ello, los tratamientos se espacian de forma que se de tiempo a la médula ósea a recuperarse. Durante el tiempo en que la médula ósea se ve más afectada, suele existir: disminución de glóbulos rojos; anemia (se notará un cansancio anormal a la actividad que se realice, también se puede notar mareos al ponerse en pie tras estar acostado).

En múltiples casos se administra hierro, al mismo tiempo que se elaboran dietas que permitan una alimentación adecuada que provea de los elementos que el paciente pierde paulatinamente, además de terapias de relajación que le permitan descansar lo necesario.

Respecto a la disminución de glóbulos blancos, se debe prevenir cualquier posible infección, evitando estar cerca de personas con alguna patología viral o bacteriana de fácil contagio, por ejemplo con gripe, etc., así como evitar multitudes en ambientes cerrados. Entre otras recomendaciones se encuentran:

- Lavarse frecuentemente las manos secándolas bien, mantener limpios los dientes y encías, usando un cepillo blando para evitar heridas.
- Beber abundantes líquidos, ya que así al orinar con frecuencia, evitará que la vejiga pueda desarrollar infecciones.
- Curar cuidadosamente cualquier herida o rasguño.
- Consumir los alimentos crudos o frescos bien lavados; frutas, verduras, etc.
- Disminución de las plaquetas; se deben prevenir heridas, golpes, etc. ya que puede sangrar y hacerse fácilmente hematomas.

Los glóbulos rojos, blancos y plaquetas vuelven a la normalidad a la siguiente semana, ayuda a ello llevar una vida sana, relajada, evitando el estrés y nutriéndose adecuadamente.

- b) Nutrición: Mantenerse bien nutrido, y conservar el peso mientras se recibe la quimioterapia es particularmente importante para su recuperación.

Es necesario mantener un peso de 3 a 5 Kg. del peso habitual. Es muy posible que durante los meses de tratamiento el peso oscile; habrá días en que se perderá el apetito y otros en que comerá con normalidad.

Si se está en tratamiento con corticoides, es normal que se vea más inflamada/o, que aumente de peso, que aumente la tensión arterial e incluso la glucosa en sangre; para evitar que estos efectos lleguen a ser un problema, es recomendable comer sin sal, disminuir el consumo de azúcar y controlar regularmente la tensión arterial y la glicemia, pues en caso de ser hereditario de alguna de estas patologías se es susceptible en mayor medida.

c) Cambios en el olfato y gusto: no todos los medicamentos para quimioterapia provocan este efecto, sin embargo en los casos en los que se suscita, son pérdidas temporales manifestadas por:

- Los problemas de olfato se alivian modificando las formas de preparar o cocinar los alimentos.
- Evitar el café, coliflor, bacón, frituras, cuyo aroma es muy penetrante.
- Comer ciertos alimentos fríos, sin calentar, facilita la tolerancia.
- Ciertos tipos de carne cocida, despiden menos olor que si se preparan a la plancha o al horno.
- La gelatina, suele ser muy bien tolerada si se mezcla con carne, verduras, etc.

En cuanto al gusto; se puede experimentar un cambio temporal del mismo provocado por los medicamentos que entran en la saliva y alteran el sabor de la comida (Otto, 2002).

d) Boca seca: Es debido a la disminución en la producción de saliva, ante ello es recomendable, recomendado por Ackerman Renato (1998).

Para ello se recomienda:

- Ingerir alimentos en forma de guisos, con salsas ligeras, en forma de purés ligeros.
- Si la boca no se encuentra inflamada, puede consumir alimentos o bebidas agrias o dulces, masticar chicle, chupar un caramelo o polo ya que esto estimulará la producción de saliva.
- También es recomendable, enjuagarse la boca con agua tibia antes de comer.

e) Boca y garganta inflamada (mucositis): es la hinchazón, irritación y ulceración de las células mucosas que revisten el tracto digestivo. Puede desarrollarse en cualquier lugar del tracto digestivo, desde la boca hasta el ano. Se trata de un efecto secundario de la quimioterapia que puede ser muy problemático y doloroso. Detectar la mucositis prematuramente ayuda a controlar algunos de los síntomas.

Respecto de ello se debe considerar lo siguiente:

- Se toleran bien los alimentos como purés, alimentos para bebés, etc.
- Si toma los alimentos con paja y los envía hacia la garganta, evitará las zonas más sensibles de la boca.
- Debe mantener la boca bien limpia y cómoda.
- Mantener los labios húmedos con cacao y vaselina.
- Enjuagarse la boca con una solución de bicarbonato y agua, o bien, la que le recete su médico, (evitar las comerciales); éstas limpian y neutralizan la acidez de la boca.

- Evitar alimentos calientes, picantes, así como, las bebidas ácidas y muy calientes.

f) Diarrea: Se denomina diarrea a un aumento en la frecuencia de las deposiciones (más de tres al día) acompañada de una disminución de la consistencia de éstas. A veces la diarrea puede contener sangre, moco, pus y alimentos no digeridos.

Es necesario mantener una buena ingesta de líquidos para sustituir los minerales perdidos, sobre todo el sodio y el potasio, controlar las posibles pérdidas de peso y sobre todo valorar cambios de coloración de tegumentos (Otto, Shirley, 2002).

Ingerir zumos, sopas y bebidas isotónicas; éstas suelen reponer el sodio y potasio perdidos. Se recomiendan sobre todo a temperatura ligeramente tibia, ya que frías irritan el intestino y puede aumentar las diarreas.

No ingerir bebidas con gas; en caso de no poderse evitar, se recomienda que estratégicamente se evapore el gas a efectos de evitar que estos se alojen en el intestino. Así mismo ingerir alimentos con alto contenido en fibra, pues esto permitirá la motilidad intestinal y favorece al mismo tiempo la digestión, impidiendo el alojamiento de bacterias.

Dentro de las muchas bebidas que se deben evitar está la cafeína (té, café, chocolate, etc.) y alimentos grasos, fritos, leche entera, etc. Y de manera estratégica sustituir la necesidad de ésta por alimentos como: plátano no muy maduro, compotas de frutas, arroz, patatas cocidas, puré de zanahorias, zumo de melocotón; son alimentos bastante astringentes y con alto contenido en potasio.

g) Estreñimiento: es la emisión anormalmente retardada o infrecuente de heces usualmente secas y endurecidas (defecación o evacuación intestinal).

Para atender este efecto colateral se debe de consumir alimentos con alto contenido en cualquier tipo de fibra, siempre bien lavados, e incrementar a la vez la ingesta de agua, para disminuir el trabajo intestinal sobre todo entre comidas. Al mismo tiempo No tomar ningún laxante que no sea prescrito. Ya que los laxante pueden contribuir a un desequilibrio en la digestión y por ende mal funcionamiento del aparato digestivo.

El ejercicio diario favorece condiciones libres de estreñimiento, Es por ello que se recomienda en medidas no sobrepasadas de lo que la persona se ejercita habitualmente.

h) Molestias gástricas e intestinales: Ciertos alimentos pueden producir gases en estómago e intestino que son causa de hinchazón y producen sensaciones desagradables que limitan las comidas, otros provocan irritación de la mucosa y ardor de estómago. Para ello es recomendable:

- Evitar legumbres y verduras tipo col, cebollas, etc.
- Tomar alimentos ligeros en grasa y con poca fibra.
- No tomar en la misma comida alimentos sólidos y líquidos porque llenan demasiado y dificultan la digestión.

i) Náuseas: No todos los fármacos quimioterapéuticos provocan náuseas o vómitos. Además el sentir o no sentir náuseas por la quimioterapia no indica que sea más o menos efectivo

Es por lo anterior que se recomienda no ingerir medicamentos que alivien esas náuseas, pues no hace que sea más o menos efectivo debido al mismo efecto de los citotóxicos, de ahí que es indispensable el no auto medicarse. Cabe mencionar que antes de la quimioterapia, se administran los fármacos antieméticos (que previenen esas náuseas), prescritos por el médico que previamente ha analizado las condiciones del paciente para dicho proceso terapéutico

Además del fármaco, el estar relajado y tranquilo también contribuye a evitar las náuseas, se debe mantenerse siempre bien hidratado, tanto si se tienen náuseas como vómitos (Otto, 2002).

La depresión y el cáncer

En el libro "*La naturaleza, el conocimiento y la cura del cáncer*", su autor Gendron relata casos clínicos de dos pacientes, en donde por situaciones de "aflicción", como lo es la muerte de una hija en uno de los casos y en el otro caso la desaparición del esposo, mismo que había sido hecho prisionero. Las mujeres de estos casos, que siempre habían sido sanas y jamás habían experimentado molestia alguna en sus mamas, se percataron que el pecho se inflamaba y que, refieren prácticamente les "estallaba", en un cáncer desesperado (Greer, 1983).

Lo anterior nos evidencia la reacción del organismo ante el estrés que aparece súbitamente y que torna a la persona en una situación tensa, de tal modo que, sin percatarse, presenta daño celular tras perder el equilibrio del liquido intersticial, originando así la presencia de cáncer y deterioro de la autoestima.

Existen algunas investigaciones que demuestran que no sólo la depresión puede alterar aún más el desarrollo de la enfermedad, sino que puede ser condicionante a su aparición, dado que la presencia de depresión en la vida de un paciente, es un detonante para la incidencia de cáncer, pues conlleva a un desequilibrio en el que existe daño celular, originando así la presencia de la enfermedad.

En relación a lo anterior el doctor Snow, realiza en 1893, el primer estudio estadístico sistemático sobre el tema de cáncer, investigando 250 enfermas con cáncer de útero y de mama, que estaban siendo tratadas en el London Cancer Hospital, llegando a la conclusión de que el número de casos en los cuales, previamente al desarrollo de la enfermedad oncológica, se habían presentado estados depresivos, era lo suficientemente importante como para que no pudieran ser considerados azarosos (Vidal, 1999)

Se aprecia que muchos de estos primeros estudios estuvieron teñidos de subjetividad, quizá no corresponden con lo que hoy día se investiga como rigor científico, también se puede enjuiciar que estaban pobremente diseñados y muchas veces se evaluaban grupos demasiado pequeños o excesivamente heterogéneos. Sin embargo la pauta que marcan respecto del análisis de la depresión en el contexto de la patología de cáncer es de interés contemporáneo, pues ya estudios más modernos, como el de Rowland en 1990 han demostrado que tanto en las pacientes con diagnóstico de cáncer mamario, como en aquéllas que padecían enfermedad mamaria benigna, existía la misma proporción en las pacientes con un tratamiento depresivo previo a la aparición de la patología.

En la revisión de la revista ALCMEON se encuentra que el doctor Bernard Fox publicó en 1989, el resultado de una revisión exhaustiva de trabajos referidos al tema de la depresión en torno al cáncer, llegando a la

conclusión de que el análisis de la evidencia que aparecía, no era suficientemente consistente para afirmar una fuerte relación entre los síntomas depresivos y el cáncer. Sobre la misma base, tampoco se podría afirmar que dicha correlación no existe, solamente podemos decir que no ha podido ser demostrada. Es decir, no existe la clara evidencia de que la depresión conlleve al cáncer (Fox, 1989).

Sin embargo, en relación a lo anterior, actualmente se realizan estudios epidemiológicos que han detectado correlación entre las experiencias de vida severamente estresantes y la sobrevivencia del paciente oncológico. Es decir, que la depresión en el paciente oncológico es producto de las situaciones a las que se somete el mismo paciente al enfrentar el cáncer. Situaciones como los efectos colaterales en el mismo organismo y la proyección de imagen ante los seres que tiene significado en la vida del mismo paciente y proyección de imagen social ante personas ajenas, así como los pensamientos y el diálogo que el paciente ejerce consigo mismo.

Ante lo anterior Meyerowitz en 1990, planteaba que el impacto psicológico del cáncer de mama se manifiesta en tres áreas:

- 1 - El Área Psicológica, con aparición de ansiedad, depresión e ira.
- 2 - El Área Psicosocial, con notables cambios en la manera de vivir relacionados, sobre todo, con la afectación del estado de bienestar físico.
- 3 - El Área de las Ideas, con temores a la muerte, a la discapacidad y a la mutilación.

De estas tres áreas se deriva que los trastornos psicológicos que se presentan como consecuencia del padecimiento de esta enfermedad, dependen de numerosas circunstancias y factores. Dichos trastornos están

relacionados con la capacidad de los pacientes de, primero, afrontar el diagnóstico, y luego, el tratamiento de esta enfermedad

También tienen una marcada influencia el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento que se realice, la respuesta al mismo, la presencia y las características del dolor, el estado físico general, el apoyo familiar y social, y el tipo de alianza terapéutica que tanto la paciente como el equipo médico puedan desarrollar.

Los acontecimientos vitales estresantes padecidos a lo largo de la vida y la historia de depresión previos al diagnóstico de cáncer de mama, son fuertes indicadores de riesgo de estrés psicológico. Existe evidencia clara, de que la personalidad de los pacientes y su valoración subjetiva de los acontecimientos, así como el propio estímulo y la capacidad de auto motivación y auto aceptación, son factores clave en la adaptación al stress de padecer cáncer de mama.

III. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudio:

Un estudio descriptivo, cuali-cuantitativo transversal.

Estudio descriptivo: Modalidad de estudio que sólo busca especificar las propiedades importantes de entidades bajo investigación. Los estudios descriptivos miden conceptos o variables, ya que describir consiste en seleccionar una serie de cuestiones y medir cada una de ellas, independientemente, para *describirlas*. Este tipo de estudio requiere, por lo tanto, un significativo conocimiento previo del campo de investigación (Hernández, 2001).

Estudio cualitativo: En este tipo de estudio la recolección de datos utiliza técnicas que no pretenden medir ni asociar las mediciones con números, tales como observación no estructurada, análisis semántica y de discursos cotidianos, preguntas abiertas e introspección (Hernández, 2001).

Estudio cuantitativo: El objetivo de un estudio cuantitativo es el de obtener descripciones estadísticas (medidas cuidadosas y repetibles) de la satisfacción de los usuarios, relacionada con un conjunto de percepciones fijas o actividades de la dependencia. Los indicadores cuantitativos miden el grado de suficiencia con el que se cumple el criterio (satisfactorio, adecuado, no satisfactorio) (Hernández, 2001).

Estudio transversal: En este tipo de estudio se analiza en un único momento temporal, se mide la exposición y el efecto en una muestra poblacional, es decir, permiten estimar la magnitud y distribución de una situación o condición en un momento dado. El objetivo de un estudio transversal es conocer todos los casos de personas con una cierta condición en un momento dado, sin

importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron (Hernández, 2001).

3.2 Población:

La población que se toma para muestra, consta de pacientes de clase media y baja, que acude a tratamiento de cáncer con quimioterapia y que acuden de diversas zonas del estado antes citado y ocasionalmente deben permanecer en el Centro para intensificar su tratamiento. Son pacientes que en su mayoría han recibido tratamiento oncológico por más de 2 meses y que conocen los procedimientos mecánicos para ministrar el tratamiento.

La población a investigar es del Centro Estatal de Cancerología (CECan) del Estado de Veracruz y se analiza mediante un estudio descriptivo, cualitativo- cuantitativo transversal.

Muestra:

La muestra a analizar seleccionada, es de conveniencia, dado que se seleccionan en un lapso de dos semanas, los pacientes que acudieron a recibir tratamiento de quimioterapia. Analizándose un total de 118 pacientes.

Criterios de inclusión:

Pacientes en tratamiento oncológico con quimioterapia que acepten colaborar y aportar datos. En total se incluyeron 110 pacientes.

Profesional de enfermería que atienden a pacientes sujetos a quimioterapia. (Únicamente para observar la pertinencia de una propuesta en la

que Enfermería implemente formalmente el autocuidado, posterior a esta investigación)

Criterios de eliminación:

Se eliminaron de la investigación a 8 pacientes que no se encontraban dispuestos a colaborar con la investigación por motivos muy personales y en base a criterios éticos se decidió eliminar sus instrumentos junto con sus parciales respuestas.

3.3 Instrumento

El Instrumento 1 (Apéndice A) se integra de 12 preguntas abierta y 1 cerrada, con el propósito de recopilar información sobre los conocimientos y elementos que el paciente posee respecto al autocuidado.

El instrumento 2 (Apéndice B) se integra de preguntas cerradas basadas en la escala Hamilton, el cual será aplicado a los profesionales de la enfermería para determinar la presencia y gravedad del estado depresivo de los pacientes, mismo que se compara con la escala Zung (de autoevaluación para depresión) a efectos de determinar correspondencia entre éstas.

Escala Hamilton: Es una escala puntual que trata de evaluar los síntomas y signos depresivos de los pacientes estableciendo la presencia de depresión y su severidad. Fue ideada por Hamilton en 1960 y consiste en un test de valoración que consta de 17 items basados en la observación del paciente deprimido, de acuerdo a los criterios de la DSM-IV para el diagnóstico de depresión. Este puede ser aplicado por un personal entrenado especializado, con los datos referidos por el propio paciente o por un familiar cercano que se encuentra en contacto directo con el paciente.

Los items que toma en cuenta la Escala de Hamilton son: el humor depresivo, sentimientos de culpa, ideación suicida, insomnio, trabajo y actividades de la vida diaria, enlentecimiento psicomotor, agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales y generales, desinterés por el sexo, hipocondría, impresión sobre la enfermedad y pérdida de peso. A cada uno de estos items se le asigna un puntaje de acuerdo al grado de afectación encontrada durante la evaluación del paciente. Los puntajes mayores de 15 puntos se consideran depresión.

La puntuación va de 0 a 4 puntos de acuerdo al ítem estudiado, asignándole mayor puntaje de acuerdo a la severidad de los síntomas. Esta escala asigna un puntaje total mayor a 15 puntos para la depresión.

Escala Zung: La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 items para cada grupo, completándose la escala con dos items referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicómotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está

claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente” 1, en otras se hace referencia a “su situación actual” 2, o a la semana previa 3.

INTERPRETACION

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

Finalmente se asigna un rango a la puntuación obtenida, quedando de la siguiente manera: No depresión 50 (40 puntos), depresión leve 51-59 (41-47 puntos), depresión moderada 60-69 (48-55 puntos), depresión grave > 69 (> 55 puntos).

Este instrumento se piloteó con 30 personas y se deciden cambiar 2 preguntas cuyas respuestas confundían al investigado. Posterior a esta modificación se pilotean en busca de la satisfacción de la modificación y se decide implementar el instrumento con la muestra seleccionada.

3.4 Procedimiento

Se procedió a la aplicación de los instrumentos, una vez adquirido el permiso en la Institución en donde se realizara la investigación en busca de elementos que evidencien la relación entre depresión y autocuidado en pacientes sujetos a quimioterapia. Posteriormente se realiza el análisis de los datos obtenidos en los instrumentos aplicados.

Una vez teniendo estos datos se procede a realizar el cruce respectivo de la existencia de depresión y el análisis del concepto de autocuidado dentro del contexto de tratamiento y reacciones adversas asociadas al fármaco citotóxico, con la existencia de una aplicación de autocuidado por parte del paciente, mediante capacitación e información que coadyuve la oportuna aplicación en los pacientes.

Con lo anterior se determina la pertinencia del autocuidado en los pacientes que se someten a algún tipo de tratamiento citotóxico, así como la necesidad y beneficios de su aplicación.

3.5 Análisis estadístico

Una vez aplicado el instrumento se procedió a vaciar la información en una base de datos que se analizó con el programa Estatistic Consult versión 6.0, efectuando los cruces correspondientes de las variables.

De acuerdo al tipo de datos se considero conveniente realizar una prueba de Bondad de Ajuste, con la finalidad de identificar si existen relaciones o asociaciones entre las variables de interés. En este caso se tiene el siguiente planteamiento de hipótesis:

Hi: La variable depresión está relacionada con la variable autocuidado.

El análisis de las variables relacionadas entre si, se muestra en el apéndice C, con la demostración de Chi cuadrada.

Cuando se obtiene el análisis de la Tabla cruzada se observa el valor de la probabilidad obtenido, el cual se espera que sea menor que un nivel de

significancia $\alpha=0.05$; de manera que si esto ocurre se dice que se tiene suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula y optar por la alterna; es decir se concluye que existe relación o asociación entre las variables analizadas.

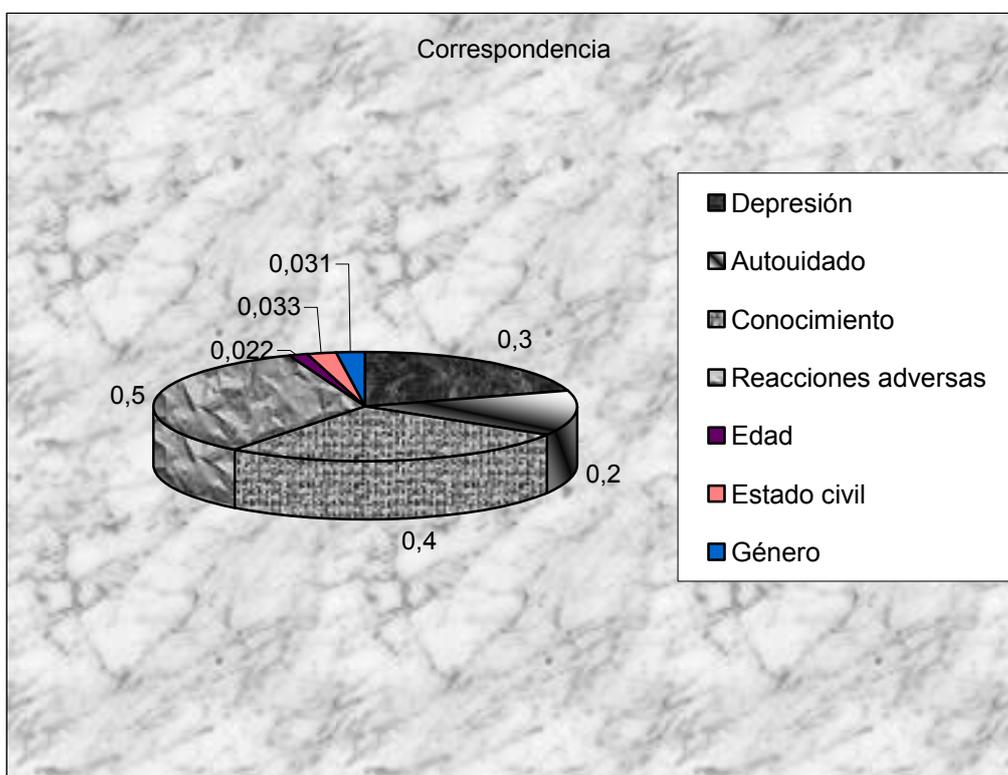
3.6 Consideraciones éticas

Se considerarán los aspectos éticos según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Salud (1993). Tal como lo establece el reglamento en el Título quinto Capítulo único, Fracción IV, se contará con el consentimiento escrito garantizando el anonimato de las enfermeras, su participación voluntaria, la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Este análisis se llevó a cabo en base al tipo de escala que presentan las variables del estudio; como se puede observar de acuerdo a la información que se espera obtener del cuestionario, solo la variable Edad está tomada en escala continua, mientras que la escala del resto de las variables pertenecen a una escala nominal, lo que solo permite obtener porcentajes, pruebas de bondad de ajuste para saber si existen relaciones entre las variables y análisis de correspondencia, el cual responde un gráfico en el cual se espera que presente grupos de variables de acuerdo a las dependencias encontradas.

FIGURA 4.1: Análisis de correspondencia.

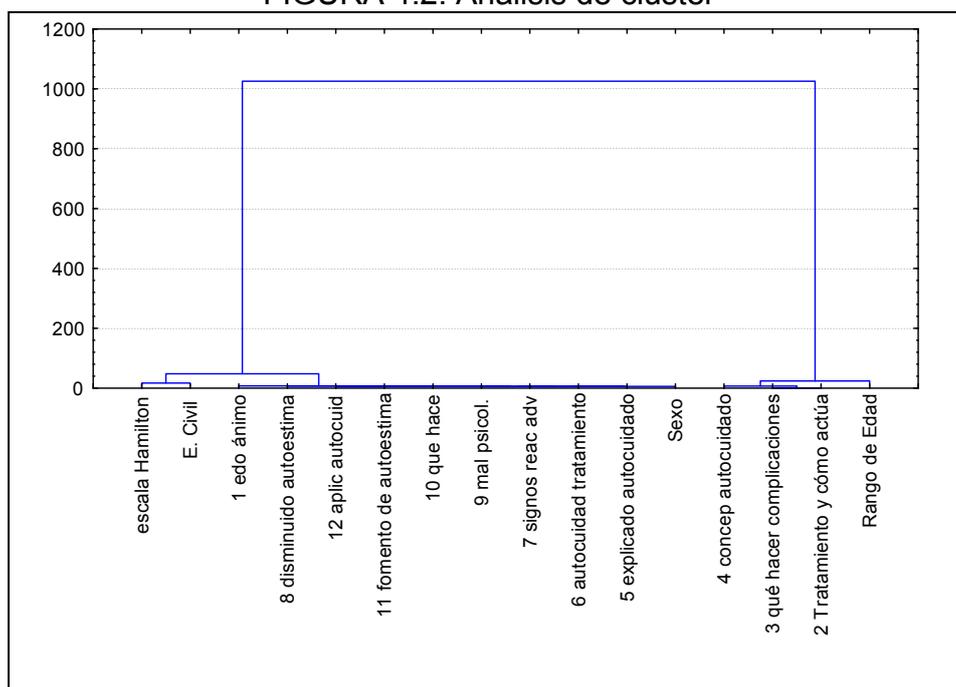


Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan.

Como se puede observar en la figura 4.1, existe una relación de la escala de Hamilton que valora grado de depresión y el concepto de autocuidado con elementos que favorecen su aplicación, como lo es el conocimiento del tratamiento, de las reacciones adversas y el proceso del mismo tratamiento. Mostrando así la correspondencia de lo que refiere el

paciente respecto de autocuidado, así como los resultados de depresión que arrojan las escalas Hamilton y Zung. Por otra parte queda evidenciado que no existe correspondencia entre género, estado civil, edad, ya que no resultan significativas para la investigación.

FIGURA 4.2: Análisis de cluster



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan.

Como se puede observar en la figura 4.2, no presentan asociaciones relevantes entre las variables de estado civil con estado de ánimo y rango de edad, pues son los marcados en análisis cluster, únicamente se muestra la asociación de tratamiento, con depresión en escala Hamilton, estado de ánimo y menor medida las acciones que toma el paciente respecto de su autocuidado, es decir: no sabe autocuidarse, lo cual nos lleva a inferir en las variables como elementos interrelacionados, así mismo evidencia la necesidad de conocimiento del tratamiento y manejo de efectos colaterales al tratamiento como elementos ligados al autocuidado del paciente con tratamiento de quimioterapia.

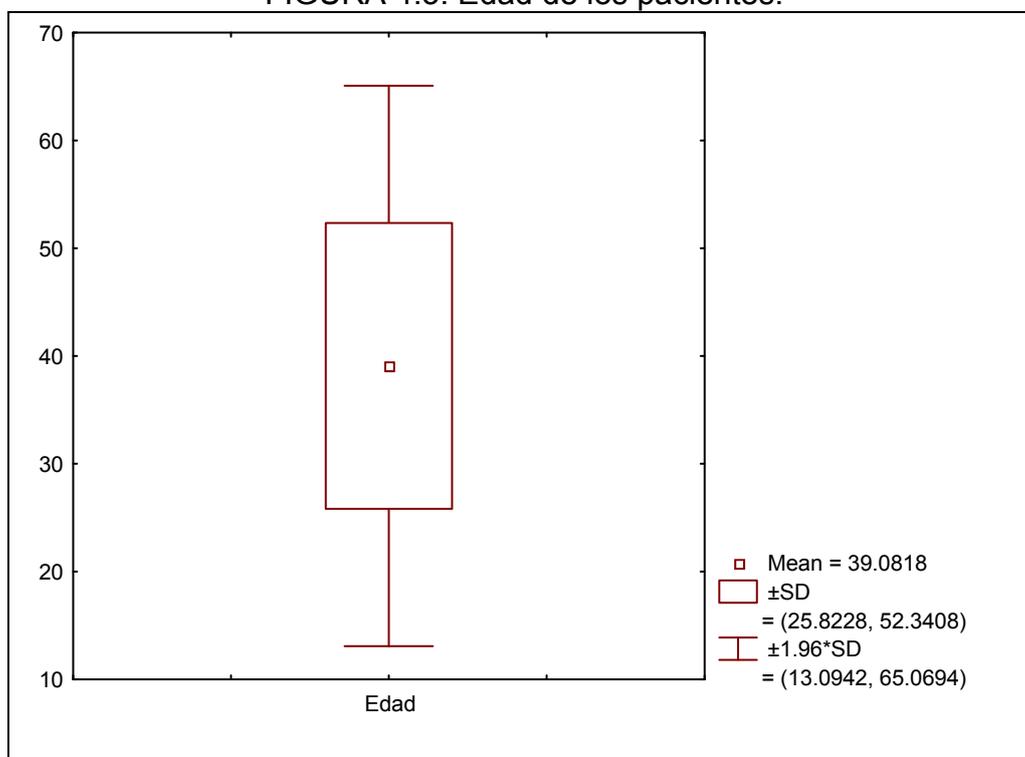
Cuadro 4.1: Porcentajes de escala de Hamilton de acuerdo a los rangos de Edad.

	Escala Hamilton Severo	Escala Hamilton Moderado	Escala Hamilton Ligero	Escala Hamilton Ausente	Total
Menos de 19 años	0 0.00%	0 0.00%	4 3.64%	1 0.91%	5 4.55%
20 a 29	1 0.91%	9 8.18%	8 7.27%	8 7.27%	26 23.64%
30 a 39	2 1.82%	10 9.09%	15 13.64%	6 5.45%	33 30.00%
40 a 49	1 0.91%	11 10.00%	7 6.36%	4 3.64%	23 20.91%
50 a 59	0 0.00%	6 5.45%	8 7.27%	2 1.82%	16 14.55%
60 a 69	1 0.91%	1 0.91%	1 0.91%	1 0.91%	4 3.64%
Más de 70 años	0 0.00%	2 1.82%	1 0.91%	0 0.00%	3 2.73%
Total	5 4.55%	39 35.45%	44 40.00%	22 20.00%	110 100.00%

Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan.

Nótese en el cuadro 4.1, que los mayores porcentajes corresponden a las categorías de Moderado y Ligero de la escala de Hamilton, para el rango de Edad de 20 a 49 años. Quizá la edad, como ya comprobó en el análisis de correspondencia, no es de mayor significancia, sin embargo la incidencia de escalas en moderado es de atender a la brevedad con la evidencia mostrada, ya que como se mostrará mas adelante, la incidencia de depresión en sus tres grados es de 80% en lo pacientes entrevistados, lo cual es muy alto y elemento coyuntural entre apoyo educacional y tratamiento, en la intención de implementar el autocuidado.

FIGURA 4.3: Edad de los pacientes.



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

En esta Figura número 4.3 se observa que la edad mínima y máxima de los pacientes del estudio es de 13 y 65 respectivamente; encontrándose un valor medio de 39 años. Nótese que existe simetría en la información. Mostrando la edad media de estos pacientes en tratamiento con quimioterapia oscilando en los 39 años de edad, entre los rangos antagónicos de 16 años y 84 años de edad. Rangos elevados por lo que el análisis de correspondencia resulta de poca significancia para esta investigación, lo cual nos remite a inferir que la relación de depresión y autocuidado no es adjudicable a un rango de edad.

En la tabla siguiente se muestran los intervalos de confianza al 95 en los límites inferior y superior, 16 y 84 años respectivamente, así como una desviación estándar de sólo 13.2 de desviación.

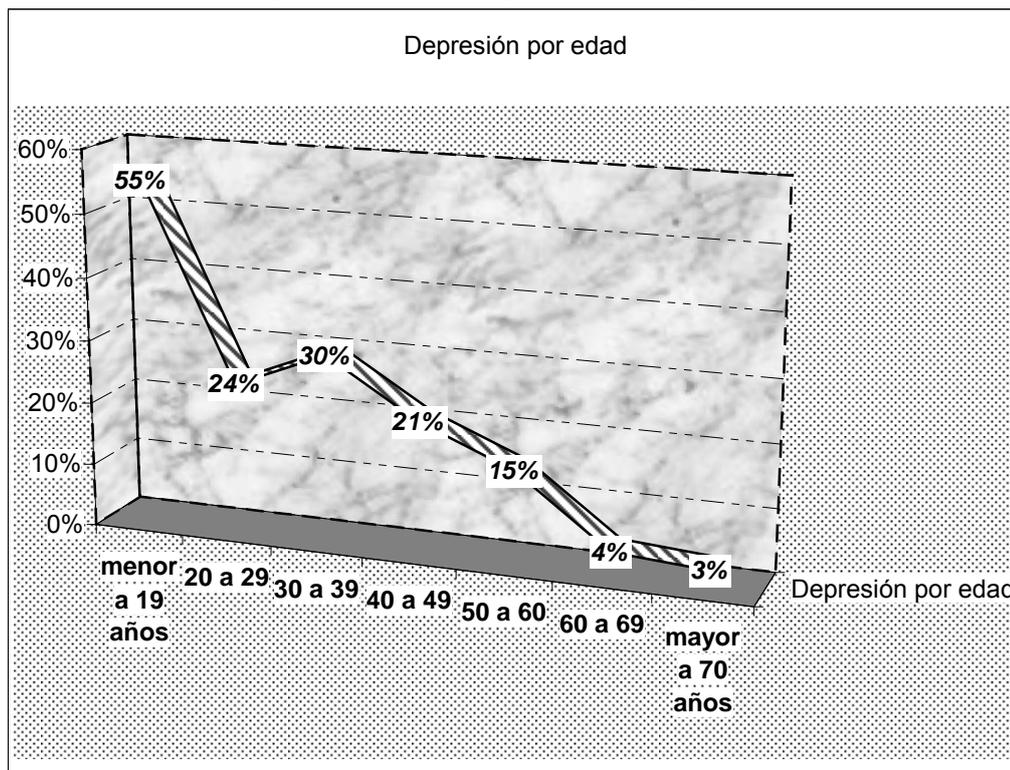
Cuadro 4.2: Estadísticas descriptivas de la edad de los pacientes

	N	Mean	Intervalo de confianza al 95 el limite inferior	Intervalo de confianza al 95 el limite superior	Mínimo	Máximo	Std. Dev.
Edad	110	39.08182	36.57623	41.58741	16.00000	84.00000	13.25898

Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

De acuerdo a los datos observados de las personas entrevistados se encontró una edad promedio de 39.08 años, con una desviación estándar de 13.25, donde el 95% de la población tiene una edad entre 36 a 41 años. Oscilando la edad media en los 39 años de edad. Dichos datos resultan de gran importancia si requiere que enfermería implemente apoyo educacional, pues parte la posibilidad de edad en las que el paciente goce de independencia plena en su cuidado, así como la conciencia a efectos de asimilar los conocimientos que le permitan implementar el autocuidado.

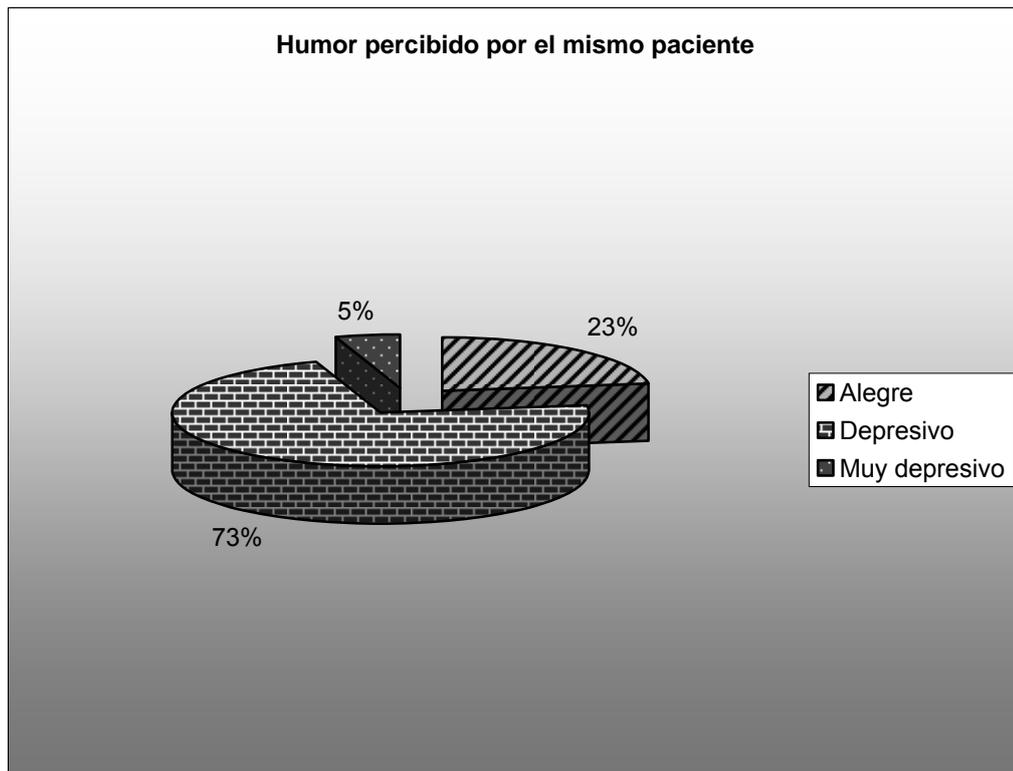
FIGURA 4.4 Rango de edad de los pacientes con presencia de depresión.



Fuente: encuesta aplicada a pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

Como se observa en la figura 4.4 el rango de edad con más porcentaje de incidencia de depresión es el de menores de 19 años. El segundo rango con mayor incidencia de depresión es el que se encuentra de 30 a 39 años con un 30% y en tercer lugar es el de 20 a 29 años con un 24%; solo existe un 3% de personas con edad de más de 70 años. Lo cual permite determinar que a mayor edad se presenta menor depresión.

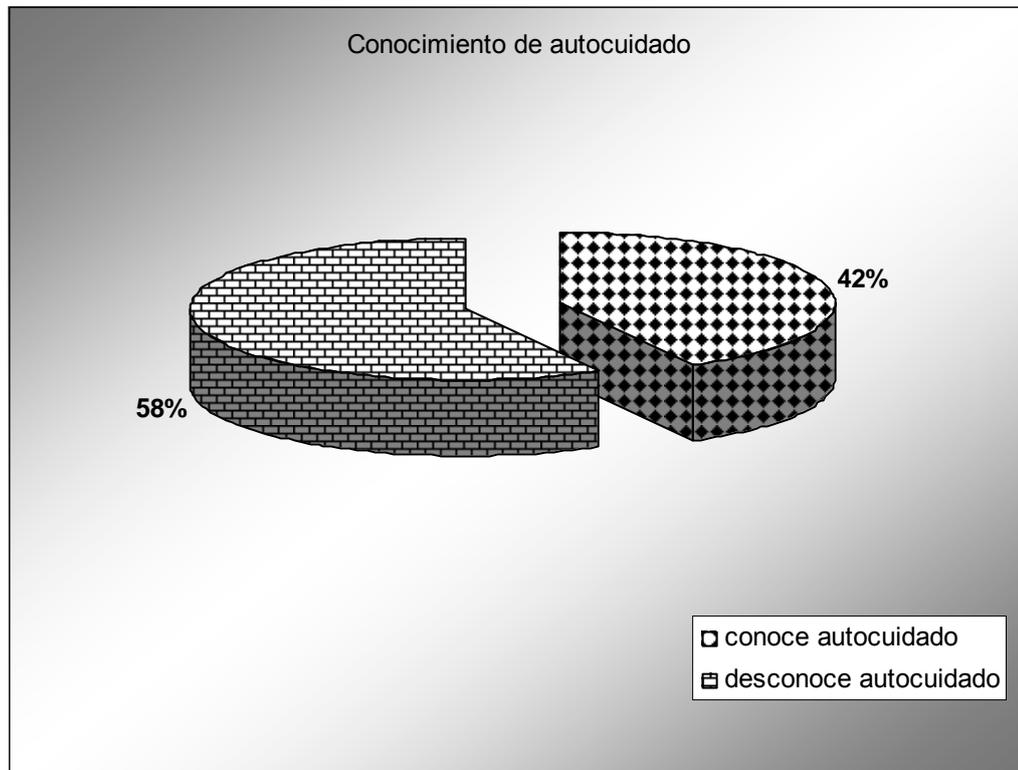
FIGURA 4.5: Distribución porcentual del estado de animo.



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

En la Figura 4.5 se observa el estado de ánimo de las personas se encuentra en primer lugar el depresivo con un 73%, y en segundo lugar alegre con un 23% y por ultimo muy depresivo con un 5%. Lo cual nos permite analizar el nivel de depresión que los mismos pacientes están presentando por múltiples factores asociados a la patología que enfrentan, así mismo es oportunidad de intervención de enfermería en la enseñanza del autocuidado como elemento que permita aceptar la patología, afrontar los cambios originados como efecto colateral de la misma patología y de esta manera prevenir la incidencia de depresión en cualquiera de sus niveles.

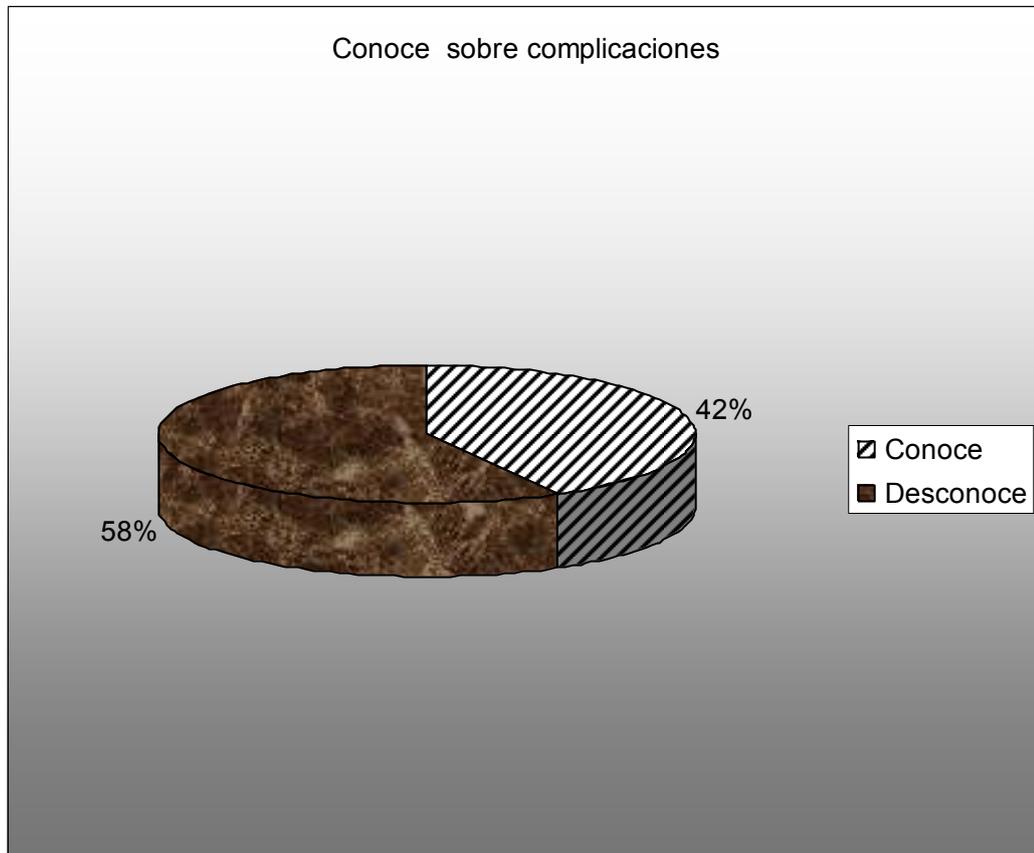
FIGURA 4.6: Distribución porcentual si conoce el tipo de tratamiento.



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

Como se aprecia en la Figura 4.6 el 58% de los pacientes refieren no conoce autocuidado para el tipo de tratamiento que están llevando, mientras que un 42% dijo conocerlo. Ante esta evidencia se puede inferir que el autocuidado no se ha aplicado en la mayoría de los pacientes, debido al mismo desconocimiento del tratamiento, sin embargo es elemento de aplicación de autocuidado por parte de enfermería, pues en el apoyo educacional como lo refiere Dorotea Orem sería el indicado en esta intervención.

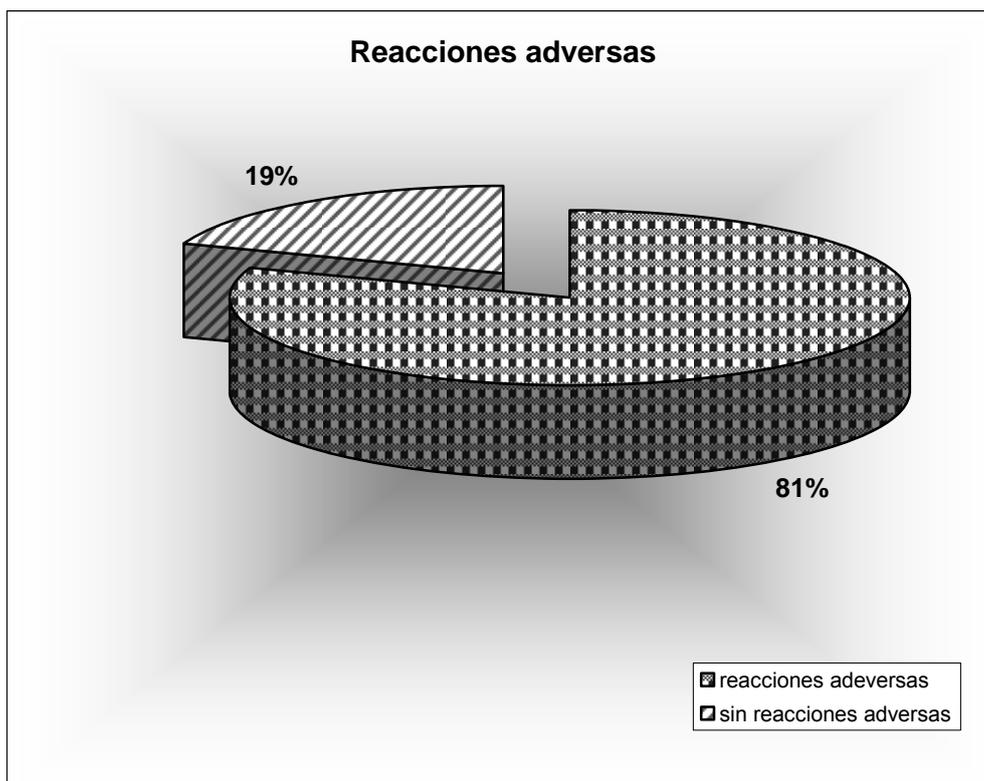
FIGURA 4.7: Distribución porcentual si conoce qué hacer para evitar, complicaciones a causa del tratamiento.



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

La anterior figura se relaciona directamente con el análisis en el que el paciente refiere en su mayoría no conocer el autocuidado para el tipo de tratamiento que recibe, pues si un paciente no conoce el tipo de tratamiento con el que afronta una patología, es más difícil aún que pueda llegar a conocer las complicaciones que su organismo presente a causa del mismo tratamiento o de la evolución de la patología, lo cual nos permite aplicar autocuidado como apoyo educativo tal como lo refiere Orem, dado que en la Figura 7, el 58% dijo que desconoce que hacer para evitar alguna complicación a causa del tratamiento, mientras que el 42% dijo que si sabe que hacer.

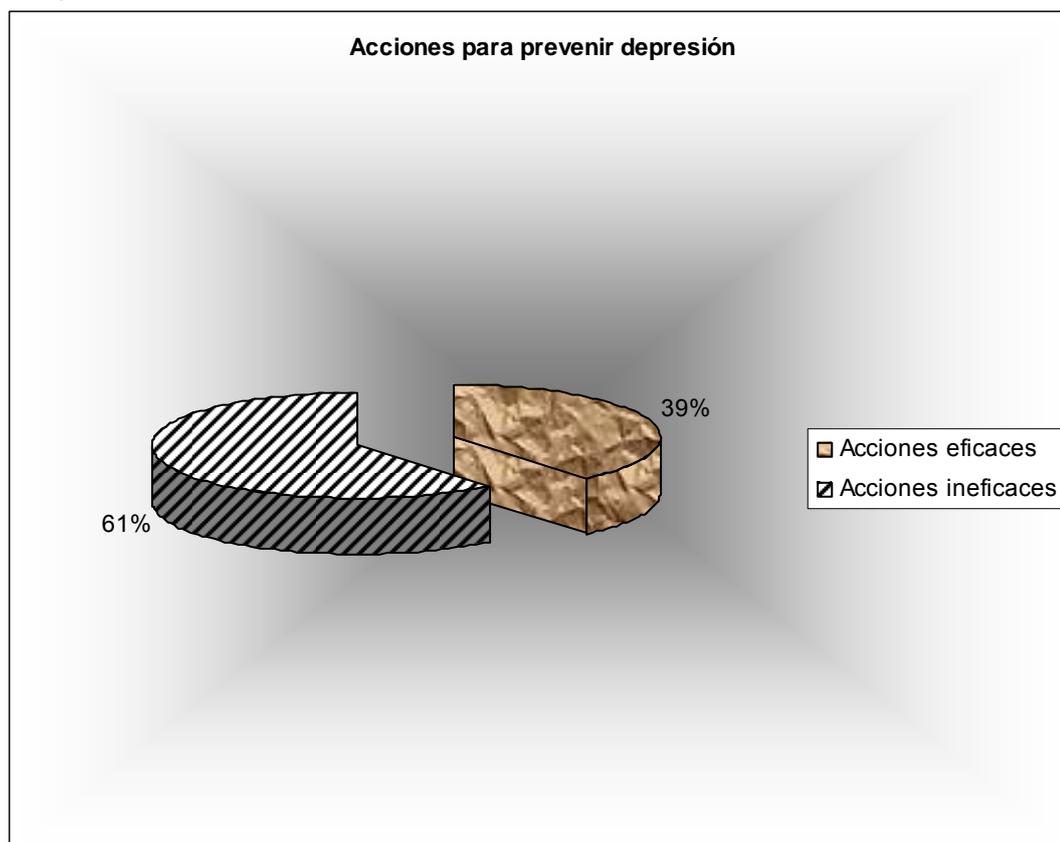
FIGURA 4.8: Distribución porcentual de las reacciones adversas al tratamiento.



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

Como se puede observar en la Figura 4.8 sobre las reacciones adversas al tratamiento el 81% de las personas dijo si haber tenido alguna reacción, mientras que un 19% dijo no haber tenido reacciones adversas al tratamiento. Con lo cual se evidencia que el paciente reconoce cambios en su organismo, sin embargo debe poseer ese conocimiento previo a que sucedan a efectos de que pueda identificar signos que pongan en riesgo su salud, su autoestima, entre otros y con ello estar en condiciones de implementar el autocuidado.

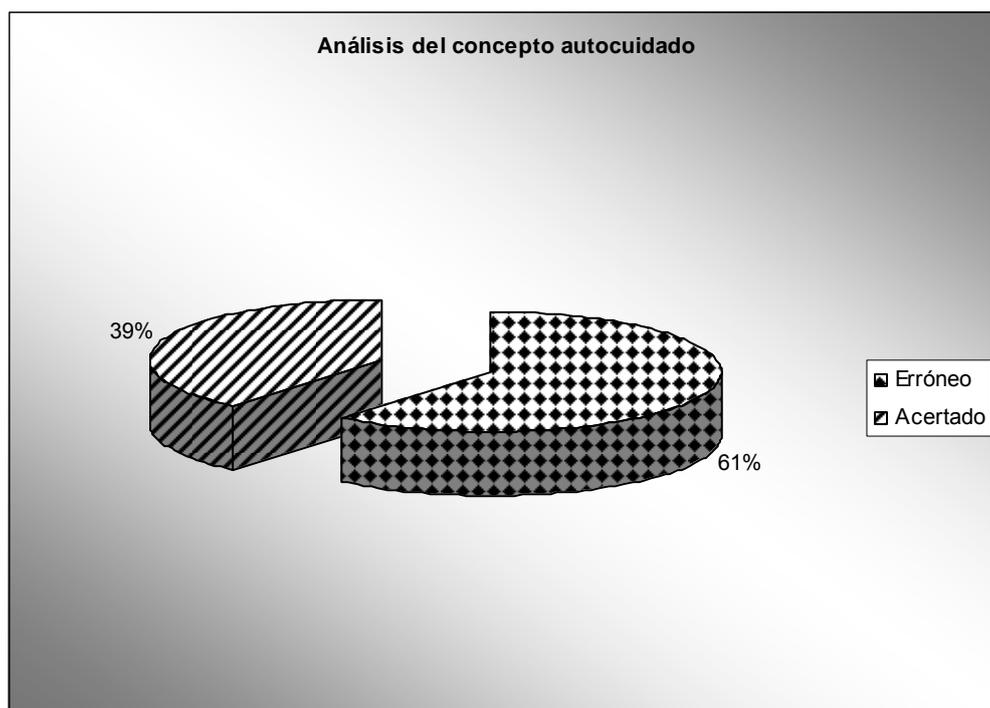
FIGURA 4.9: Distribución porcentual, de que hacer para evitar depresiones



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

Como se observa en la Figura 4.9 sobre qué hacer para evitar depresiones el 61% de los entrevistados implementa acciones ineficaces para el fomento de su autoestima, de tal manera que le prevenga de una depresión en cualquier grado, mientras que el 39% dijo tener acciones eficaces para evitar depresiones.

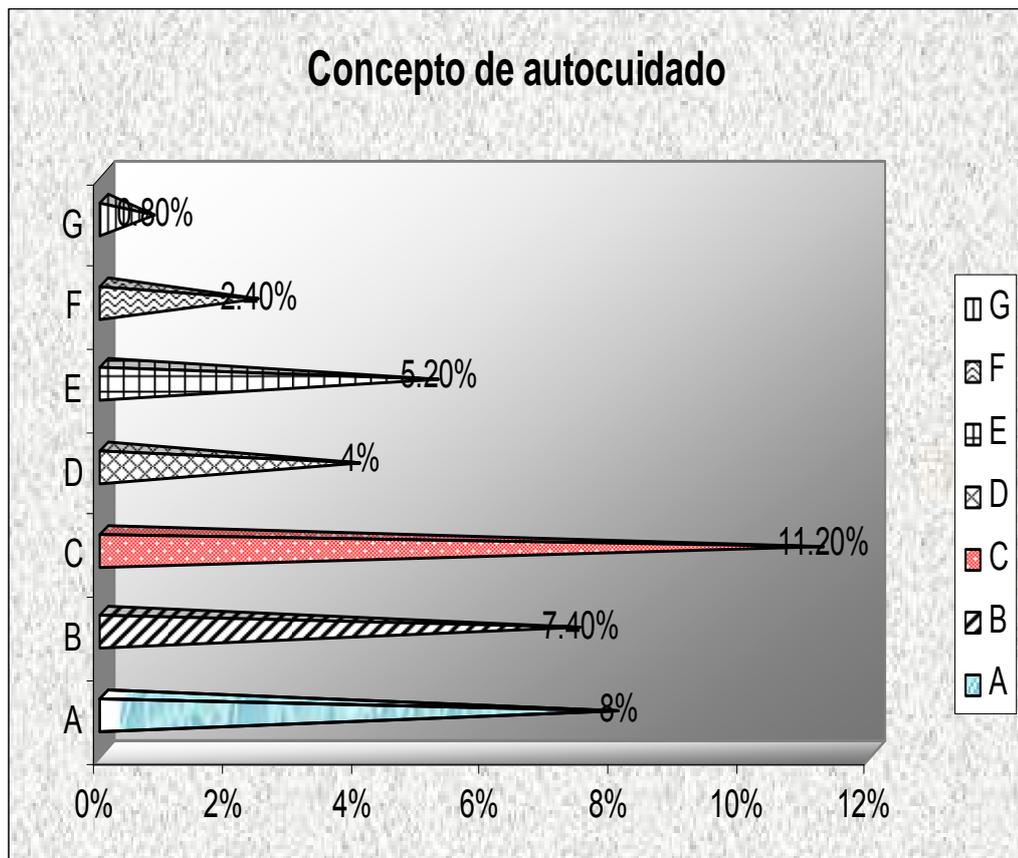
FIGURA 4.10 Análisis del concepto de autocuidado.



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

La figura 4.10 es importante para identificar las relaciones emergentes de depresión y aplicación de autocuidado tras un concepto eficaz de éste. Ya que 66 pacientes que comprende el 61% no tiene un concepto acertado de autocuidado o lo desconoce en su totalidad. En tanto que 42 pacientes que comprende el 39% si refiere un concepto adecuado de lo que es autocuidado. De ahí que las relaciones entre la incidencia de depresión y los grados de la misma en pacientes que tienen un concepto acertado o erróneo sufrirán variaciones importantes para el objetivo de esta investigación, mismas que se desarrollarán en las figuras siguientes.

FIGURA 4.11: Distribución porcentual del concepto de autocuidado.

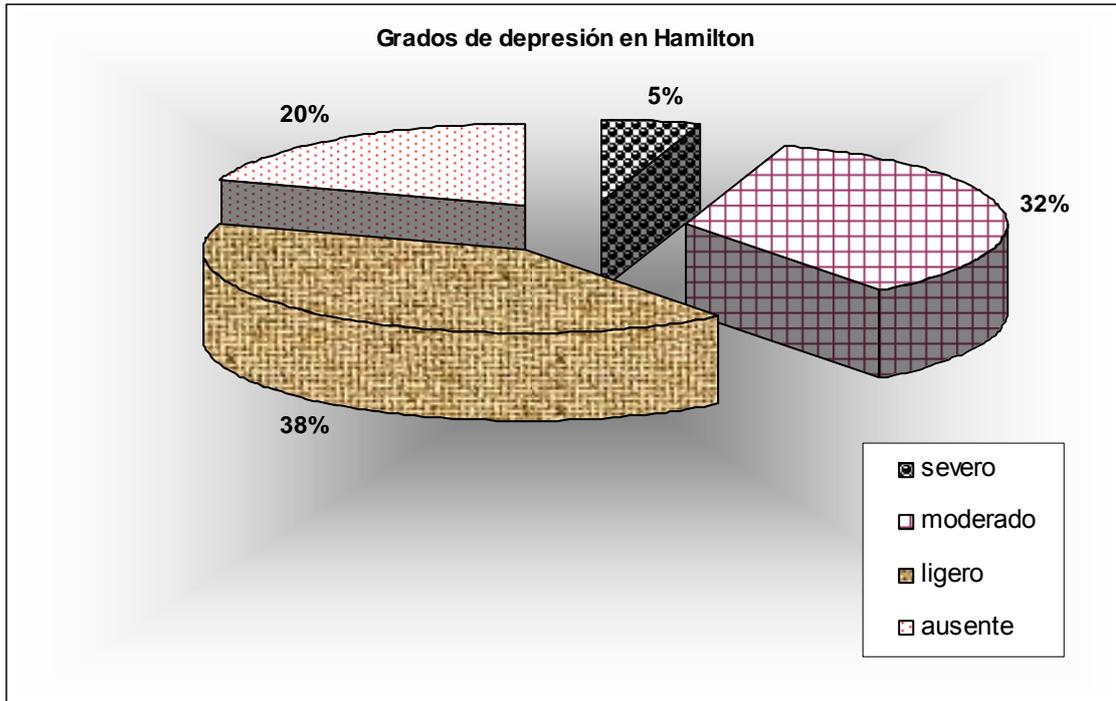


- A Prevenir complicaciones
- B Detectar signos de alarma
- C Fomentar estilos de vida saludable
- D Cuidados asociados al tratamiento
- E Capacidad de establecer homeostásis
- F Conocer el tratamiento y aceptar los cambios
Disminuir factores de riesgo relacionados al
- G tratamiento

Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

La Figura 4.11 demuestra el concepto de autocuidado que los pacientes refieren para su tratamiento. Con ello es posible inferir que el 39% de los pacientes que manifestó conocer sobre autocuidado, no posee todos los elementos indispensables para aplicar dicho autocuidado. Así mismo es crucial el conocer de estos 42 pacientes que conocen de autocuidado, el número de ellos que presenta depresión y en qué grado, dicho análisis se muestra en las figuras siguientes.

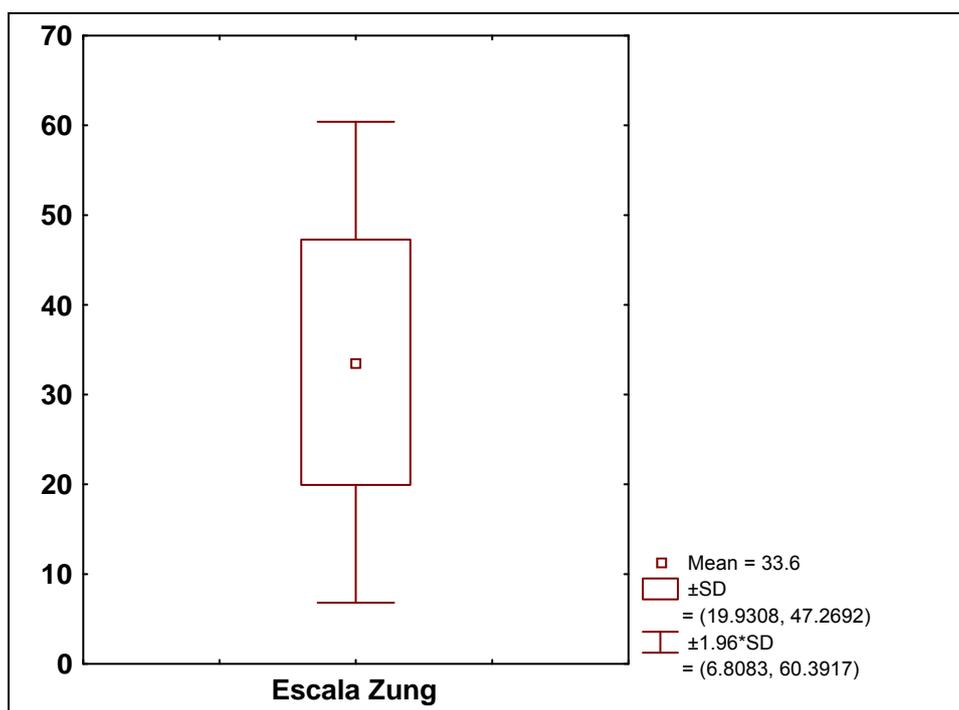
FIGURA 4.12: Distribución porcentual de la escala de HAMILTON.



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

En la Figura 4.12 se demuestra los diversos grados de depresión que presentaron los pacientes entrevistados, denotando sobre la escala Hamilton el 38% se encuentra entre la escala de modo ligero, mientras que en segundo lugar se encuentra la escala del modo moderado con un 32% y sólo un 5%, pero el más grave en escala con grado severo y antagónicamente un 20% de los entrevistados no presenta depresión en ningún grado, motivo por el cual el tratamiento de quimioterapia en un 80% incide en depresión en diversos grados, de tal manera que la implementación de acciones y cuidados que prevengan esta alteración colateral al tratamiento resulta imprescindible en estos pacientes.

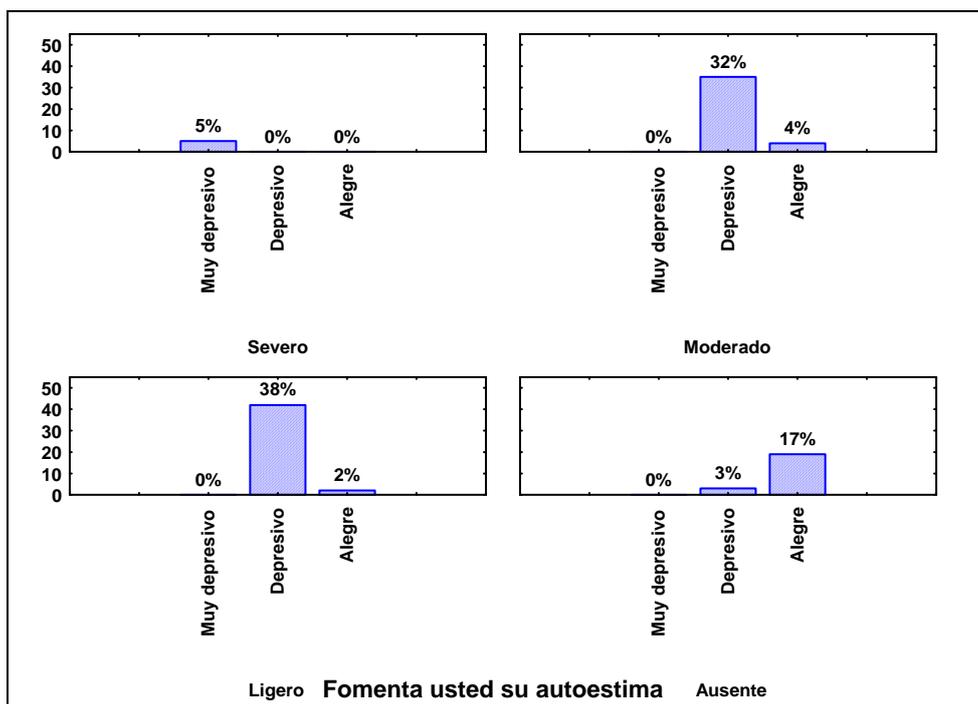
FIGURA 4.13: Resultados de la Escala Zung



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

En esta Figura 4.13 se puede observar que la Escala Zung el mínimo y máximo de las escalas del estudio es de 6.8 y 60 respectivamente; encontrándose un valor medio de 33.6. con lo cual se coincide en la escala Hamilton al presentar resultado de depresión moderada en la mayoría de los pacientes y en menor medida los grados de severo y ausente.

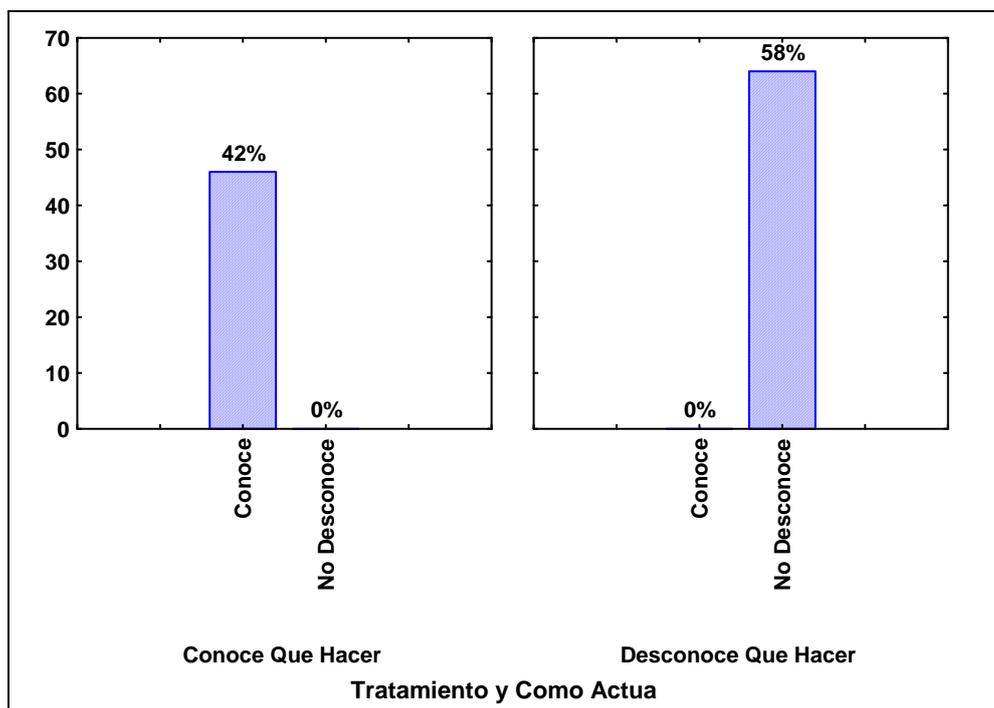
FIGURA 4.14: Comparación de cómo considera su estado animo, Escala de Hamilton



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

En la Figura 4.14 se observa que el 38% de las personas entrevistadas considera su auto estima depresiva y presenta un resultado en escala de valoración con un ligero grado de depresión. Mientras que el 17% de las personas presenta su auto estima alegre con un resultado de depresión ausente en la misma escala de valoración. Con esto se comprueba que en su mayoría los pacientes identifican la pérdida de autoestima, así como el deterioro paulatino de esta.

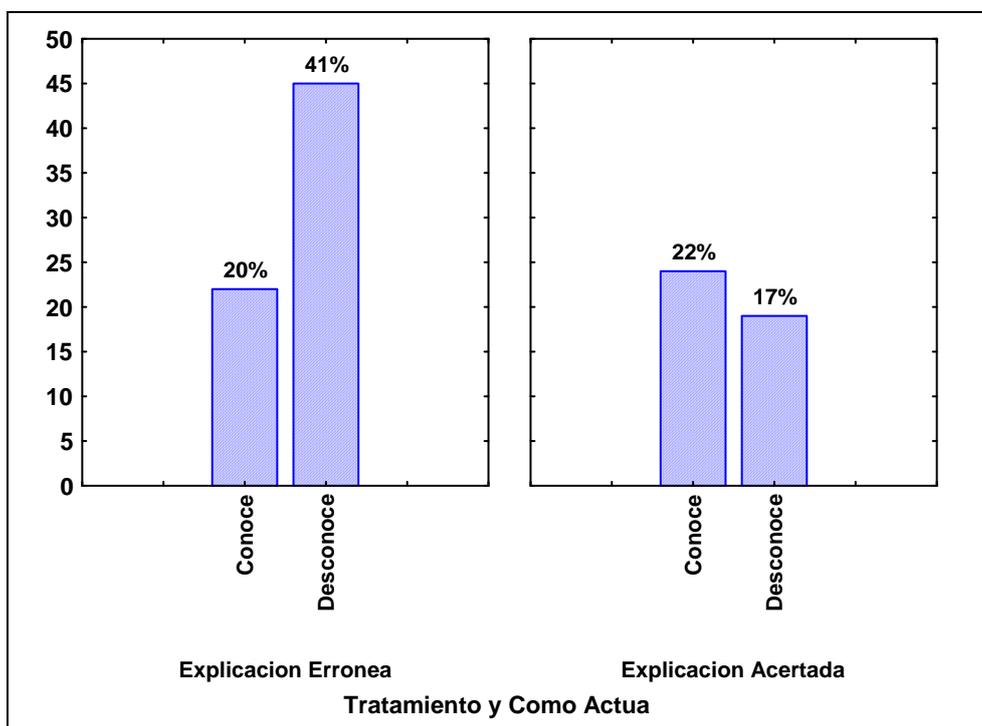
FIGURA 4.15: Comparación del tratamiento y como actúa con el hacer para evitar complicaciones.



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

Como se puede observar en la Figura 4.15, el 42% de los entrevistados conoce el tratamiento y sabe cómo actuar y qué medidas tomar para evitar complicaciones a causa del mismo tratamiento, mientras que un 58% de las personas entrevistadas no conoce como actúa el tratamiento y a su vez desconoce qué hacer para evitar complicaciones a causas del tratamiento. Por tal motivo se evidencia la necesidad de conocimiento sobre el tratamiento a efectos de poder tomar las medidas efectivas que permitan evitar complicaciones y con ello aplicar autocuidado.

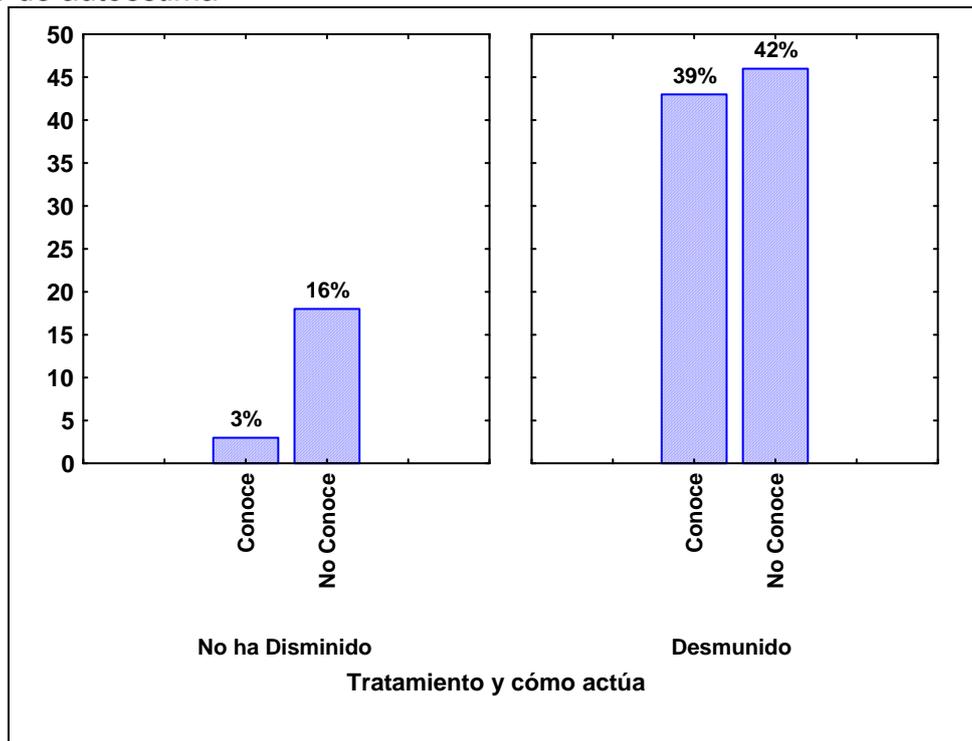
FIGURA 4.16: Comparación de conocimiento sobre cómo actúa el tratamiento, con la explicación del auto cuidado.



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

Como se puede observar en la Figura 4.16, el 41% de las personas entrevistadas tiene una explicación errónea referente al tratamiento, así como también desconoce como actúa dicho tratamiento en su organismo y por ende los efectos colaterales que produce. Mientras que un 22% de los entrevistados conoce el tratamiento que lleva y dice que si le han explicado el auto cuidado para su tratamiento. De esta manera se infiere que la explicación acertada del tratamiento contribuye al apoyo educacional que favorece el autocuidado.

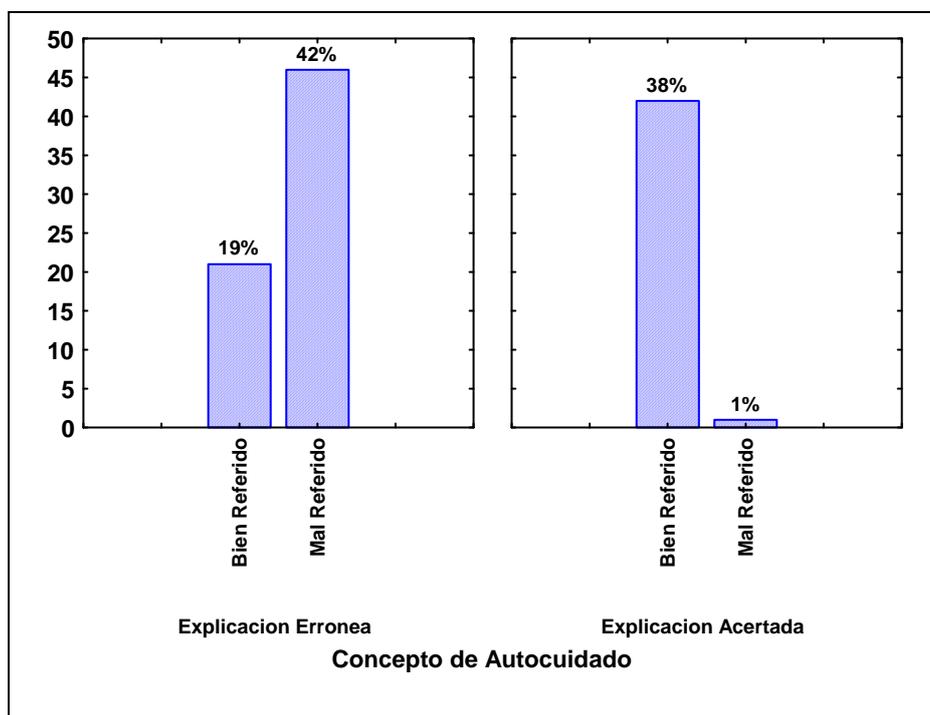
FIGURA 4.17: Comparación conocimiento sobre cómo actúa el tratamiento, el grado de autoestima



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CEGan

Como se puede observar en la Figura 4.17, el 42% de las personas no conoce sobre su tratamiento y su autoestima ha disminuido durante el mismo tratamiento. Mientras que un 16% de las personas entrevistadas no conoce su tratamiento y no ha disminuido su autoestima. Lo anterior nos permite comprobar que el desconocimiento del tratamiento y los efectos colaterales en su mayoría contribuye a la disminución de las autoestima como resultado de la falta de asimilación de los efectos colaterales del tratamiento en el organismo.

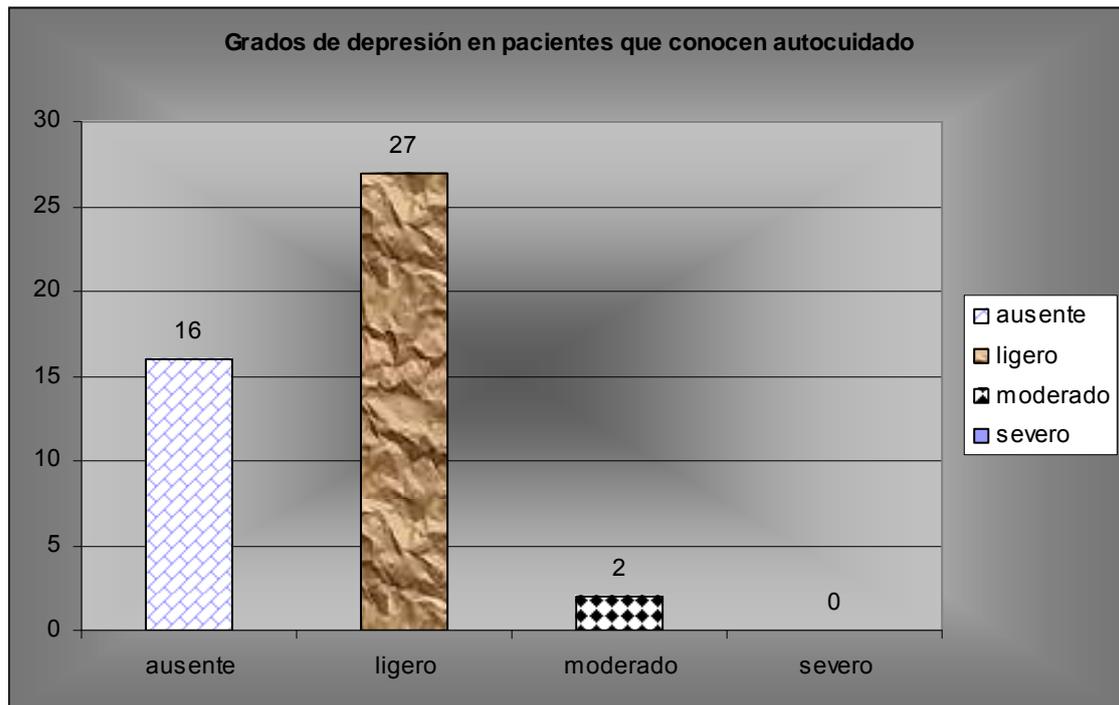
FIGURA 4.18: comparación del concepto de auto cuidado, con la explicación del cuidado del tratamiento.



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

En la Figura 4.18, se evidencia que el 42% de las personas tiene una explicación errónea del tratamiento simultáneamente incurre en desconocer sobre autocuidado. Mientras que el 38% de las personas entrevistadas que dieron una explicación acertada de su tratamiento, tiene bien referido el concepto de auto cuidado.

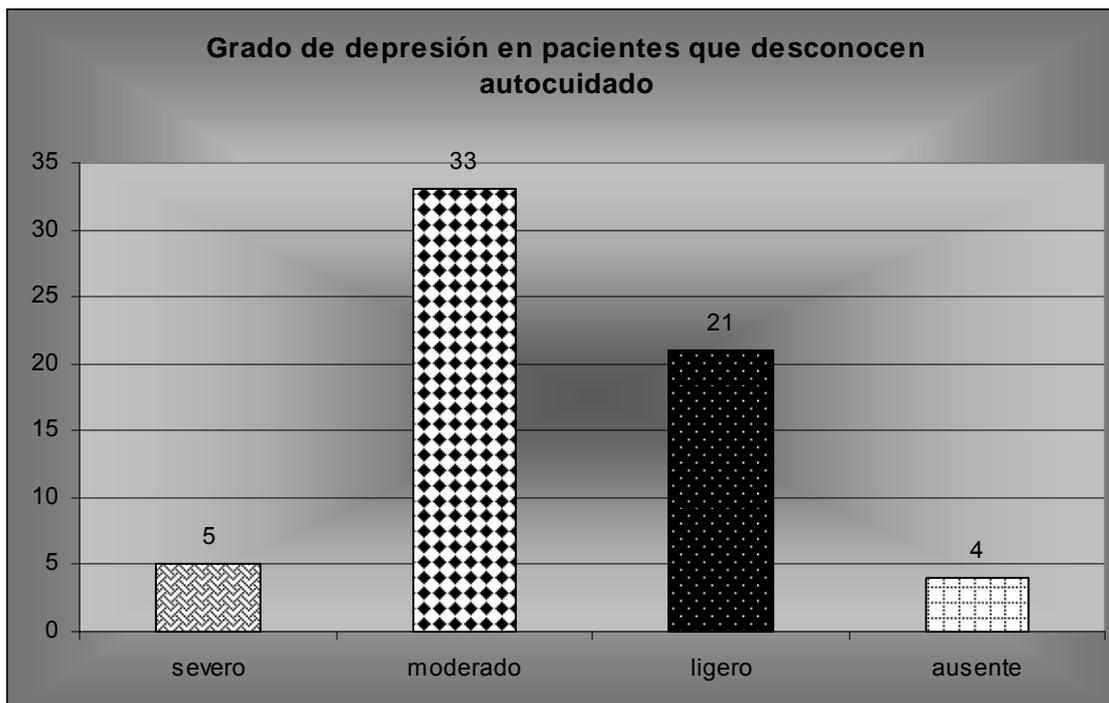
FIGURA 4.19: Comparación del auto cuidado, con la escala de Hamilton.



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

La figura anterior emerge del 42% de pacientes que conoce de autocuidado, porcentaje que comprende 45 pacientes del total encuestados. Y brinda la evidencia que resulta del cruce de los resultados de escala Hamilton referente a depresión, con el concepto acertado que los pacientes poseen sobre autocuidado. Como se puede observar en la Figura, 27 pacientes del tiene una escala de Hamilton en grado de depresión ligero y con un concepto de auto cuidado bien referido, es decir conocen el concepto que por alguna razón, ya sea al interior del nosocomio o fuera de éste se transmitió, en tato que un 2 de las personas entrevistadas tiene un grado de depresión moderada, 16 pacientes de este 42% que conoce autocuidado no presenta depresión. Cabe mencionar que tampoco se encontró ninguna persona con grado de depresión severa en este grupo de entrevistados que conoce sobre autocuidado. Esto es una evidencia fehaciente de que la depresión está precedida en muchos casos, por el desconocimiento del autocuidado y se permite corroborar que el autocuidado puede ser un elemento de prevención de factores colaterales en el tratamiento de esta patología

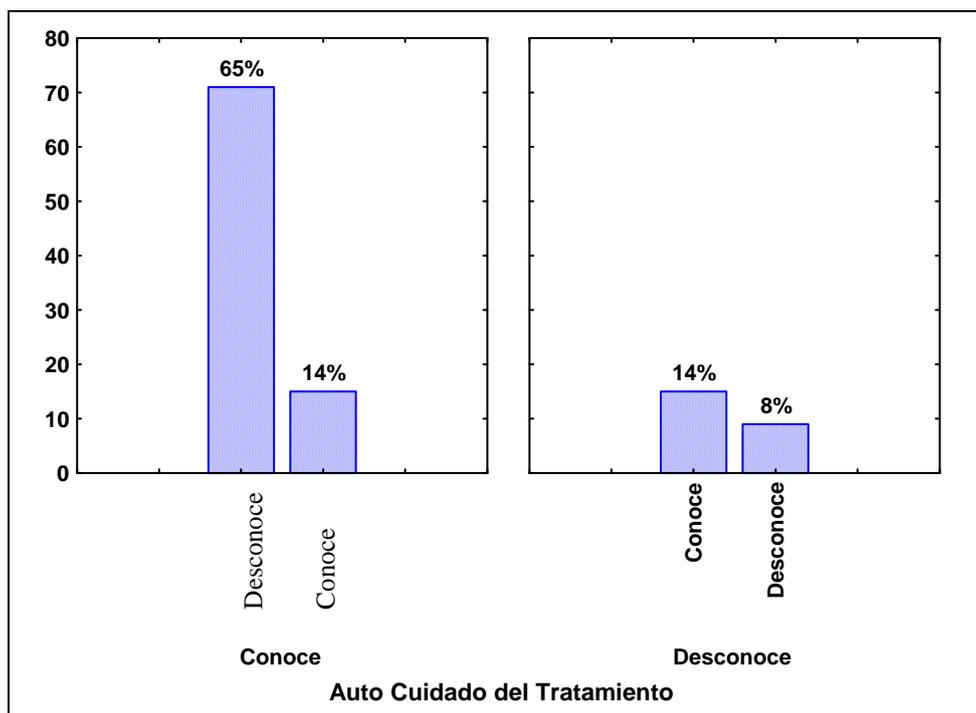
FIGURA 4.20: Comparación del auto cuidado, con la escala de Hamilton.



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

En la figura anterior se evidencia la incidencia de depresión en mayor medida en los pacientes que no poseen un concepto adecuado de autocuidado. Cabe mencionar que antagónicamente a la figura 4.19, en ésta se presenta la depresión severa, existe un aumento en los grados moderado y ligero con 33 y 21 pacientes respectivamente y sólo 4 personas no presentó depresión. Mostrándose así la relación que guarda el conocimiento y aplicación de autocuidado con la prevención de depresión.

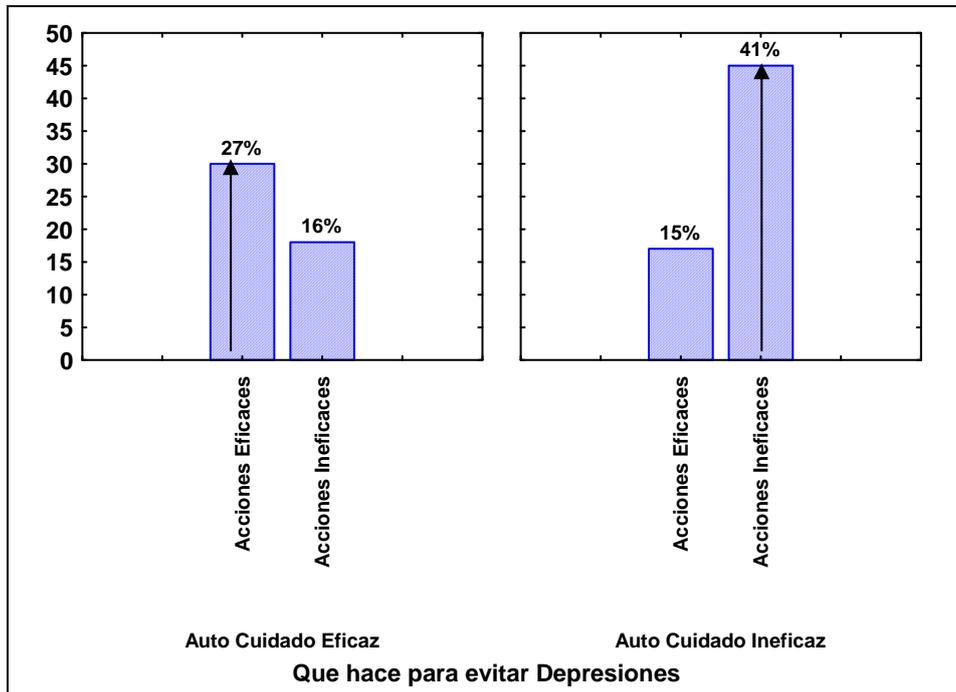
FIGURA 4.21: Comparación del auto cuidado del tratamiento, con los signos de reacciones adversas.



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

La Figura 4.21, evidencia que el 65% de las personas que mostraron conocer autocuidado desconoce los signos de reacciones adversas, lo cual tiene una implicación mayor al mostrar que pueden conocer del tratamiento, sin embargo no conocen en la total la patología en tratamiento, pues el desconocer las reacciones adversas es la principal evidencia y al no conocer dichas reacciones adversas no pueden implementar acciones cuando estas aparecen. Mientras un 8% de las personas entrevistadas desconoce los signos de reacciones adversas así como el auto cuidado del tratamiento.

FIGURA 4.22: Comparación de las acciones para evitar depresiones, con que si ha aplica el dicho de auto cuidado.



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

La Figura 4.22 muestra que el 41% de las personas entrevistadas toma acciones ineficaces para evitar depresiones, comprobándose así que aplica un autocuidado ineficaz. Mientras que sólo el 27% de las personas entrevistadas si toma acciones eficaces para evitar depresiones, plasmando evidencia de que a su vez sólo el mismo 27% logra un autocuidado eficaz. Lo importante es implementar por parte de la enfermería acciones que permitan que el otro 41 % logre implementar acciones en beneficio de su salud, mediante la aplicación de autocuidado.

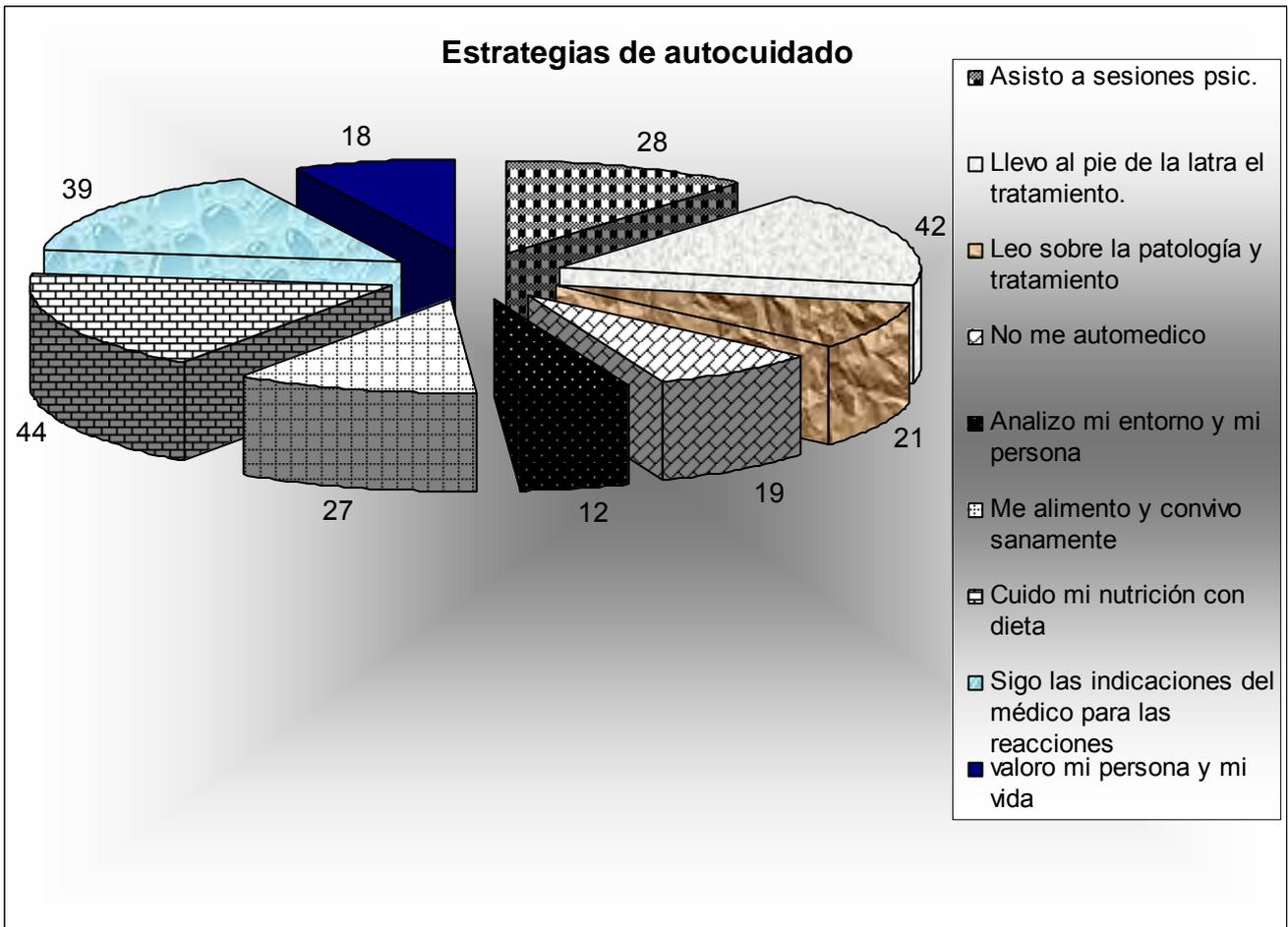
Cuadro 4.3: Relación de autocuidado, depresión y conocimiento del tratamiento

concepto	Conoce	desconoce	eficaces	ineficaces
Autocuidado	39%	61%		
Depresión	80%			
Tratamiento	42%	58%		
Acciones ante complicaciones			19%	81%
Acciones ante depresión			43%	57%

Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, es muy elevada la incidencia de depresión en sus diversos grados, dado que arroja con algún grado de depresión al 80% de los pacientes entrevistados, así mismo se conjunta que el 58% desconoce sobre el tratamiento que está recibiendo, aunado a esto el 81% de los pacientes implementa acciones ineficaces ante la presencia de alguna complicación y 57% implementa acciones ineficaces para prevenir o enfrentar depresión, originado todo ello por desconocimiento del tratamiento principalmente y por hábitos comunes, por lo anterior se justifica que el 69% de los pacientes desconoce qué es el autocuidado y más aún su aplicación.

Figura 4.23 Estrategias de autocuidado



Fuente: encuesta aplicada pacientes con tratamiento de quimioterapia en el CECan

En la figura anterior se evidencia las estrategias que implementan los pacientes que refieren un concepto de autocuidado asertivo para su patología y tratamiento. Resulta también importante resaltar que dichas estrategias en su mayoría son las que el personal de enfermería puede orientar en cada una de las sesiones de tratamiento a que asiste el paciente, tales como lo son el seguir al pie de la letra el tratamiento, las indicaciones para detectar reacciones adversas y prevenirlas, seguimiento de una dieta. Todas ellas con los más puntos de respuesta, siendo 42, 44 y 39 respuestas de pacientes respectivamente, algunas de ellas encontradas las tres respuestas en un mismo paciente.

4.1 Discusión

Resulta de gran importancia el hacer hincapié en la evidencia de que el autocuidado resulta indispensable en el tratamiento de Quimioterapia. Dicha evidencia emerge del precedente que el 41% de las personas entrevistadas toma acciones ineficaces para evitar depresiones así como un auto cuidado ineficaz, asimismo, tal como se enfanga en el presente trabajo de investigación el autocuidado en tratamiento depresivo es de suma importancia para fortalecer estadíos emocionales que inciden directamente en el tratamiento y recuperación del paciente.

Lo anterior se relaciona directamente con lo establecido por Meyerowitz en 1990, en su investigación de depresión y cáncer, en donde distingue tres esferas de atención, la psicológica, la psicosocial y la de las ideas (referentes a la muerte, temores, discapacidad), en donde refiere la intervención oportuna a cada una de las esferas, en la intención de evitar que se provoque un efecto de daño colateral asociado a la patología, como elemento detonante del tratamiento, del pensamiento o de la misma interacción social.

Ante ello, cabe mencionar que la incidencia de depresión en sus diversos grados es muy alta, dado que sumados dichos resultados de depresión es del 80% en donde el 40% se encuentra en grado de modo ligero, mientras que en segundo lugar se encuentra la escala del modo moderado con un 35% y sólo un 5%, pero el más grave en escala con grado severo y antagónicamente un 20% de los entrevistados no presenta depresión en ningún grado,

Es por lo anterior que se requieren acciones eficaces que prevengan sobre la patología, efectos colaterales, así como reforzamiento y creación de una autoestima positiva. Siendo así que el personal de enfermería puede intervenir directamente si se encauzan acciones hacia la enseñanza del autocuidado y demostración de su importancia, dado que queda demostrado

también que el personal ejerce muy poca enseñanza respecto a este punto, puesto que 58% dijo que desconoce que hacer para evitar alguna complicación a causa del tratamiento, mientras que el 42% dijo que si sabe que hacer, lo cual nos remite a pensar que esta fallando la información que el personal debe transmitir al paciente.

Dicha enseñanza e información debe ser una de las actividades prioritarias de enfermería, dado que como lo refiere Orem, “el proceso de atención de enfermería, logra resolver la dificultad de autocuidado en los pacientes. Este proceso es la esencia de la profesión, muy útil para estructurar el ejercicio enfermero y con una finalidad muy importante que es la satisfacción de las necesidades de los individuos” (Orem, 2001).

Una vez mostrada la importancia de la intervención de enfermería respecto de la enseñanza del autocuidado en los pacientes sometidos a quimioterapia, es necesario mencionar también que en muchos casos el paciente ya posee el conocimiento del tratamiento, así como de los elementos para implementar autocuidado, dado que es capaz de implementar acciones que prevengan una posible depresión, mediante el conocimiento y aceptación de los cambios que sufre su organismo. Lo anterior emerge de que 41% de las personas entrevistadas toma acciones ineficaces para evitar depresiones así como un auto cuidado ineficaz. Mientras que el 27% de las personas entrevistadas si toma acciones eficaces para evitar depresiones con un auto cuidado eficaz.

En lo anterior es bueno retomar lo que refiriera Vickie Williams en “el cáncer en los adultos jóvenes” (2005), donde resulta evidenciada la gran complejidad someterse a tratamientos contra el cáncer, no por el temor a combatir, sino más bien porque la imagen corporal y la sexualidad están entre las preocupaciones más importantes de los adolescentes y adultos jóvenes. En la edad en que la apariencia física es tan importante, estos pacientes están perdiendo el pelo, aumentando o perdiendo de peso y sometiéndose a

operaciones que a menudo pueden desfigurarles. Lo cual hace que inevitablemente deteriore su autoestima, originando depresiones en diversos niveles, mismas que sólo favorecen el deterioro celular fulminante.

La pertinencia del autocuidado enfocado a la educación de prevención de depresión se justifica cuando detectamos que el 53% de las personas entrevistadas considera su estado de ánimo depresivo y además ese estado de ánimo lo fomenta ineficazmente. Y sólo 20% de los entrevistados dice que su estado de ánimo es depresivo y lo fomenta eficazmente. Sin embargo es algo que no puede aplicarse por de manera autónoma, se requiere la capacitación del personal por parte de la institución, así como de la creación de estrategias que promuevan y evalúen la enseñanza del autocuidado en sus pacientes. De tal manera que se cumple que la práctica de actividades de autocuidado se aprende conforme el individuo madura y tienen la finalidad de mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar (Marriner, 2000).

La aplicación del autocuidado debe ser con la integralidad que le paciente requiere y enfermería debe brindar esa posibilidad. De tal manera se atiende lo que refería Orem cuando decía “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entrono para el desarrollo (Orem, 2001).

Por último, se infiere que si se han implementado acciones a efectos de explicar detalladamente a los pacientes sobre su patología y el tratamiento a seguir, dado que es demostrado que de los entrevistados el 35% si tiene una explicación acertada del cuidado del tratamiento, sin embargo es requerido brindar apoyo educativo que permita conocer el autocuidado y aplicarlo eficazmente.

V. PROPUESTAS

- ⇒ Dado la alta incidencia de depresión en sus diversos grados se propone el diseño e implementación de un programa que atienda holísticamente los cambios que sufre un paciente en sus tres esferas, psicológica, psicosocial y de ideas (esos pensamientos que paulatinamente emergen y modifican la autoestima por inferencias no gratas).
- ⇒ El personal de enfermería puede intervenir directamente si se encauzan acciones hacia la enseñanza del padecimiento, así como del tratamiento, ya que al existir deficiencias en conocimiento de la patología y tratamiento, así como de los efectos colaterales del tratamiento
- ⇒ Dado la deficiencia en el conocimiento de las reacciones adversas, así como del cauce normal de la patología, se propone el diseño e implementación de un programa que establezca la información a los pacientes respecto de estos puntos.
- ⇒ Establecer estrategias de enseñanza e información por parte de enfermería, a efectos de que se implemente un proceso de atención de enfermería, basado en el autocuidado que a su vez logre resolver la dificultad de autocuidado en los pacientes
- ⇒ Mediante la enseñanza del autocuidado ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad
- ⇒ Fomentar en la persona de enfermería el actuar compensando déficit, guiando, enseñando y apoyando, de tal manera que enfermería brinde las posibilidades de conocimiento y aplicación del autocuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman R. (2000). "Cáncer". México: Uteha.
- Bayés R (1985). Psicología Oncológica. Barcelona., España. Revista consultada en marzo de 2006.
- Bech P (1996). The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: screening and listening: a twenty years update with reference to DSM-IV and ICD-10. 2nd edition. Berlin Heidelberg: Springer, .
- Beremblum I (2001). Ciencia versus Cáncer. Buens Aires Argentina: Lautaro.
- Conde V, et. al. (1975). Fiabilidad de la S.D.S. (Self-Rating Depresión Scale) de Zung. Rev Psicol Gen Aplic .
- Fortin M. F (1999). El proceso de investigación: de la concepción a la realización. México: McGraw- Hill Interamericana.
- Fox, B. H. (1989) Depressive symptoms and risk of cancer. JAMA, 262 (9), 1231.
- Greer S. (1983). Cancer and the mind. (Maudsley Bequest Lecture delivered before the Royal College of Psychiatrists, February, Brit. J. Psychiat; 143,535-543.
- Hamilton M, (1990). CM. Depression. En: Peck DF, Shapiro CM (eds). Measuring human problems. New York: Wiley.
- Hernández C. (1999). Esteban Albert, M.; y col. Fundamentos de la enfermería. Madrid., España: McGraw- Hill Interamericana.
- Hernández, S. Metodología de la investigación 2a. Edición. Editorial McGraw-Hill, México, 2001.
- Hett J.(1999). "El Cáncer. Buenos Aires., Argentina: TOR.
- Humprey, J., White T. (2001). Immunology for studens of Medicine. 3rd. Edition, Blackwel, Oxford.
- López L. (2001) "Identificación de lesiones mamarias en México" Instituto Nacional de Salud Pública

- Marriner A, Raile M (2000). Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid. España: Harcourt, SA.
- Meyerowitz B. (1990). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. Psych. Bull. 8:108-31.
- Otto, S. (2002) Enfermería oncológica. Barcelona., España : Harcourt/Océano,
- Orem D. (2001). Material complementario. Maestría en enfermería. La Habana:MINSAP; 2001.
- Orem D. (2001) Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Ed. Masson, Salvat.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de salud. Publicado en el Diario Oficial de Federación el 20 de febrero de 1993.
- Rowland, J.H., Holland, J.C. (1990). Breast Cancer. Handbook of Psychooncology. Edit. J. C. Holland and J. H. Rowland. Oxford University Press. Ch.14, pp 188-207
- Shimkin M (2000). Science and Cancer U.S. Department of Health Education and Welfare.
- Snow H. L. (1893). Cancer and the Cancer Process. London. Citado por Steven Greer, 1983 y por Le Shan and Worthington.
- Vidal M. y López. (2007) "La depresión en cáncer de mama". Consultado en ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 8, Nº 2, págs. 141 a 156.
- Wesley, R. (1997). Teorías y modelos de enfermería. México: McGraw- Hill Interamericana, México.
- Williams V. (2005). "El cáncer en los adultos jóvenes" consultado en *OncoLog*, Vol. 50, No. Consultado 11 en Octubre de 2006.
- Zung W. Zung (1986). Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. En: Sartorius N, Ban TA (eds.). Assessment of depression. Berlin: Springer-Verlag y W.H.O, 221-231

APENDICE A

El presente cuestionario permitirá conocer información propia para investigar la pertinencia de autocuidado en pacientes sometidos a quimioterapia, cabe mencionar que sus respuestas serán tratadas de manera confidencial.

Edad _____ Sexo _____ Estado civil _____

1.- Actualmente ¿Cómo considera su estado de ánimo?

- a) Muy deprimido b) deprimido c) Muy Alegre d) Alegre.

2.- ¿Cuál es el tipo de tratamiento que lleva? Y ¿cómo actúa?

3.- ¿Qué hacer para evitar complicaciones a causa del tratamiento?

4.- ¿Cuál es su concepto de autocuidado?

5.-¿Le han explicado el autocuidado para su tratamiento?

6.-¿Qué hace para su autocuidado en este tratamiento?

7.- ¿Cuáles son los signos de reacciones adversas por el tratamiento y cómo las trata?

8.- ¿Ha disminuido el amor hacia su persona a causa de la enfermedad?

9.- Las reacciones adversas del tratamiento, ¿le hacen sentir mal psicológicamente?

10.- ¿Qué hace para evitar depresiones?

11.- ¿Cómo fomenta usted su autoestima?

12.- ¿Cómo aplica usted dicho autocuidado?

APÉNDICE B

Responde las siguientes preguntas con una X, conforme a la respuesta que a tu criterio corresponda.

1. HUMOR DEPRESIVO (Tristeza, desesperanza, indefensión, inutilidad)

- () 0 = Ausente
- () 1 = Solo se preciben estos sentimientos al ser interrogado el paciente
- () 2 = Estos sentimientos son manifestados espontáneamente
- () 3 = Manifiesta estos sentimientos de forma no verbal, a través de expresiones faciales, posturas, voz y tendencia al llanto
- () 4 = El paciente manifiesta estos sentimientos SOLO VIRTUALMENTE, mediante comunicaciones verbales y no verbales

2. SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD

- () 0 = Ausente
- () 1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- () 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- () 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo
- () 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. SUICIDIO

- () 0 = Ausente
- () 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- () 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- () 3 = Ideas de suicidio o amenazas
- () 4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. INSOMNIO PRECOZ

- () 0 = No tiene dificultad
- () 1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
- () 2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. INSOMNIO INTERMEDIO

- () 0 = No hay dificultad
- () 1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- () 2 = Esta despierto durante la noche, se levanta de la cama en más de 2 ocasiones (excepto por motivos de evacuar)

6. INSOMNIO TARDÍO

- () 0 = No hay dificultad
- () 1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- () 2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. TRABAJO Y ACTIVIDADES

- () 0 = No hay dificultad
- () 1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- () 2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- () 3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

- () 4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. INHIBICIÓN PSICOMOTORA (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)

- () 0 = Palabra y pensamiento normales
() 1 = Ligeramente retrasado en el habla
() 2 = Evidente retraso en el habla
() 3 = Dificultad para expresarse
() 4 = Incapacidad para expresarse

9. AGITACION PSICOMOTORA

- () 0 = Ninguna
() 1 = Juega con sus dedos
() 2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
() 3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
() 4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. ANSIEDAD PSÍQUICA

- () 0 = No hay dificultad
() 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
() 2 = Preocupación por pequeñas cosas
() 3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
() 4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. ANSIEDAD SOMÁTICA (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

() 0 = Ausente

() 1 = Ligera

() 2 = Moderada

() 3 = Severa

() 4 = Incapacitante

12. SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES

() 0 = Ninguno

() 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.

Sensación de pesadez en el abdomen

() 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o

medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES

() 0 = Ninguno

() 1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias.

Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.

() 2 = Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. SINTOMAS SEXUALES (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

() 0 = Ausente

() 1 = Débil

() 2 = Grave

15. HIPOCONDRIA

- () 0 = Ausente
- () 1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)
- () 2 = Preocupado por su salud
- () 3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. PÉRDIDA DE PESO

- () 0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
- () 1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana
- () 2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. PERSPICACIA

- () 0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
- () 1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- () 3 = No se da cuenta que está enfermo

18. VARIACIONES DIURNAS

A. Comprobar si los síntomas son mayores por la mañana o por la tarde. Si no hay cambios, puntuar 2

- () 0 = no hay variación
- () 1 = empeora por la mañana
- () 2 = empeora por la tarde

B. Cuando haya variaciones, anotar su intensidad. Si no hay variación puntuar 0

- () 0 = no hay variación
- () 1 = ligera
- () 2 = intensa

19. DESPERSONALIZACIÓN (Sentido de irrealidad, ideas nihilísticas)

() 0 = ausente

() 1 = ligera

() 2 = moderada

() 3 = grave

20. SÍNTOMAS PARANOICOS

() = ninguno

() 1 = sospecha de algún síntoma

() 2 = ideas de referencia

() 3 = desilusiones y manía persecutoria

21. SINTOMAS OBSESIVOS Y COMPULSIVOS

() 0 = ninguno

() 1 = ligeros

() 2 = graves

Xalapa., Ver a _____ de _____ 2006

Gracias por su participación

Hamilton M, Shapiro CM. Depression. En: Peck DF, Shapiro CM (eds). Measuring human problems. New York: Wiley, 1990; p. 27, 37.

Nota: la escala se aplicará sin las puntuaciones ni indicaciones, esas serán exclusivas del investigador.

Escala Zung

DESCRIPCION

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

.Estos datos serán utilizados únicamente con éste propósito, sin ser facilitados a ninguna otra entidad ni utilizados para el envío de ningún otro tipo de información ajena a lo solicitado

1. Me siento abatido y melancólico.	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
2. En la mañana es cuando me siento mejor.	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
5. Como igual que antes.	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces

6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
7. Noto que estoy perdiendo peso.	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
8. Tengo molestias de estreñimiento.	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
10. Me canso aunque no haga nada.	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
11. Tengo la mente tan clara como antes.	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces

13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
14. Tengo esperanza en el futuro.	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
15. Estoy más irritable de lo usual.	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
16. Me resulta fácil tomar decisiones.	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
17. Siento que soy útil y necesario.	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
18. Mi vida tiene bastante interés.	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces
	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.	1 Nunca o muy pocas veces
	2 Algunas Veces

	3 Frecuentemente
	4 La mayoría del tiempo o siempre

Conde V, Esteban T. Fiabilidad de la S.D.S. (Self-Rating Depresión Scale) de Zung. Rev Psicol Gen Aplic 1975; 30: 903-913.

La presente escala autoaplicada se encuentra formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 items para cada grupo, completándose la escala con dos items referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”¹, en otras se hace referencia a “su situación actual”², o a la semana previa³.

INTERPRETACION

La escala de Likert de cada item puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada item expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

Nota: la escala se aplicará sin las puntuaciones ni indicaciones, esas serán exclusivas del investigador.

APÉNDICE C

Tabla 4: Prueba de Chi _ cuadrada.

	Variables	Tabla de probabilidades, de comparación de variables						Chi-cuadrado χ^2	Probabilidad p	Significativo	
1.	La edad VS. Estado civil		Viudo	Divorciado	Casado	Soltero	Unión Libre	Total	106.248	0.000	√
		Menos de 19 años	0.000000	0.000000	0.000000	1.81818	2.727273	4.5455			
		20 a 29	0.000000	0.000000	15.45455	4.54545	3.636364	23.6364			
		30 a 39	0.000000	2.72727	23.63636	2.72727	0.909091	30.0000			
		40 a 49	0.000000	6.36364	13.63636	0.90909	0.000000	20.9091			
		50 a 59	3.636364	2.72727	8.18182	0.00000	0.000000	14.5455			
		60 a 69	1.818182	0.00000	1.81818	0.00000	0.000000	3.6364			
		Más de 70 años	2.727273	0.00000	0.00000	0.00000	0.000000	2.7273			
		Total	8.181818	11.81818	62.72727	10.00000	7.272727	100.0000			
<p><i>H₀: la edad no esta relacionada con el estado civil</i></p> <p><i>H_a: la edad si esta relacionada con el estado civil</i></p> <p><i>Como la probabilidad obtenida es menor que $\alpha = .05$ entonces se concluye que existe suficiente evidencia de que la edad es un factor de influencia en el estado civil de la persona.</i></p>											

2.	Sexo Vs. Estado Civil		Viudo	Divorciado	Casado	Soltero	Unión Libre	Total	17.2481	.0017	√
		Femenino	6.363636	1.81818	46.36364	6.36364	4.545455	65.4545			
		Masculino	1.818182	10.00000	16.36364	3.63636	2.727273	34.5455			
		Total	8.181818	11.81818	62.72727	10.00000	7.272727	100.0000			

Ho: el sexo no esta relacionada con el estado civil

Ha: el sexo si esta relacionada con el estado civil

Como la probabilidad obtenida es menor que $\alpha = .05$ entonces se concluye que existe suficiente evidencia de que el sexo es un factor de influencia en el estado civil de la persona, dado que se encontró un alto numero de mujeres casadas.

3.	Considera su estado de animo Vs. Fomento de Auto Estima		Fomento Eficaz	Fomento Ineficaz	Total	6.66854	.0357	√
		Muy Depresivo	3.63636	0.90909	4.5455			
		Depresivo	20.00000	52.72727	72.7273			
		Muy Depresivo	9.09091	13.63636	22.7273			
		Total	32.72727	67.27273	100.0000			

Ho: la consideración de su estado de animo no esta relacionada con el Fomentar su Auto Estima

Ha: : la consideración de su estado de animo si esta relacionada con el Fomentar su Auto Estima

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que el estado de animo del paciente es un factor que influye de manera relevante en su autoestima; esto fue debido a que la probabilidad es menor que $\alpha = .05$, lo que nos lleva a rechazar la hipótesis nula.

4.	Considera su estado de animo Vs.		Severo	Moderado	Ligero	Ausente	Total	173.282	0.000	√
		Muy Depresivo	4.545455	0.00000	0.00000	0.00000	4.5455			

Escala de Hamilton	Depresivo	0.000000	31.81818	38.18182	2.72727	72.7273				
	Muy Depresivo	0.000000	3.63636	1.81818	17.27273	22.7273				
	Total	4.545455	35.45455	40.00000	20.00000	100.0000				

Ho: la consideración de su estado de animo no esta relacionada con la escala de Hamilton
Ha: la consideración de su estado de animo si esta relacionada con la escala de Hamilton.

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que el estado de animo del paciente es un factor que esta relacionado con la escala de Hamilton; esto fue debido a que la probabilidad es menor que $\alpha = .05$, lo que nos lleva a rechazar la hipótesis nula.

5.	Como Actúa con el tipo de tratamiento Vs. Evitar complicaciones		Conoce que hacer	Desconoce que hacer	Total	110.000	0.000	√
		Conoce	41.81818	0.00000	41.8182			
		Desconoce	0.00000	58.18182	58.1818			
		Total	41.81818	58.18182	100.0000			

Ho: el como actúa la persona con el tipo de tratamiento no esta relacionada con la de Evitar complicaciones.
Ha: el como actúa la persona con el tipo de tratamiento si esta relacionada con la de Evitar complicaciones.

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que si el paciente actúa con conocimiento del tratamiento esto lo ayuda a evitar complicaciones. Esto es debido a que se rechazo la hipótesis nula y se opta por la alterna.

6.	Como Actúa con el tipo de tratamiento Vs. La explicación del auto cuidado		Explicación Acertada	Explicación Errónea	Total	5.68365	.0171	√
		Conoce	20.00000	21.81818	41.8182			
		Desconoce	40.90909	17.27273	58.1818			
		Total	60.90909	39.09091	100.0000			

Ho: el como actúa la persona con el tipo de tratamiento no esta relacionada con la explicación del auto cuidado.
Ha: el como actúa la persona con el tipo de tratamiento si esta relacionada con la explicación del auto cuidado.

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que si el paciente actúa con conocimiento del tratamiento esto le permite una explicación del auto cuidado. . Esto es debido a que se rechazó la hipótesis nula y se opta por la alterna.

7.	Como Actúa con el tipo de tratamiento Vs. El auto cuidado del tratamiento		Conoce	Desconoce	Total		.908325	.3406	X
		Conoce	34.54545	7.27273	41.8182				
		Desconoce	43.63636	14.54545	58.1818				
		Total	78.18182	21.81818	100.0000				
8.	Como Actúa con el tipo de tratamiento Vs. Signos De Reacciones Adversas Por El Tratamiento		Conoce	desconoce	Total		22.0640	0.000	√
		Conoce	41.81818	0.00000	41.8182				
		Desconoce	36.36364	21.81818	58.1818				
		Total	78.18182	21.81818	100.0000				

Ho: el como actúa la persona con el tipo de tratamiento no esta relacionada con los Signos de reacciones adversas por el tratamiento.

Ha: el como actúa la persona con el tipo de tratamiento si esta relacionada con los Signos de reacciones adversas por el tratamiento.

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que si el paciente actúa con conocimiento del tratamiento esto le permite un entendimiento con los Signos de reacciones adversas por el tratamiento. Esto es debido a que se rechazó la hipótesis nula y se opta por la alterna.

9.	Como Actúa con el tipo de tratamiento Vs. Autoestima de la persona		No ha Disminuido	Disminuido	Total		8.08649	.0045	√
		Conoce	2.72727	39.09091	41.8182				
		Desconoce	16.36364	41.81818	58.1818				
		Total	19.09091	80.90909	100.0000				

Ho: el como actúa la persona con el tipo de tratamiento no esta relacionada con el autoestima de la persona.

Ha: el como actúa la persona con el tipo de tratamiento si esta relacionada con el autoestima de la persona.

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que si el paciente actúa con conocimiento del tratamiento esto le permite un entendimiento mejor de su autoestima. Esto es debido a que se rechazó la hipótesis nula y se opta por la alterna.

10.	Como Actúa con el tipo de tratamiento Vs. Reacciones adversas al tratamiento		Si	No	Total	9.35315	.0022	√
		Conoce	28.18182	13.63636	41.8182			
		Desconoce	52.72727	5.45455	58.1818			
		Total	80.90909	19.09091	100.0000			

Ho: el como actúa la persona con el tipo de tratamiento no esta relacionada con las reacciones adversas al tratamiento que tiene el paciente.

Ha: el como actúa la persona con el tipo de tratamiento si esta relacionada con las reacciones adversas al tratamiento que tiene el paciente.

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que si el paciente actúa con conocimiento del tratamiento esto le permite un entendimiento mejor de las reacciones adversas al tratamiento. Esto es debido a que se rechazó la hipótesis nula y se opta por la alterna.

11.	Evitar complicaciones Vs. La explicación del auto cuidado		Explicación Errónea	Explicación Acertada	Total	5.68365	.0171	√
		Conoce Que Hacer	20.00000	21.81818	41.8182			
		Desconoce Que Hacer	40.90909	17.27273	58.1818			
		Total	60.90909	39.09091	100.0000			

Ho: el evitar complicaciones con el de tratamiento no esta relacionada con la explicación del auto cuidado.

Ha: el evitar complicaciones con el de tratamiento si esta relacionada con la explicación del auto cuidado.

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que si el paciente evita complicaciones con el tratamiento esto le permite un mejor entendimiento de la explicación del auto cuidado. Esto es debido a que se rechazó la hipótesis nula y se

<i>opta por la alterna.</i>									
12.	Evitar complicaciones Vs. Signos De Reacciones Adversas Por El Tratamiento		Conoce	Desconoce	Total		22.0640	0.000	√
		Conoce Que Hacer	41.81818	0.00000	41.8182				
		Desconoce Que Hacer	36.36364	21.81818	58.1818				
		Total	78.18182	21.81818	100.0000				
<p><i>Ho: el evitar complicaciones con el de tratamiento no esta relacionado con los signos de reacciones adversas por el tratamiento.</i></p> <p><i>Ha: el evitar complicaciones con el de tratamiento si esta relacionado con los signos de reacciones adversas por el tratamiento</i></p> <p><i>De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que si el paciente evita complicaciones con el tratamiento esto le permite un mejor entendimiento con los signos de reacciones adversas por el tratamiento. Esto es debido a que se rechazo la hipótesis nula y se opta por la alterna.</i></p>									
13.	Evitar complicaciones Vs. Autoestima de la persona		No ha Disminuido	Disminuido	Total		8.08649	.0045	√
		Conoce Que Hacer	2.72727	39.09091	41.8182				
		Desconoce Que Hacer	16.36364	41.81818	58.1818				
		Total	19.09091	80.90909	100.0000				
<p><i>Ho: el evitar complicaciones con el de tratamiento no esta relacionado con la autoestima de la persona.</i></p> <p><i>Ha: el evitar complicaciones con el de tratamiento si esta relacionado con la autoestima de la persona</i></p> <p><i>De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que si el paciente evita complicaciones con el tratamiento esto le permite una mejor autoestima. Esto es debido a que se rechazo la hipótesis nula y se opta por la alterna.</i></p>									

14.	Evitar complicaciones Vs. Reacciones adversas al tratamiento		Si	No	Total	9.35315	.0022	√
		Conoce Que Hacer	28.18182	13.63636	41.8182			
		Desconoce Que Hacer	52.72727	5.45455	58.1818			
		Total	80.90909	19.09091	100.0000			

*Ho: el evitar complicaciones con el de tratamiento no esta relacionado con las reacciones adversas al tratamiento.
Ha: el evitar complicaciones con el de tratamiento si esta relacionado con las reacciones adversas al tratamiento*

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que si el paciente evita complicaciones con el tratamiento esto le permite un mejor entendimiento con las reacciones adversas al tratamiento. Esto es debido a que se rechazo la hipótesis nula y se opta por la alterna.

15.	Concepto de auto cuidado Vs. La explicación del auto cuidado		Explicación Errónea	Explicación Acertada	Total	47.0904	0.000	√
		Bien Referido	19.09091	38.18182	57.2727			
		Mal Referido	41.81818	0.90909	42.7273			
		Total	60.90909	39.09091	100.0000			

*Ho: el concepto de auto cuidado en el paciente no esta relacionado con la explicación del auto cuidado.
Ha: el concepto de auto cuidado en el paciente si esta relacionado con la explicación del auto cuidado.*

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que si el paciente sabe sobre el concepto de auto cuidado esto le permite un mejor entendimiento con la explicación del auto cuidado. Esto es debido a que se rechazo la hipótesis nula y se opta por la alterna.

16.	Concepto de auto cuidado Vs. El auto cuidado del tratamiento		Conoce	Desconoce	Total	16.6569	.0000	√
		Bien Referido	52.72727	4.54545	57.2727			
		Mal Referido	25.45455	17.27273	42.7273			
		Total	78.18182	21.81818	100.0000			

*Ho: el concepto de auto cuidado en el paciente no esta relacionado con el auto cuidado del tratamiento.
Ha: el concepto de auto cuidado en el paciente si esta relacionado con el auto cuidado del tratamiento.*

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que si el paciente sabe sobre el concepto de auto cuidado esto le permite un mejor entendimiento con el auto cuidado del tratamiento. Esto es debido a que se rechazo la hipótesis nula y se opta por la alterna.

17.	Concepto de auto cuidado Vs. Signos De Reacciones Adversas Por El Tratamiento		Conoce	Desconoce	Total	35.3786	0.000	√
		Bien Referido	56.36364	0.90909	57.2727			
		Mal Referido	21.81818	20.90909	42.7273			
		Total	78.18182	21.81818	100.0000			

Ho: el concepto de auto cuidado en el paciente no esta relacionado con los signos de reacciones adversas por el tratamiento.

Ha: el concepto de auto cuidado en el paciente si esta relacionado con los signos de reacciones adversas por el tratamiento.

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que si el paciente sabe sobre el concepto de auto cuidado esto le permite un mejor entendimiento con los signos de reacciones adversas por el tratamiento. Esto es debido a que se rechazo la hipótesis nula y se opta por la alterna.

18.	Concepto de auto cuidado Vs. Autoestima de la persona		No Ha Disminuido	Disminuido	Total		8.73720	.0031	√		
		Bien Referido	5.45455	51.81818	57.2727						
		Mal Referido	13.63636	29.09091	42.7273						
		Total	19.09091	80.90909	100.0000						
<p><i>Ho: el concepto de auto cuidado en el paciente no esta relacionado con la autoestima de la persona.</i> <i>Ha: el concepto de auto cuidado en el paciente si esta relacionado con la autoestima de la persona.</i></p> <p><i>De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que si el paciente sabe sobre el concepto de auto cuidado esto le permite un mejor entendimiento con la autoestima de este. Esto es debido a que se rechazo la hipótesis nula y se opta por la alterna.</i></p>											
19.	Concepto de auto cuidado Vs. Escala de Hamilton		Severo	Moderado	Ligero	Ausente	Total		9.02926	.0289	√
		Bien Referido	4.545455	14.54545	25.45455	12.72727	57.2727				
		Mal Referido	0.000000	20.90909	14.54545	7.27273	42.7273				
		Total	4.545455	35.45455	40.00000	20.00000	100.0000				
<p><i>Ho: el concepto de auto cuidado en el paciente no esta relacionado con la escala Hamilton.</i> <i>Ha: el concepto de auto cuidado en el paciente si esta relacionado con la escala Hamilton.</i></p> <p><i>De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que si el paciente sabe sobre el concepto de auto cuidado esto le permite un mejor entendimiento con la escala hamilton. Esto es debido a que se rechazo la hipótesis nula y se opta por la alterna</i></p>											
20.	La explicación del auto cuidado Vs. El auto cuidado del		Conoce	Desconoce	Total		6.48311	.0109	√		
		explicación Errónea	42.72727	18.18182	60.9091						

	tratamiento	explicación Acertada	35.45455	3.63636	39.0909				
<p><i>Ho: la explicación del auto cuidado no esta relacionado con el auto cuidado del tratamiento.</i> <i>Ha: la explicación del auto cuidado si esta relacionado con el auto cuidado del tratamiento.</i></p> <p><i>De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que la explicación del auto cuidado en el paciente le permite entender mejor el auto cuidado del tratamiento. Esto es debido a que se rechazo la hipótesis nula y se opta por la alterna</i></p>									
21.	La explicación del auto cuidado Vs. Signos De Reacciones Adversas Por El Tratamiento		Conoce	Desconoce	Total		15.7254	.0001	√
		Explicación Errónea	40.00000	20.90909	60.9091				
		Explicación Acertada	38.18182	0.90909	39.0909				
		Total	78.18182	21.81818	100.0000				
<p><i>Ho: la explicación del auto cuidado no esta relacionado con los signos de reacciones adversas por el tratamiento.</i> <i>Ha: la explicación del auto cuidado si esta relacionado con los signos de reacciones adversas por el tratamiento.</i></p> <p><i>De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que la explicación del auto cuidado en el paciente le permite entender mejor los signos de reacciones adversas por el tratamiento. Esto es debido a que se rechazo la hipótesis nula y se opta por la alterna</i></p>									
22.	El auto cuidado del tratamiento Vs. Signos De Reacciones Adversas Por El Tratamiento		Conoce	Desconoce	Total		4.42562	.0354	√
		Conoce	64.54545	13.63636	78.1818				
		Desconoce	13.63636	8.18182	21.8182				
		Total	78.18182	21.81818	100.0000				
<p><i>Ho: la explicación del auto cuidado del tratamiento no esta relacionado con los signos de reacciones adversas por el tratamiento.</i> <i>Ha: la explicación del auto cuidado del tratamiento si esta relacionado con los signos de reacciones adversas por el tratamiento.</i></p>									

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que la explicación del auto cuidado del tratamiento en el paciente le permite entender mejor los signos de reacciones adversas por el tratamiento. Esto es debido a que se rechazó la hipótesis nula y se opta por la alterna

23.	El auto cuidado del tratamiento Vs. Fomento de Auto Estima		Fomento eficaz	Fomento Ineficaz	Total	6.40887	.0114	√
		Conoce	20.90909	57.27273	78.1818			
		Desconoce	11.81818	10.00000	21.8182			
		Total	32.72727	67.27273	100.0000			

Ho: la explicación del auto cuidado del tratamiento no esta relacionado con el fomentar el auto estima.

Ha: la explicación del auto cuidado del tratamiento si esta relacionado con el fomentar el auto estima.

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que la explicación del auto cuidado del tratamiento en el paciente le permite entender mejor como fomentar el auto estima. Esto es debido a que se rechazó la hipótesis nula y se opta por la alterna

24.	Signos De Reacciones Adversas Por El Tratamiento Vs. Autoestima de la persona		No ha Disminuido	Disminuido	Total	14.2129	.0002	√
		Conoce	9.09091	69.09091	78.1818			
		Desconoce	10.00000	11.81818	21.8182			
		Total	19.09091	80.90909	100.0000			

Ho: la explicación de signos de reacciones adversas por el tratamiento no esta relacionado con el autoestima de la persona.

Ha: la explicación de signos de reacciones adversas por el tratamiento si esta relacionado con el autoestima de la persona.

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que la explicación de signos de reacciones adversas por el tratamiento en el paciente le permite entender mejor su autoestima. Esto es debido a que se rechazo la hipótesis nula y se opta por la alterna.

25.	Signos De Reacciones Adversas Por El Tratamiento Vs. Evitar Depresiones		Toma Acciones Eficaces	Toma Acciones Ineficaces	Total	3.94218	.0471	√
		Conoce	37.27273	40.90909	78.1818			
		Desconoce	5.45455	16.36364	21.8182			
		Total	42.72727	57.27273	100.0000			

Ho: la explicación de signos de reacciones adversas por el tratamiento no esta relacionado con el evitar depresiones en el paciente.

Ha. la explicación de signos de reacciones adversas por el tratamiento si esta relacionado con el evitar depresiones en el paciente

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que la explicación de signos de reacciones adversas por el tratamiento en el paciente le permite entender mejor como evitar depresiones. Esto es debido a que se rechazo la hipótesis nula y se opta por la alterna.

26.	Evitar Depresiones Vs. Aplicación de Auto Cuidado		Auto Cuidado Eficaz	Auto Cuidado Ineficaz	Total	13.6057	.0002	√
		Acciones Eficaces	27.27273	15.45455	42.7273			
		Acciones Ineficaces	16.36364	40.90909	57.2727			
		Total	43.63636	56.36364	100.0000			

Ho: la explicación de cómo evitar depresiones no esta relacionado con la aplicación de auto cuidado en el paciente.

Ha. la explicación de cómo evitar depresiones si esta relacionado con la aplicación de auto cuidado en el paciente

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que el evitar depresiones en el paciente le permite una mejor aplicación de auto cuidado en su persona. Esto es debido a que se rechazo la hipótesis nula y se opta por la alterna.

27.	Fomento de Auto Estima Vs. Aplicación de Auto Cuidado		Auto Cuidado Eficaz	Auto Cuidado Ineficaz	Total	34.2871	0.000	√
		Fomento Eficaz	27.27273	5.45455	32.7273			
		Fomento Ineficaz	16.36364	50.90909	67.2727			
		Total	43.63636	56.36364	100.0000			

Ho: la explicación de cómo fomentar el auto estima no esta relacionado con la aplicación de auto cuidado en el paciente.

Ha la explicación de cómo fomentar el auto estima si esta relacionado con la aplicación de auto cuidado en el paciente.

De acuerdo a la probabilidad obtenida se concluye que el fomentar el auto estima en el paciente le permite una mejor aplicación de auto cuidado en su persona. Esto es debido a que se rechazo la hipótesis nula y se opta por la alterna.