



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

2005  
0111 06  
2007

**"Nivel de adaptación de los pacientes oncológicos a la quimioterapia ambulatoria"**  
**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de  
Maestra en Ciencias de Enfermería

**Presenta:**

Maria Leticia Rubí García Valenzuela.

**Dirigido por:**

M.C. José Javier Cuevas Cancino.

**SINODALES**

M.C. José Javier Cuevas Cancino  
Presidente

  
Firma

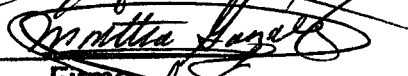
M.C. Raquel Acuña Cervantes  
Secretario

  
Firma

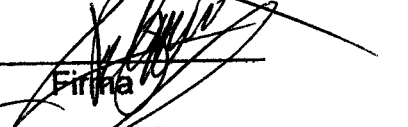
M.C.S.S. Ma. Alejandra Hernández Castañón  
Vocal


  
Firma


M.C. Martha González Esquivel  
Suplente

  
Firma

M.C. Gabriela Palomé Vega  
Suplente

  
Firma

  
Nombre y Firma  
Dra. Aurora Zamora Mendoza.  
Directora de la Facultad

  
Nombre y Firma  
Dr. Sergio Quesada Aldana  
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario  
Santiago de Querétaro, Querétaro.  
Marzo del 2005.  
México

No. Adq. 469738  
No. Título \_\_\_\_\_  
Clas. TS  
615.58  
G216n  
Ej. 1

*[Faint handwritten notes and markings on the left side of the page, including some illegible characters and lines.]*

*[Extremely faint and illegible text or markings on the right side of the page, possibly bleed-through from the reverse side.]*

## RESUMEN

El cáncer es la segunda causa de muerte de la población Mexicana desde los noventas, actualmente Michoacán tiene las mismas características epidemiológicas. De aquí la importancia del estudio al retomar como vive este proceso patológico y su tratamiento el paciente, se determinó el Modelo de Adaptación desarrollado por Callista Roy como marco teórico propuesto para la práctica y formación de enfermería considerando que este centra sus conceptos y definiciones en que cada persona se adapta al recibir estímulos ambientales clasificándolos como focales, contextuales y residuales, Roy dice que la adaptación se logra cuando la persona reacciona positivamente ante los cambios producidos en su entorno. La presente investigación fue realizada a partir de los conceptos teóricos del modelo con el objetivo de analizar el nivel de adaptación del paciente oncológico en quimioterapia ambulatoria, con la hipótesis de que los pacientes ambulatorios se adaptan más en los modos fisiológico, de representación del rol y el autoconcepto en comparación a los pacientes oncológicos hospitalizados por la misma causa. El diseño del estudio fue descriptivo, transversal, comparativo, no experimental. La población de estudio la constituyeron pacientes oncológicos que recibieron quimioterapia en el Centro Estatal de Atención Oncológica. Como criterios de inclusión se consideraron a los pacientes ambulatorios que estuvieron menos de 24 horas en la institución y a los hospitalizados con más de 24 horas de estancia. La muestra fue seleccionada por conveniencia y estuvo constituida por 80 individuos. Se diseñó un instrumento que permitió valorar los estímulos focales, contextuales y residuales; el modo fisiológico y el modo de la representación del rol. El autoconcepto se midió aplicando el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 11.0) empleando la correlación de Pearson para conocer el grado de asociación entre las variables y Chi cuadrada para comprobación de hipótesis. Los resultados demuestran que los pacientes ambulatorios tuvieron menos afectación en el modo fisiológico y la representación de rol, pero presentaron una adaptación menor en el autoconcepto. Se buscó demostrar que el modelo es práctico en la aplicación de la enfermería oncológica profesional.

**(Palabras clave: Modelo de Adaptación de Roy, cáncer, quimioterapia ambulatoria y hospitalizada)**

## **SUMMARY**

Cancer has been the second cause of death among the population of México since the nineties. Michoacan has the same epidemiological characteristics, hence the importance of a study to determine how this pathological process exists and the treatment of the patient. The Adaptation Model developed by Callista Roy was used as the theoretical framework proposed for the nursing practice and education, considering that this framework centers its concepts and definitions on the premise that each individual adapts upon receiving environmental stimuli classified as local, contextual and residual. Roy states that the adaptation is achieved when the person reacts positively to the changes produced in his/her surroundings. This research was carried out based on the theoretical concepts of the model with the objective of analyzing the adaptation level of the cancer patient in out-patient chemotherapy, the hypothesis being that out-patient individuals more readily adapt to the physiological, role representation and self-concept modes when compared with cancer patients hospitalized for the same cause. . The design of the study was descriptive, transversal, comparative and not experimental. The study's population was made up of cancer patients receiving chemotherapy at the State Center for Oncologic Attention. For inclusion criteria, we considered ambulatory patients that spend less than 24 hours in the institution and hospitalized patients with more than 24 hours in the Center. That sample was chosen according to the degree of suitability and was made up of 80 individuals. An instrument was designed to make possible the evaluation of focal, contextual and residual stimuli; the physiological mode and the role representation mode. Self-concept was measured by applying Coppersmith's Self-esteem Inventory. We used the SPSS statistics program (version 11.0) to process and analyze information, employing Pearson's correlation to find the degree of association between the variable and Chi square for verification of the hypothesis. Results show that the ambulatory patients were less affected in the physiological and role representation modes, but experienced less adaptation in self-concept. We sought to demonstrate that this model is practical in application of professional oncologic nursing.

**(KEY WORDS:Roy's Adaptations Model, cancer, out-patient and in-patient chemotherapy)**

**A mi Dios, porque tú eres todo Señor.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A las autoridades y profesores de la  
Facultad de Enfermería, U.A.Q.  
Alma Mater que me acogió con benevolencia.**

**Al personal médico y de enfermería del  
Centro Estatal de Atención Oncológica,  
por su generosa actitud.**

**A los pacientes oncológicos en quimioterapia,  
al estar con ellos, me dieron una lección  
de vida.**

**Al M.C. José Javier Cuevas Cancino,  
Gracias Maestro, por tu invaluable  
paciencia y apoyo para la realización  
de este trabajo.**

**Al honorable jurado.**

**A mi mamá Yola y hermanos; Paty, Andrés,  
Marco Antonio, Francisco, Ulises y Everth**

**Y muy particularmente a mis hijos y esposo,  
Jorge, Alejandro, Erick y José Jorge.**

# INDICE

	<b>Página</b>
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	viii
Índice de figuras	xi
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Importancia del estudio	7
1.3 Objetivos	9
1.3.1 Objetivo General	9
1.3.2 Objetivos Específicos	9
<b>II. REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	<b>10</b>
2.1 Modelo de Adaptación de Callista Roy	10
2.2 El Cáncer	18
2.3 Tratamiento con quimioterapia	19
2.4 Efectos secundarios de la quimioterapia	22
2.5 Intervenciones de enfermería en la quimioterapia	23
2.6 Criterios específicos para la ministración de quimioterapia ambulatoria	25
2.7 Consideraciones específicas de la quimioterapia en hospitalización	26
2.8 Adaptación del Modelo de Callista Roy al estudio	28
2.9 Estudios relacionados	33
2.10 Hipótesis	37

	<b>Página</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>38</b>
3.1 Tipo de estudio	38
3.2 Universo	38
3.3 Muestra	38
3.4 Instrumento	39
3.5 Procedimientos	40
<b>IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>42</b>
4.1 Resultados	42
4.1.1 Aspectos sociodemográficos	42
4.1.2 Pacientes ambulatorios.	46
4.1.2.1 Estímulo focal.	46
4.1.2.2 Estímulo contextual.	48
4.1.2.3 Estímulo residual.	49
4.1.2.4 Modo fisiológico.	50
4.1.2.5 Modo de la representación de rol.	51
4.1.2.6 Modo del autoconcepto.	53
4.1.2.7 Correlaciones encontradas en los	54
pacientes de quimioterapia ambulatoria.	
4.1.3 Pacientes en quimioterapia hospitalizada.	56
4.1.3.1 Estímulo focal.	56
4.1.3.2 Estímulo contextual.	57
4.1.3.3 Estímulo residual.	59
4.1.3.4 Modo fisiológico.	59
4.1.3.5 Modo de la representación de rol.	61
4.1.3.6 Modo del autoconcepto.	62
4.1.3.7 Correlaciones encontradas en los	63
pacientes hospitalizados.	
4.1.3.8 Correlaciones similares en los dos	65
grupos.	



	<b>Página</b>
<b>4.1.4</b>	<b>Resultados comparados entre los dos grupos. 67</b>
4.1.4.1	Estímulo focal. 67
4.1.4.2	Estímulo contextual. 70
4.1.4.3	Estímulo residual. 74
4.1.4.4	Modo fisiológico. 75
4.1.4.5	Modo de la representación de rol. 79
4.1.4.6	Resultados de Chi cuadrada 80
4.1.4.7	Modo del Autoconcepto. 82
<b>4.2</b>	<b>Discusión 83</b>
<b>4.3</b>	<b>Conclusiones 90</b>
<b>4.4</b>	<b>Sugerencias 93</b>
<b>V.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA 95</b>
<b>VI.</b>	<b>APÉNDICE 99</b>
6.1	Índice de tablas 100
6.2	Cuestionario para pacientes de quimioterapia que se administra en el CEAO 102
6.3	Inventario de Autoestima Coopersmith 106
6.4	Forma de calificar el Inventario de Autoestima Coopersmith 107
6.5	Operacionalización de variables 108
6.6	Tablas de contingencia y gráficas 112
6.7	Tablas de correlaciones 118

## INDICE DE CUADROS

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
1.	Datos sociodemográficos de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.	44
2	Diagnóstico de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada	45
3	Presentación de signos y síntomas en los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria.	46
4	Actitudes que mostró la enfermera en la atención de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria	47
5	Percepción de las características ambientales como parte del contexto de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria.	49
6	Aspectos que midieron el modo fisiológico de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria	51
7	Aspectos que midieron el modo de la representación de rol de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria	52
8	Presentación de signos y síntomas en los pacientes oncológicos en quimioterapia hospitalizada.	56
9	Actitudes que mostró la enfermera en la atención de los pacientes oncológicos en quimioterapia hospitalizada.	57

## INDICE DE CUADROS

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
10	Percepción de las características ambientales como parte del contexto de los pacientes oncológicos en quimioterapia hospitalizada	58
11	Aspectos que midieron el modo fisiológico de los pacientes oncológicos en quimioterapia hospitalizada.	60
12	Aspectos que midieron el modo de la representación de rol de los pacientes oncológicos en quimioterapia hospitalizada	62
13	Signos y síntomas que presentan los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.	68
14	Actitud que mostró la enfermera en la atención del paciente oncológico en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.	70
15	Forma de realizar las actividades familiares de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.	71
16	Forma de realiza las actividades laborales los pacientes oncológico en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.	71
17	Características ambientales que percibieron los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.	72
18	Número de veces que les han aplicado quimioterapia a los pacientes oncológicos ambulatorios y hospitalizados.	73

## INDICE DE CUADROS

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
19	Tiempo que permanece en el hospital el paciente oncológico para recibir quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.	73
20	Estímulo residual de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.	74
21	Modo fisiológico de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.	77
22	Características del sueño en los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.	78
23	Número de veces que tomaron alimento durante el día los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.	78
24	Alteración en las funciones familiares de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.	79
25	Resultados de $\chi^2$ en Modo Fisiológico	81
26	Resultados de $\chi^2$ en Modo de Representación de Rol	82
27	Inventario de autoestima Coopersmith (1993)	82

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>		<b>Página</b>
1	Modelo de adaptación de Callista Roy	11
2	Modelo de Adaptación de Callista Roy modificado al estudio de García Valenzuela (2004)	32

## I. INTRODUCCION

El cáncer es una enfermedad que aqueja al hombre desde hace muchos años, en la actualidad esta entidad patológica es la responsable del 25% de los decesos en todo el mundo occidental y en México se ha convertido en la segunda causa de morbi mortalidad en la población adulta, registrándose un promedio de 130,000 casos anuales, con una estimación aproximada de 45,000 personas que fallecen al año por cáncer en los diferentes aparatos y sistemas corporales, (S.S.A 2004).

No obstante que se han incrementado las medidas de difusión para que la población incluya en sus hábitos conductas saludables que eviten los factores de riesgo para la presencia de cáncer, los casos de neoplasias malignas van en incremento convirtiéndose en un problema muy serio de salud pública por los costos sociales y personales que esta patología representa. (Graves, 1991).

Actualmente la mitad de los procesos malignos tienen cura y la esperanza de vida de los pacientes oncológicos ha mejorado sobremanera a expensas de los adelantos en el tratamiento. De los casos detectados, más de la mitad recibirán quimioterapia sistémica como tratamiento de enfermedad recurrente, como terapia secundaria después de un tratamiento local o para la enfermedad hematológica. (Langhorne, 2002)

Por otro lado, la práctica profesional de la enfermería consolida su compromiso con la salud en general y en forma particular, en lo relacionado al cáncer, considerando la actitud ineludible de fortalecer la salud óptima de la población, llevando a cabo actividades técnico – asistenciales, docentes, administrativas y de investigación tanto en el fomento como en la prevención, curación y rehabilitación de los pacientes oncológicos, incluyendo la enseñanza de conductas y la participación activa en la investigación de enfermería.

Para que la investigación influya en la conducta de los profesionales, es preciso que se oriente el análisis reiterado de los modelos teóricos – conceptuales del ejercicio de la enfermería. Callista Roy (1999), al presentar y aplicar los conceptos de sistema y adaptación, al individuo como cliente de enfermería, ha contribuido con un acervo de conocimientos teórico - metodológicos para el ejercicio, la formación e investigación.

El modelo de adaptación de Roy fue elaborado en 1964 a partir del trabajo de Harry Helson, (Marriner, 2002), en cuya teoría sostiene que la adaptación es un proceso consistente en la transacción entre las demandas del medio ambiente y las respuestas de la persona, este proceso puede estar sujeto a cambios en el ambiente tanto interno como externo del individuo y dependerá del déficit o exceso en sus necesidades, dando como resultado conductas adaptativas eficaces o ineficaces.

El nivel de adaptación está constituido por el efecto acumulado de tres clases de estímulos: los estímulos focales, en confrontación inmediata con el individuo, los estímulos contextuales, que son aquellos que se presentan en el momento o durante el tiempo en que la persona está confrontando al estímulo focal y pueden estar presentes en la persona o en el ambiente, y los estímulos residuales que son aquellos que afectan la conducta pero con efectos que no pueden ser validados , tales como las actitudes, la experiencia, creencias, que tienen un efecto sobre la situación y por consiguiente sobre la conducta. (Roy, 1999)

El modelo de Roy se centra en la adaptación del hombre. Sus conceptos de Enfermería, Persona, Salud y Entorno están relacionados con este concepto base. La persona está explorando continuamente el entorno en busca de estímulos, por lo que puede responder finalmente adaptándose.

La presente investigación se realizó aplicando el modelo de adaptación de Roy a los pacientes oncológicos sujetos a quimioterapia tanto ambulatoria como en hospitalización. En el paciente oncológico la enfermedad y el tratamiento alteran los patrones normales de vida, el equilibrio del individuo, así como la imagen propia, mismos que deben ser reforzados para favorecer la adaptación a su nuevo rol como paciente en quimioterapia y como persona con todas sus necesidades por satisfacer; en este trabajo, se estableció el proceso de adaptación en los modos fisiológico, autoconcepto y modo de la representación de rol.

Para la aplicación de la presente investigación se consideraron los estímulos focales como todos los aspectos que el paciente oncológico enfrentó como fue la ministración del tratamiento quimioterápico, cuadro clínico relacionado a los efectos secundarios de la quimioterapia y las características del trato que recibió por parte del personal de enfermería mientras estuvo en tratamiento.

El estímulo contextual fue delimitado como el tratamiento de quimioterapia en el contexto ambulatorio, situación estrechamente relacionada con la permanencia en su hogar o bien en el contexto hospitalario; y los estímulos residuales como fueron los factores que pudieron afectar a la conducta como las actitudes y rasgos que un individuo desarrolló en el pasado, pero que pueden afectar la respuesta actual, en esta investigación se consideraron los antecedentes familiares de cáncer, conocimientos previos sobre esta patología, el conocer la forma de prevenirla y su tratamiento.

La población de estudio estuvo constituida por 80 pacientes que recibieron tratamiento de quimioterapia ambulatoria y hospitalizada en el Centro Estatal de Atención Oncológica (CEAO), de Morelia, Michoacán. Algunas de las características que predominaron en el grupo de estudio fueron; Sexo femenino, edad entre los 31 a 50 años, ocupación ama de casa y empleadas, escolaridad primaria incompleta y analfabeta, lugar de residencia el interior del Estado de



Michoacán. El propósito de la investigación fue analizar el nivel de adaptación de los pacientes oncológicos con quimioterapia ambulatoria en comparación a los pacientes hospitalizados por la misma causa para implementar acciones de enfermería que fortalezcan la recuperación en este tratamiento oncológico.

### **1.1 Planteamiento del problema.**

Desde la década de los noventa el cáncer es la segunda causa de muerte de la población general en México y en los últimos dos años se ubica entre las primeras diez en los grupos de edades más jóvenes (SSM 2003). Si a esto se añade el avance en la terapéutica oncológica, la cual ha logrado incrementar la supervivencia de los pacientes e inclusive curar algunos tumores malignos, esto ha tenido como consecuencia un aumento en la demanda de atención médica especializada.

En Morelia, Michoacán en el año de 1996 se abrió al servicio de la población, el Centro Estatal de Atención Oncológica (C.E.A.O) en el cual se proporciona atención de tercer nivel a los pacientes con diagnóstico de cáncer. El objetivo del CEAO es el de responder a la demanda de consulta y hospitalización de alta especialidad que se presenta en la región, la población a la cual se brinda el servicio requiere no contar con seguridad social, ser mayor de 18 años, residentes del Estado de Michoacán, pero también acuden de los estados circunvecinos, de ambos sexos y de todos los niveles socio – económicos por lo que se requiere de servicios complejos de diagnóstico y tratamiento. Para cumplir con su cometido, el CEAO cuenta con 17 camas censables que son insuficientes para la población demandante, por lo que se ha implementado un sistema de atención ambulatoria que se proporciona como apoyo a las acciones propias de la hospitalización, selección y seguimiento de pacientes oncológicos.

Los procedimientos y tratamientos que se realizan en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia, Michoacán han observado un incremento

considerable en los últimos años; por ejemplo en 1996 se realizaron 196 cirugías y en el 2003, 760 lo que significa que se han triplicado. (SSM, 2004)

En quimioterapias, sesiones de radioterapia y clínica de displasias en 1996 se realizaron un total de 11727 tratamientos, contra 20975 que se realizaron en 2003 lo cual representa un 79% de incremento. (SSM, 2004)

En la actualidad, considerando el espacio físico disponible y la alta demanda de servicios, con frecuencia se ocasiona la suspensión de cirugías programadas o el diferimiento de tratamientos por no haber espacios disponibles en hospitalización, con los altos costos que esto representa, no solo para la institución y en el aspecto económico, sino en la falta de oportunidad en el tratamiento.

Con una infraestructura física y humana limitada, el tratamiento ambulatorio permite optimizar los recursos y abatir los costos de funcionamiento sin disminuir de ninguna manera la calidad en la prestación de los servicios, tratando a la población demandante en un periodo corto de tiempo, sin diferir los tratamientos y promoviendo la atención inmediata y oportuna.

Bajo la premisa de brindar atención de calidad, y tomando en consideración el espacio físico disponible para la atención de los pacientes, se requiere fomentar e incrementar la ministración de quimioterapias ambulatorias, aún en los pacientes que reciben ciclos de 3 a 5 días, favoreciendo que el paciente participe y contribuya en la forma de recibir su tratamiento, mientras realiza su vida cotidiana.

La ministración del ciclo de quimioterapia en el programa ambulatorio se realiza en forma diligente puesto que el paciente se presenta al servicio, previa valoración médica inicia con la infusión continua de los medicamentos citotóxicos, durante este tiempo, se le proporcionan cuidados de enfermería y se observan estrechamente las alteraciones relacionadas con el tratamiento, registrando periódicamente sus signos vitales hasta terminar la infusión, que generalmente

dura de 2 a 6 horas, después del procedimiento, el paciente se reintegra a sus actividades cotidianas o bien puede permanecer en su casa sin necesidad de mantenerse hospitalizado; esto representa para el paciente de oncología y su familia la disminución de los gastos de hospitalización a la vez que le permite disfrutar de las ventajas que le ofrece el seguir en tratamiento sin suspender su ritmo de vida.

Sin embargo, la inclusión en este tipo de tratamiento representa para el paciente de la quimioterapia una novedad en su estilo de vida, algo con lo cual va a convivir durante un tiempo determinado y que le requiere implementar un proceso de adaptación a la situación específica.

Para Roy (1999) la adaptación es un proceso que consiste en la transacción entre las demandas del medio ambiente y las respuestas de la persona. Este proceso puede estar sujeto a cambios en el ambiente tanto interno como externo del sujeto y dependerá del déficit o exceso en sus necesidades.

En su teoría, Roy indica que el nivel de adaptación está constituido por el efecto acumulado de tres clases de estímulos: los estímulos focales en confrontación inmediata con el individuo, los estímulos contextuales que son todos los demás estímulos presentes, y los estímulos residuales, es decir aquellos factores que son parte importante en la conducta del individuo, pero que en el momento no se pueden valorar.

El objetivo de la enfermería, de acuerdo a Roy, es ayudar al ser humano a adaptarse a los cambios en sus necesidades fisiológicas, en su auto concepto, cambios de rol o en sus relaciones interdependientes, durante la salud y la enfermedad. (Phillips, 2003)

Con base a lo expuesto se considera pertinente aplicar el modelo de Roy con fin de analizar el nivel de adaptación del paciente oncológico ambulatorio en

comparación con el que recibe el tratamiento de manera hospitalizada, por ello en esta investigación se planteo la siguiente pregunta de estudio:

**¿Cual es el nivel de adaptación de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria en comparación a los pacientes hospitalizados por la misma causa?**

## **1.2. Importancia del estudio.**

En la actualidad, la enfermera está comprometida como nunca antes, a documentar su participación en el suministro de servicios de salud. La población beneficiaria ha reconocido en la asistencia de la salud un derecho, antes que un privilegio, sin lugar a dudas y ante el alto incremento de los costos de atención, se busca la eficaz y decidida participación de la enfermera en el cuidado global de la salud.

Este creciente interés en examinar críticamente la práctica de enfermería, hace indispensable que ésta evalúe su desempeño con el objeto de respaldar, modificar o ratificar las intervenciones que fortalezcan su quehacer profesional.

En virtud de que enfermería, en este momento histórico transcurre por una serie de cambios estructurales en el ser y quehacer de la profesión, la aplicación de la teoría proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

La capacidad del personal de enfermería se ve aumentada a través del conocimiento teórico, pues es más probable que los métodos tengan éxito si están desarrollados sistemáticamente y sirven de referencia ante la duda.

La aplicación de las teorías de enfermería proporciona, asimismo, autonomía profesional a través del punto de referencia que supone tanto para el ejercicio profesional como para la formación e investigación en la ciencia disciplinar, con el propósito de proporcionar un servicio basado en las evidencias, promoviendo la capacidad de afectar positivamente a la salud.

En este proyecto, se estudio el proceso de adaptación que se logró en pacientes oncológicos que fueron sometidos a quimioterapia en su modalidad ambulatoria y hospitalizada, empleando como marco referencial el modelo de adaptación que presenta Callista Roy.

Con ello se busca demostrar que el profesional de enfermería puede emplear como marco de referencia una teoría para la atención de enfermería, los modelos y conceptos científicos propuestos por las grandes teoristas de la ciencia disciplinar, contribuyendo de manera significativa a lograr una mayor eficiencia y eficacia en la prestación de servicios profesionales.

Respecto a los pacientes, se pretende la inclusión de un mayor número de personas en el programa ambulatorio de quimioterapia, lo que puede representar para éste el permanecer un lapso corto en la institución, disminuir los costos que devengan las constantes hospitalizaciones situación que se ve reflejada tanto en la familia como en la unidad hospitalaria, además de que bajo este programa terapéutico, podría realizar su vida integrándose a las actividades productivas, familiares y sociales al mismo tiempo que está recibiendo tratamiento.

Para la institución, puede resultar de importancia conocer el nivel de adaptación obtenido por el paciente oncológico en quimioterapia en las dos modalidades, para optimizar el capital humano, el suministro de los tratamientos, la contención de los costos y favorecer las condiciones que mejoren la calidad de vida de los pacientes.

Para la investigación en enfermería, este estudio permitió aplicar el modelo propuesto por Roy (1999) en la atención del paciente oncológico que recibe quimioterapia a la vez que sienta precedente en su tipo realizado en el Estado de Michoacán, por lo que a partir de él, se podrán facilitar estudios sub secuentes en este campo de la Enfermería.

### **1.3 Objetivos.**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Analizar el nivel de adaptación del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en comparación a los pacientes hospitalizados por la misma causa.

#### **1.3.2 Objetivos específicos.**

Identificar el modo fisiológico de adaptación en los pacientes oncológicos sujetos a quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.

Determinar la adaptación en el modo de la representación de rol de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.

Conocer la respuesta adaptativa en el modo del autoconcepto en el paciente oncológico en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.

Comparar el nivel de adaptación entre el paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria y el que la recibe hospitalizada.

## II. REVISION DE LITERATURA

Para Callista Roy el objetivo de la enfermería es ayudar al ser humano a adaptarse a los cambios en sus necesidades fisiológicas, en su autoconcepto, a los cambios de rol o en las relaciones interdependientes durante la salud y la enfermedad. (Ducharme, 1998)

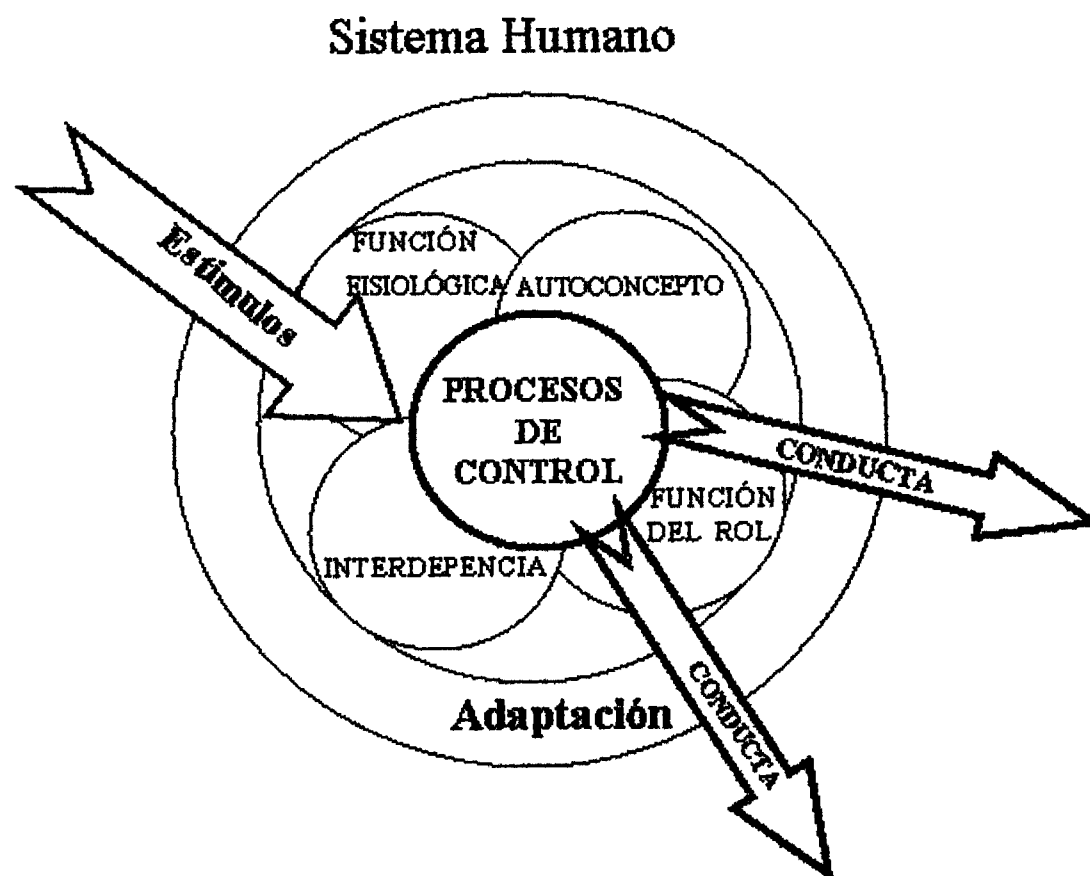
Roy construye su teoría sobre el sistema conceptual de la adaptación y, como consecuencia, desarrolla un modelo paso a paso de acuerdo con el cual las enfermeras utilizan el proceso de enfermería para administrar una asistencia que facilite la adaptación en situaciones de salud y enfermedad (Marriner, 2003).

### 2.1 Modelo de adaptación de Callista Roy.

El modelo de adaptación de Roy sostiene que las respuestas adaptativas son una función de los estímulos entrantes y del nivel adaptativo (figura 1). Para Roy (1999), el nivel de adaptación está constituido por el efecto acumulado de tres clases de estímulos: los estímulos focales, en confrontación inmediata con el individuo, los estímulos contextuales, que son aquellos que se presentan en el momento o durante el tiempo en que la persona está confrontando al estímulo focal y puede estar presente en la persona o en el ambiente, y los estímulos residuales que son aquellos que afectan la conducta pero con efectos que no pueden ser validados, tales como las actitudes, la experiencia, creencias y que tienen un efecto sobre la situación y por consiguiente sobre la conducta.

Sus conceptos de persona, salud, entorno y enfermería están todos ellos relacionados con este concepto central de adaptación. La persona está explorando continuamente el entorno en busca de estímulos, por lo que puede responder finalmente adaptándose.

Figura 1. Representación gráfica del modelo de Roy. (1999)



**Modelo de adaptación de Callista Roy.**

Fuente: Roy C.S. 1999 The Roy Adaptation Model, 2 ed. Prentice Hall. PTR  
Canadá



**Persona.** Una "persona es un ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante". Roy definió a la persona como el receptor de la asistencia de enfermería. La persona es un sistema vivo, complejo, adaptativo, con procesos internos, también llamados subsistemas cognitivo y regulador, que interactúan para mantener la adaptación en los cuatro modos adaptativos, a saber, necesidades fisiológicas, autoconcepto, rol e interdependencia. La Persona como sistema vivo es una totalidad constituida por partes o sub sistemas que funcionan como una unidad con algún objetivo (Roy, 1999).

Roy (1999) describió tres suposiciones que ayudan a entender el modelo de persona y son:

a) La persona es vista como un ser total, en el cual se incluye lo biológico, psicológico y social; que está en constante interacción con el medio ambiente circundante.

b) Los cambios que afectan a las personas en su homeostasis e integridad, responden con una adaptación a estos, por mecanismos internos o externos. Roy (1999) refiere que existen dos subsistemas de adaptación, el cognitivo y el regulador; donde el subsistema regulador refiere respuestas de los sistemas endocrino, nervioso y el psicológico. El subsistema cognitivo se refiere a las respuestas del pensamiento al estímulo.

c) La persona está en interacción con el medio circundante, lo que ocasiona cambios constantes.

**Salud.** La salud es “un estado y un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total. La pérdida de la integración representa la pérdida de la salud” (Roy, 1999).

La autora elabora este concepto a partir del razonamiento de que la adaptación es un proceso que promueve la integridad fisiológica, psicológica y social, y que esta integridad lleva implícito un estado intacto que conduce a la totalidad o a la unidad.

Roy (1999) considera a la salud como un fluir continuo desde la muerte o el peor estado de salud, hasta el nivel más alto de bienestar; mientras la persona oscila en el binomio salud – enfermedad se encuentra con problemas a los que debe adaptarse.

Cuando los mecanismos de afrontamiento son ineficaces, aparece la enfermedad, la salud sobreviene cuando la persona se adapta, al adaptarse a los estímulos se recupera la libertad para responder a otros estímulos. La liberación de energía resultante de los intentos de afrontamiento eficaz, puede promover la curación y reforzar la salud (Roy, 1999).

**Entorno.** Está constituido por todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y comportamiento de las personas o de los grupos. Es la información que entra en la persona como sistema adaptativo que conlleva factores internos y externos. Estos factores pueden ser importantes o insignificantes, negativos o positivos; sin embargo, cualquier modificación del entorno exige aumentar la energía para adaptarse a la situación. Los factores del entorno que afectan a la persona se clasifican en estímulos focales, contextuales y residuales, Roy (1999) los define como:

**Estímulo focal.** Es el grado de modificación o de estímulo al que se enfrenta la persona de una forma inmediata, hacia el que desarrolla una respuesta adaptativa, es decir, el factor que precipita la conducta.

**Estímulo contextual.** Son todos los demás estímulos presentes que contribuyen a la conducta que ocasiona o precipita al estímulo focal.

**Estímulo Residual.** Son los factores que pueden afectar a la conducta, como son las creencias, actitudes y rasgos que un individuo desarrolló en el pasado pero afectan la respuesta actual.

**Adaptación.** Para Roy (1999) la adaptación es un proceso que consiste en la transacción entre las demandas del medio ambiente y las respuestas de la persona, este proceso puede estar sujeto a cambios en el ambiente tanto interno como externo del sujeto y dependerá del déficit o exceso en sus necesidades, dando como resultado conductas adaptativas eficaces o ineficaces.

La adaptación de la persona está determinada por la intensidad y variedad de los estímulos focales, contextuales y residuales.

**Nivel de adaptación.** El nivel de adaptación de una persona (Roy, 1999) es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el valor del rango de estímulos propios de cada persona con respecto al que se puede contestar con respuestas adaptativas ordinarias.

**Respuestas o conductas adaptativas.** Son las respuestas que promueven la integridad de la persona en cuanto a objetivos de supervivencia, crecimiento, reproducción y superación.

**Respuestas Ineficaces o conductas inadaptativas.** Son las respuestas que no contribuyen a los objetivos de la adaptación, es decir, a la supervivencia, crecimiento, reproducción y superación.

**Modos adaptativos o Efectores.** Son las formas de afrontamiento que representan una actividad reguladora o cognitiva, es decir fisiológica, de autoconcepto, de rol y de interdependencia.

**Modo fisiológico.** Se refiere a los requerimientos corporales básicos y las formas de la adaptación en lo referente a regulación de oxígeno y circulación, fluidos y electrolitos corporales, eliminación, nutrición, temperatura, ejercicio y descanso, regulación de los sentidos, y regulación endócrina.

**Modo del autoconcepto.** Es el conjunto de opiniones y sentimientos que la persona tiene sobre sí mismo en un momento determinado. El autoconcepto se integra a partir de las percepciones, en forma particular de las reacciones de los demás y dirige la propia conducta (Roy, 1999). Los componentes del autoconcepto son:

- 1.- El yo físico que afecta a la sensación y a la imagen corporal, y
- 2.- El yo personal, constituido por la coherencia con uno mismo, el ideal o las expectativas de la persona con el yo moral o ético.

**Modo de la representación del rol.** Es la realización de las obligaciones basándose en las posiciones sociales. La forma en que uno representa un papel depende de la interacción de cada uno con el otro en una situación determinada. Los papeles se pueden clasificar en principales, secundarios y terciarios, contemplándose estos en el contexto de una relación diádica, es decir como un papel recíproco. (Roy, 1999)

**Modo de interdependencia.** Para Roy, el modo de interdependencia lo constituyen las relaciones de cada uno con los demás y con los sistemas de apoyo significativos. En este modo, cada uno mantiene su integridad psíquica mediante la satisfacción de las necesidades de atención y afecto.

**Enfermería.** En su teoría, Roy (1999) define a la Enfermería como “un sistema de conocimiento teórico que ordena un proceso de análisis y actividad relacionada con la asistencia de la persona enferma o potencialmente enferma”.

Así también, en su estructura teórica, Roy marca la diferencia de Enfermería como ciencia y como disciplina profesional. Define a la ciencia de la enfermería como “un sistema de conocimiento en desarrollo acerca de las personas, que observa, clasifica y relaciona los procesos por medio de los cuales las personas afectan positivamente la salud” (Blue.B. 1997).

La enfermería como disciplina profesional es, de acuerdo a Roy, “El cuerpo de conocimiento científico acerca de la enfermería, utilizado con el propósito de proporcionar un servicio esencial a la gente, es decir de promover la capacidad de afectar positivamente la salud.

Esta teórica también define que, el objetivo de la enfermería es ayudar al ser humano a adaptarse a los cambios en sus necesidades fisiológicas, en su autoconcepto, a los cambios de rol o en sus relaciones interdependientes, durante la salud y la enfermedad; y que como facilitadora para el proceso de adaptación, valora la conducta en cada uno de los cuatro modos adaptativos e interviene en la manipulación de los estímulos influyentes.

Roy expuso sus supuestos científicos y filosóficos en las Conferencias Internacionales de Teoría de Enfermería en Edmonton, Alberta en mayo de 1984. (Blue, B, 1997), en los que incluyó los ocho supuestos del modelo de adaptación, que son:

1. La persona es un ser biopsicosocial.
2. La persona está en constante interacción con un entorno cambiante.
3. Para hacer frente a un entorno cambiante la persona utiliza mecanismos innatos y adquiridos que tienen un origen biológico, psicológico y social.

4. Salud y enfermedad son una dimensión inevitable de la vida de la persona.
5. Para responder positivamente a los cambios del entorno, la persona debe adaptarse.
6. La adaptación de la persona es una función de los estímulos a los que está expuesta y de su nivel de adaptación.
7. El nivel de adaptación de la persona presenta una zona que indica el rango de estimulación que conducirá a una respuesta positiva.
8. La persona está conceptualizada como poseedora de cuatro modos de adaptación: necesidades fisiológicas, auto concepto, modo de la representación de rol y relaciones de interdependencia.

Desde el punto de vista de Roy (1999), el propósito de la enfermera es ayudarle al individuo a adaptarse a los estímulos en cualquiera de las cuatro categorías identificadas a fin de ayudarle a generar energía para responder a otros estímulos.

La teorista sugiere que deberá establecerse una meta que incluya el comportamiento, mismo que podrá resultar en dirección a los cambios. También enfatiza que desde el comportamiento de un paciente el cual está cambiando, se deberá involucrar la identificación de metas tanto como sea posible. (Ducharme, 1998)

Este mismo autor refiere que si los supuestos de Roy son verídicos, entonces el comportamiento humano está dirigido constantemente hacia un intento para mantener la integridad o la homeostasis. En muchos casos si se logra mantener o no la integridad, esto puede juzgarse mediante un conocimiento de las normas. Tal conocimiento también puede ser usado para ayudar a los pacientes al identificar sus propias metas.

Sin embargo, se debe puntualizar que las normas son solo teoría y pueden variar entre individuos o diferentes sociedades. De esta forma, mientras algunas normas fisiológicas son constantes para toda la gente, algunas pueden variar ampliamente. En forma similar lo que es aceptable en una sociedad, puede no serlo en otra.

**Las metas de enfermería en la teoría de Roy (1999) son:**

- Las relacionadas para obtener una respuesta adaptativa en el contexto fisiológico, concepción de si mismo, rol desempeñado e interdependencia.
- Las relacionadas en términos de comportamiento.
- Guiadas por un conocimiento de las normas.
- Planteadas en conjunto con el paciente.

En esta investigación, se emplearon los conceptos de estímulos focales, contextuales y residuales, nivel de adaptación y modos adaptativos o efectores en su clasificación de fisiológica, de modo de la representación de rol y autoconcepto, para los pacientes oncológicos que recibieron quimioterapia ambulatoria en contraste con el proceso de adaptación que experimentaron los pacientes que recibieron su ciclo de quimioterapia en hospitalización.

## **2.2 El cáncer**

El cáncer es una enfermedad que ha aquejado al hombre desde hace muchos años. Bricker (2002), escribe que este diagnóstico puede considerarse como un grupo muy heterogéneo de padecimientos de etiología multifactorial, relacionados por la manera como se desarrollan, como se diseminan y por su conducta biológica que frecuentemente conduce a la muerte del huésped.

Por su parte Bonadonna (1993), menciona que el cáncer puede también definirse como la proliferación anormal de células transformadas, que no

responden apropiadamente a los sistemas fisiológicos de regulación del crecimiento.

Es fundamental no conceptualizar el cáncer como una sola enfermedad, sino como un espectro de enfermedades neoplásicas, cada una de ellas con un patrón único de presentación y una estrategia diagnóstica, con un tratamiento y pronóstico también individuales. (Bricker, 2002)

De acuerdo al departamento de estadísticas de la Secretaría de Salud de Michoacán (2004) la incidencia de cáncer por cada 10,000 habitantes, en el Centro Estatal de Atención Oncológica durante el 2003 fue la siguiente:

<b>Mujer</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Hombre</b>	<b>Porcentaje</b>
Cáncer Cérvico Uterino	36.47	Leucemias y Linfomas	14
Cáncer de Mama	28.01	Cáncer de Próstata	7.23
Cáncer de Ovario	3.14	Cáncer de Testículo	5.14
Cáncer de Tiroides	2.62	Cáncer de Laringe	4.56
Cáncer de Endometrio	1.91	Cáncer de Pulmón	4.51
Cáncer de Colon	1.47	Cáncer Gástrico	4.43
Cáncer de Recto	1.41	Enfermedad de Hodking	3.97
Linfoma no Hodking	1.39	Cáncer de Recto	3.55
Cáncer Gástrico	1.16	Cáncer de Colon	3.14
Enfermedad de Hodking	1.11	Cáncer Baso Celular	2.01
Otros cánceres	21.31	Otros cánceres	55.31

Fuente: Centro Estatal de Atención Oncológica, Morelia, Michoacán 2004.

### **2.3 Tratamiento con quimioterapia**

La quimioterapia consiste en el empleo de medicamentos citotóxicos para tratar el cáncer. (Langhorne, 2002). Es una de las cuatro modalidades de



tratamiento que ofrecen curación, control o paliación; las otras tres son la cirugía, la radioterapia y la bioterapia. La quimioterapia es un tratamiento sistémico más que localizado. En el Centro Estatal de Atención Oncológica se tratan pacientes en quimioterapia ambulatoria y otro esquema en el cual los pacientes habrán de internarse para recibir el tratamiento, llamándole en este caso, quimioterapia hospitalizada.

Identificar a la quimioterapia como una de las opciones de tratamiento onco hematológico, es necesario, ya que previo al advenimiento de la misma, los tumores que no se encontraban suficientemente localizados, y en consecuencia no podían ser extirpados quirúrgicamente o radiados, irremediamente progresaban, sin posibilidad de ofrecer al paciente alguna opción terapéutica eficaz (Durán, 1998). El mismo autor señala que como resultado de las constantes investigaciones y de la utilización práctica de diversos protocolos farmacológicos, el uso de medicamentos para tratar el cáncer se ha ido sistematizando y haciéndose más planeado.

El mecanismo de acción de los fármacos antineoplásicos es muy variado, actúan afectando las enzimas celulares involucradas en la síntesis y/o función del ácido desoxirribonucleico (DNA) y del ácido ribonucleico (RNA).

Inmediatamente después de un tratamiento con quimioterapia, una fracción variable de células supervivientes estarán sincronizadas en una fase relativamente resistente, esta es la razón por la cual se requerirá de la ministración de otros ciclos de quimioterapia (Calabresi, 1999).

El mismo autor refiere que la quimioterapia combinada representa hoy en día el tratamiento más eficaz para destruir las células tumorales y que desde el punto de vista clínico, la asociación de varios fármacos antineoplásicos persigue como objetivo:

- A. Aumentar el sinergismo terapéutico, aprovechando sus distintos mecanismos de acción, con la consiguiente potenciación de la actividad curativa.
- B. Retrasar la aparición de los fenómenos de resistencia celular.
- C. Aumentar la tolerancia del paciente a la acción tóxica de los fármacos empleados.

La ministración de medicamentos antineoplásicos por vía intravenosa se infunde a través de un catéter venoso central o mediante el acceso venoso periférico.

Los cuatro métodos para ministrar los medicamentos son:

- Inyección en bolo directamente en la vena con una jeringa.
- Infusión con sistema en "Y" en donde el medicamento se administra utilizando otro recipiente y otro equipo de venoclisis conectado en Y a la infusión primaria que se mantiene durante la ministración del medicamento.
- Inyectando una jeringa en el puerto lateral de una infusión intravenosa de flujo libre.
- Añadiendo al volumen prescrito de líquido en bolsa o botella intravenosa, siguiendo las directrices hospitalarias para la infusión continua de la quimioterapia. (Durán D., 1998)

Este mismo autor señala que los requisitos que se buscan en un paciente para ser incluido en algún esquema de terapia antineoplásica se refieren al estado funcional de su organismo, presencia de enfermedades previas y concomitantes, edad, estadio de la enfermedad, exámenes de laboratorio, diagnóstico histopatológico, evaluación riesgo beneficio, aspecto emocional así como la educación del paciente y familia.

## **2.4 Efectos secundarios de la Quimioterapia.**

Langhorne (2002), Reeves – Roux (2001), Berry (1998) y Díaz R. (1988) registran como efectos secundarios de la quimioterapia los siguientes:

- **Dolor.** Los efectos secundarios de la ministración de analgésicos para yugular el dolor, son estreñimiento, resequedad en la boca y somnolencia.
- **Alopecia.** La caída del cabello ocurre de 10 a 21 días después del tratamiento, es temporal y suele ocurrir de manera súbita y en grandes cantidades.
- **Anorexia.** Se sugiere consumir alimentos en pequeñas cantidades y a intervalos frecuentes, habrá que mantener un monitoreo del peso.
- **Estreñimiento.** Relacionado con la ministración de medicamentos asociados como vinblastina, vincristina, vinorelbina y narcóticos.
- **Depresión.** El paciente de la quimioterapia mantiene frecuentes cambios de humor motivados por el padecimiento y los efectos secundarios de la quimioterapia.
- **Diarrea.** Se requiere mantener un monitoreo del nivel sérico de líquidos y electrolitos, así como el número, color, frecuencia y consistencia de las heces.
- **Fatiga.** Se requiere valorar las causas etiológicas posibles como la anemia, dolor crónico, estrés, depresión, reposo o nutrición insuficiente.
- **Náusea y vómito.** Como consecuencia de la infusión de medicamentos con alto potencial emético como el cisplatino, la doxorubicina, citarabina, ciclofosfamida, paclitaxel, metrotexate.
- **Faringitis y esofagítis.** A menudo los síntomas se observan por primera vez cuando el paciente tiene dificultad o dolor al deglutir.
- **Estomatitis oral.** Los síntomas aparecen después de la infusión de la quimioterapia y persisten hasta 10 días, el paciente refiere alteración en el gusto o pérdida temporal del mismo.

- Cambios en la piel como respuesta de hipersensibilidad que se manifiesta como eritema local, urticaria, exantema, la aparición puede ser rápida o retardada.
- Toxicidad cardiaca. Por medicamentos asociados como clorambucil, ciclofosfamida, daunorrubicina, doxorubicina, mitoxantrona, ifosfamida en altas dosis, se debe implementar un monitoreo constante de la función cardiaca para detectar oportunamente la presencia de taquicardia, disnea, distensión de las venas del cuello, y ritmo cardiaco galopante.
- Signos de neurotoxicidad. Monitorice y comunique la presencia de debilidad, entumecimiento y hormigueo en las manos, los brazos y los pies, disfonía, dolor en la mandíbula, depresión mental y marcha anormal.
- Ototoxicidad. Por infusión de medicamentos combinados y que se manifiesta por tinnitus, disminución temporal o pérdida de la audición y vértigo.
- Toxicidad pulmonar. Reporta sintomatología como disnea, tos seca, estertores, taquipnea y fiebre.

## **2.5 Intervenciones de Enfermería en la Quimioterapia.**

Cumplir con la gran demanda de los pacientes oncológicos que requieren quimioterapia ha sido posible gracias a que el Instituto Nacional de Cancerología (INCan.) desarrolló un modelo de atención ambulatoria. Este modelo se inició hace poco más de 13 años con el establecimiento del equipo de terapia intravenosa, que es un grupo multidisciplinario en el cual la enfermera juega un rol importante. (Volkow, 1999)

La participación de la enfermera en la quimioterapia demanda no solo habilidades técnicas que implican el manejo de citotóxicos, su preparación,

manipulación y control de los efectos secundarios, además de una actitud asertiva que le permita reconocer las necesidades de cada uno de los pacientes oncológicos (Brunner, 1998)

Anne Belcher, profesora de la American Cancer Society (1999), define las tareas de enfermería en la quimioterapia relacionándolas con:

- Ayudar al paciente a comprender y aceptar la enfermedad.
- Ayudar al paciente a comprender y aceptar el tratamiento.
- Contribuir a reducir el estado de ansiedad derivado de la enfermedad y del tratamiento.
- Conseguir que el paciente continúe el tratamiento.
- Llevar a cabo las indicaciones de acuerdo al plan terapéutico.
- Proteger al paciente de las complicaciones de la enfermedad y del tratamiento; protegerlo de las infecciones y de las enfermedades concurrentes.
- Instruir al paciente para que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades y pueda ser autosuficiente dentro de sus propias posibilidades.
- Proporcionar asistencia psicológica a la familia.
- Ayudar al paciente a aprender a vivir su estado de enfermedad.
- Asistir adecuadamente al paciente en fase terminal.

Belcher (1999), recomienda aplicar como estrategia fundamental un acuerdo generalizado sobre la necesidad de impulsar la enseñanza incidental a los pacientes en quimioterapia, estimular la creación de estructuras hospitalarias y, fomentar la implementación de servicios ambulatorios.

En el área de quimioterapia ambulatoria se aplican medicamentos en infusión rápida, por periodos de 30 minutos a seis horas, con ello se evita que el paciente sea hospitalizado y pueda, en la medida que su enfermedad y condiciones físicas lo permitan, continuar con una vida activa. Los pacientes después de ver un video sobre que es y como se administra la quimioterapia

ambulatoria firman hoja de responsiva médica donde se comprometen a acudir semanalmente para recibir su tratamiento (Volkow, 1999).

## **2.6 Criterios específicos para la ministración de quimioterapia ambulatoria.**

La mejora en el suministro de los medicamentos, la contención de los costos y las consideraciones sobre la calidad de vida, han afectado las tendencias en la ministración de la quimioterapia. El cuidado del paciente y las intervenciones de enfermería en la atención a los síntomas, como el control de las náuseas y el vómito así como los métodos innovadores en el alivio del dolor, han reducido la necesidad de hospitalizarse. (Sims. D.1998)

Existen estadísticas que demuestran que los pacientes tienen menos toxicidad a los medicamentos utilizando el tratamiento por infusión continua, este procedimiento, al utilizarse en los pacientes ambulatorios mejora la calidad de vida y con ello el estado emocional del paciente (Belcher, 1999).

Con la indicación de este procedimiento ambulatorio, se optimiza el tiempo empleado en la preparación e infusión de medicamentos, el diseño o esquema de aplicación es simple, de fácil manejo tanto para el personal de enfermería y médico como para el paciente.

Los criterios específicos para la ministración de la quimioterapia ambulatoria son:

- Debe haber un cuidador que este dispuesto a ayudar y sea capaz de brindar el cuidado necesario.
- El estado físico del paciente debe ser estable y dentro del rango de las capacidades de atención ambulatoria.
- Las condiciones de vida deben ser estables y adecuadas, contar con los servicios básicos de limpieza, agua potable, drenaje y acceso a sistemas de comunicación como teléfono.

- El paciente debe tener acceso diligente al servicio de urgencias.
- El paciente y los familiares encargados de su cuidado, deben recibir información verbal y escrita de los efectos secundarios del tratamiento como lo marca el Artículo 2° del Código – guía Bioética de conducta profesional. (SSA, 2001)
- Firmar hoja de responsiva, dando su consentimiento informado para el tratamiento de acuerdo a la Carta de los Derechos Generales de los pacientes. (CONAMED, 2001)

## **2.7 Consideraciones específicas de la quimioterapia en hospitalización.**

Smith – Duell (1992) refirieron que en el servicio de hospitalización es necesario garantizar a los pacientes un ambiente seguro y cómodo que favorezca la adaptación al ambiente institucional. Aunque no hay dos personas que respondan exactamente igual al ambiente, pueden encontrarse principios comunes relacionados con la adaptación ambiental en todos los seres humanos como son:

- Todas las adaptaciones constituyen intentos para mantener estados físicos y químicos óptimos u homeostasis.
- Los individuos retienen su propia identidad y singularidad, independientemente del grado de adaptación que se requiera.
- La adaptación afecta todos los aspectos de la existencia humana.
- Los seres humanos presentan límites en el proceso y grado de adaptación.
- La adaptación se mide en relación con el tiempo.
- Las respuestas de adaptación al ambiente pueden ser o no adecuadas o apropiadas.
- Los intentos de adaptación pueden ser estresantes.

- El grado y proceso de adaptación varía de un individuo a otro.
- La adaptación es un proceso corriente y continuo, que el individuo puede efectuar conciente o inconscientemente.

Por su parte Barquín (2003) afirma que cada persona se ajusta a su ambiente inmediato de modo único y propio. Cuando el ambiente cambia súbitamente, como en el caso de una hospitalización, probablemente se requiera de ayuda, considerando algunos aspectos que habrán de ajustarse al entorno para que este sea seguro y cómodo, por ejemplo:

- Espacio adecuado. Sin importar cual es la forma que adquiere el espacio, los individuos requieren sentir que tienen control sobre este, debiendo establecer áreas personales bien definidas.
- Ventilación. Debe darse particular atención a la evaluación del aire dentro del ambiente inmediato del paciente. Una habitación bien ventilada ha de contener una cantidad apropiada de humedad, estar libre de contaminantes, irritantes, olores o vapores perjudiciales y hallarse a una temperatura tolerable.
- Iluminación. Ya sea natural o artificial, la luz adecuada es esencial para la preservación de la seguridad y comodidad. Se puede ocasionar nerviosismo y fatiga a causa de una iluminación inadecuada, deben tomarse precauciones para evitar destellos luminosos, contrastes intensos y luces centellantes.
- Eliminación de desechos. Todos los productos de desecho, ya sean equipos contaminados, desechos corporales, basura, ropa sucia o material de rechazo, deben eliminarse de manera que se evite la propagación de microorganismos. De no ser así, el paciente está en riesgo y quizá no sea capaz de ajustarse con seguridad y comodidad a su ambiente.



- Ambiente privado. Muchas personas que ingresan a un servicio de cuidados a la salud temen la exposición y pérdida de identidad. Proporcionar un ambiente privado a un paciente es más que un lujo o una situación conveniente, es necesario y vitalmente importante para la actitud del paciente hacia los cuidados de la salud.

Es necesario observar que con los esquemas médicos propuestos en la quimioterapia hospitalizada se pueden vigilar estrechamente los efectos tóxicos de la misma, lo que permite brindar una atención oportuna a la presencia de los signos y síntomas de complicación en el tratamiento.

En la valoración de los riesgos hay que considerar que el paciente en quimioterapia está inmuno suprimido y en consecuencia se somete a un riesgo mayor de contraer una infección nosocomial.

Con este modelo de terapéutica el paciente se sustrae de su entorno familiar y social para permanecer días en el hospital y recibir su tratamiento, por lo que se debe vigilar el estado emocional del paciente que puede verse alterado en forma considerable por las características del medio hospitalario.

## **2.8 Adaptación del modelo de Callista Roy al estudio.**

Para Roy (1999) la adaptación es un proceso que consiste en la transacción entre las demandas del medio ambiente y las respuestas de la persona. El ser humano tiende a adaptarse a los estímulos del entorno, por lo que resulta particularmente importante la aplicación de esta teoría y poder establecer en que medida los pacientes oncológicos en quimioterapia manifiestan adaptación durante la fase de tratamiento.

Para la instrumentación de este estudio se realizaron las adaptaciones correspondientes, a saber:

**La persona** es definida, en este caso, como el paciente oncológico que es sujeto a quimioterapia ambulatoria o bien hospitalizada, considerando las características del ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante, poseedor de procesos internos también conocidos como subsistemas regulador y cognitivo.

**El subsistema regulador** está constituido por mecanismos de afrontamiento que responden a través de procesos neuro – químico – endocrinos, mismos que no habrán de considerarse en este estudio, en virtud de que no se cuenta con parámetros suficientes para su validación.

**El subsistema cognitivo**, que está constituido por un mecanismo de afrontamiento que responde a través de procesos complejos, se delimita en relación a si el paciente oncológico en quimioterapia percibe su realidad y las características propias de la misma y si adopta nuevas formas de conducta acordes al momento que vive.

**El estímulo focal**, que Roy (1999) define como el grado de modificación o de estímulo al que se enfrenta la persona de una forma inmediata y hacia el que desarrolla una respuesta adaptativa, es decir, el factor que precipita la conducta, en este caso se considera al tratamiento de quimioterapia en su modalidad de ambulatoria y hospitalizada, siendo los aspectos evaluados el cuadro clínico que presenta durante la ministración del tratamiento, las veces que le han administrado quimioterapia, el tiempo que permanece en el hospital para recibir el tratamiento y su percepción personal de la actitud de la enfermera mientras él o ella se encuentra en el hospital.

**El estímulo contextual** que Roy maneja como todos los demás estímulos presentes que contribuyen a la conducta que se ocasiona o precipita por medio del estímulo focal, son en este caso las relaciones familiares, estatus de la persona en su grupo social y familiar , si el tratamiento altera su rendimiento o desempeño en la actividad productiva, percepción de las características del ambiente hospitalario que prevalece cuando está recibiendo el tratamiento, y el cumplimiento de las actividades cotidianas que realiza.

Dentro de los **estímulos residuales**, que son los factores que pueden afectar a la conducta, pero cuyos efectos no están validados, se consideraron los antecedentes familiares de cáncer, conocimientos previos sobre el cáncer y su tratamiento.

**Los modos adaptativos o efectores**, son una clasificación de las formas de afrontamiento que presentan una actividad reguladora o cognitiva, es decir, fisiológica, de modo de la representación de rol y de conocimiento de uno mismo o autoconcepto.

**El modo fisiológico**, de acuerdo al esquema de Roy (1999) modificado a este caso, se valora de acuerdo a las necesidades corporales básicas y las formas de hacer frente a la adaptación en lo que se refiere a, oxígeno, nutrición, eliminación de orina y heces, actividad, descanso y protección. De los procesos complejos, se evaluaron los sentidos.

**El modo de la representación de rol.** En el modelo, Roy (1999) define en tres categorías los principales papeles que la persona representa: considerando que el paciente oncológico en quimioterapia desempeña como papel primario el ser hombre o mujer, relacionándolo con la edad. Secundario en el cual se delimitan dos aspectos, uno en relación al estado que guarda en la familia, si cumple con las obligaciones en cuanto a ser proveedor, cuidar la educación de los hijos y brindar seguridad a la familia y el otro respecto al estado ocupacional que

guarda. Los papeles terciarios emanan de los secundarios, entonces se valora sí a partir del estatus familiar y ocupacional se desempeñaron cargos adicionales como ser presidente de la mesa directiva escolar, jefe de algún grupo o cargos que se relacionen con el aspecto laboral.

**El autoconcepto**, definido como el conjunto de opiniones y sentimientos que la persona tiene sobre sí en un momento determinado; para este trabajo, se realiza una analogía con la autoestima, entendiéndola como la evaluación que hace y mantiene constantemente la persona, en relación con ella misma; expresa una actitud de aprobación o rechazo e indica el grado en que la persona se siente capaz, significativa, exitosa y valiosa.

Lara (1993) definió la autoestima como un juicio personal que se tiene hacia sí mismo, es una experiencia subjetiva que el individuo comunica a otros por medio de informes verbales y otros comportamientos, para validar este aspecto en el paciente oncológico en quimioterapia se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith 1993 para el adulto, A.C.

Las respuestas del paciente oncológico en quimioterapia que se consideran como una respuesta adaptativa eficaz son las que promueven la integridad de la persona en cuanto a los objetivos de supervivencia relacionados a las necesidades básicas de alimentación, eliminación, actividad y descanso, reposo y sueño, modo de la representación de rol y autoconcepto

Las respuestas adaptativas ineficaces son aquellas que no contribuyen a los objetivos de adaptación.

Roy (1999) refiere una representación gráfica de su modelo; para la realización de este estudio, se proponen modificaciones, y entonces el esquema o representación gráfica, adaptada queda así, (Figura 2):

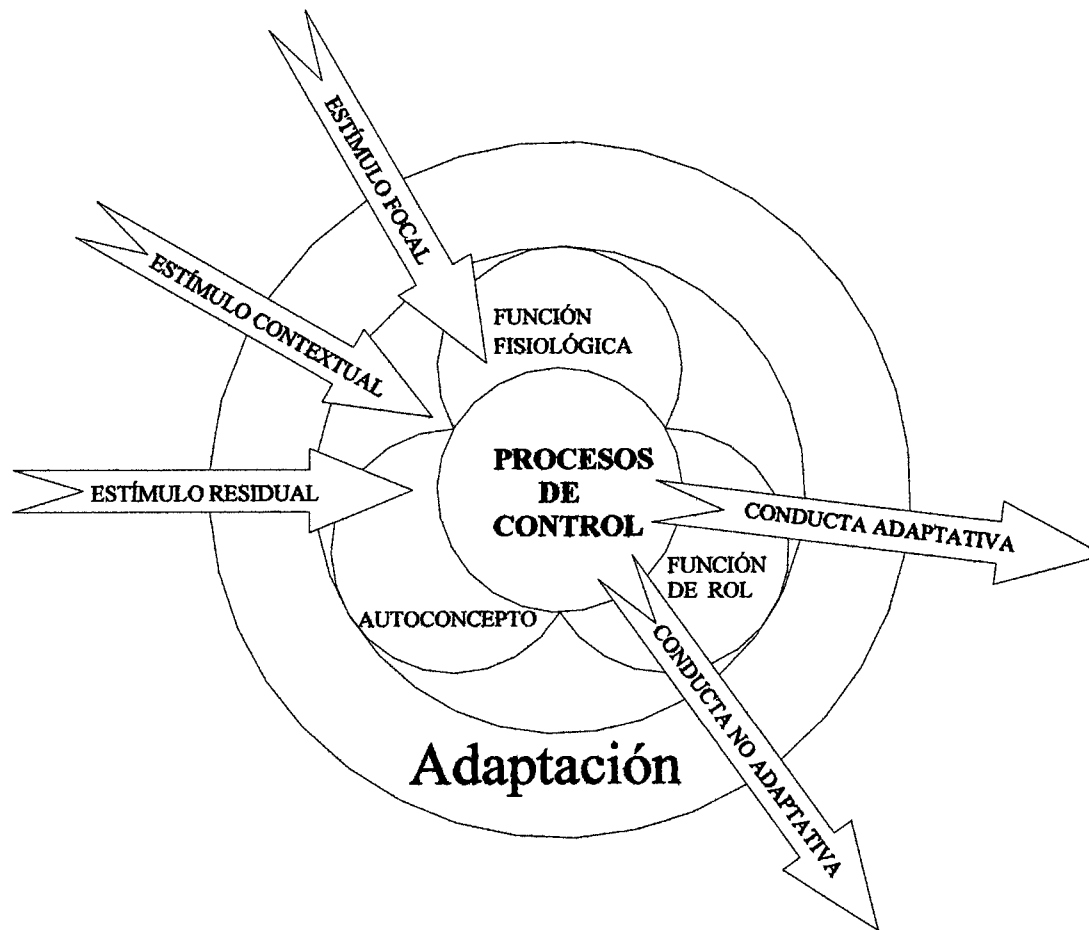


Figura 2. Representación gráfica del Modelo de Adaptación de Callista Roy.  
Modificado para el estudio de García Valenzuela (2004)

## **2.9 Estudios Relacionados**

Nuamah, C. y Colaboradores (1999), En la universidad de Pennsylvania, USA emplearon el Modelo de Adaptación de Roy como base de una teoría de la salud relacionado con la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer, encontrando que los cuatro modos de respuesta están interrelacionados, que el estímulo del focal del ambiente influye en los modos de respuesta bio – psico – social y que la respuesta se manifestó en un lapso de tres meses posterior al diagnóstico, sin embargo después del análisis encontraron que los cuatro modos no están relacionados. Los resultados, sin embargo, revelaron que la severidad en la enfermedad y en el tratamiento tuvieron una fuerte asociación con la respuesta bio –psico – social y debería ser considerado como un estímulo focal – ambiental. Los demás estímulos ambientales sugirieron se consideraran como contextuales.

Samarel, N. y colaboradores (1998) aplicaron el Modelo de Roy para estudiar la percepción de las mujeres que asistían a un grupo de apoyo y la adaptación al diagnóstico de cáncer de mama, encontrando que 75 por ciento de las mujeres después de recibir la intervención en el grupo de apoyo expresaron un cambio positivo en su actitud hacia el diagnóstico. En los resultados se observó que una mayoría se adaptó en el modo fisiológico, autoconcepto, función de rol y efectos del modo de interdependencia.

Respecto al cáncer y su tratamiento de quimioterapia, se localizaron algunos estudios como:

Lucendo J. y Noci B(2004), refieren que la extravasación de quimioterapia intravenosa en el paciente oncológico es una grave complicación del tratamiento y puede provocar graves daños tisulares al paciente. Su prevención ha demostrado ser la mejor medida para evitar tales daños, pero hay múltiples alternativas de tratamiento que el profesional de enfermería debe conocer y aplicar ante tal complicación. Este artículo supone una revisión de la bibliografía y una síntesis de las medidas de tratamiento ante la extravasación de citostáticos.

Flores, B. y colaboradores (2003) del Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. España, estructuraron un estudio descriptivo y prospectivo con el objetivo de presentar un grupo de 73 pacientes con diagnóstico de cáncer para tratamiento quimioterápico a los que se implantó un dispositivo de acceso venoso totalmente implantable en cuanto a la técnica y complicaciones.

El procedimiento se realizó de forma ambulatoria en el 77% de los casos. Hubo 7 casos de complicación precoz (3 hematomas, 2 posiciones incorrectas del dispositivo, una infección local y un neumotórax) y 4 tardías (dolor con la infusión, un caso, y tres trombosis venosas). La tasa global de complicaciones fue de 0,65 episodios/1.000 días de uso. En 5 casos hubo que retirar el dispositivo por complicaciones. No hubo mortalidad relacionada con el procedimiento.

Aparicio y Díaz (2002) Refieren ensayos no comparativos respecto a la relación de la quimioterapia de corta duración asociada a la supervivencia en pacientes con cáncer metastático. Se realizaron 5 estudios comparativos mediante asignación aleatoria (tratamiento continuo frente a terapia intermitente) arrojando los siguientes resultados; el tiempo hasta la progresión se incrementa de forma significativa con el tratamiento mantenido en la mayoría de ellos; la supervivencia global de ambas ramas es similar en algunos ensayos y discretamente superior en el tipo de terapia continua ambulatoria; el único estudio que analiza formalmente la calidad de vida es también favorable al tratamiento mantenido hospitalizado, sin embargo la toxicidad es significativamente mayor.

Estos autores realizaron un meta análisis con 766 pacientes y concluyeron que existe una mejoría en la supervivencia que favorece al tratamiento prolongado aumentando significativa-mente el tiempo hasta la progresión y la toxicidad, pero esto no modifica la supervivencia global.

González, M. (2002) refiere que toda actuación médica debería estar impregnada de una política de «curar a veces, mejorar a menudo, cuidar siempre». Basándose en esta idea, la Oncología se plantea como primer objetivo

la curación de la enfermedad y, si esto no es posible, el incremento de la supervivencia. Ambos objetivos siempre deberán acompañarse de un alivio sintomático y un intento de mejorar la calidad de vida, aspectos englobados dentro de la Medicina Paliativa. Por tanto, esta última debe conjugarse con la Medicina Curativa desde el comienzo de la enfermedad, e irá cobrando cada vez mayor importancia a medida que se produzca una progresión de la misma. El tratamiento paliativo del cáncer engloba desde la prevención de la toxicidad producida por el tratamiento activo, pasando por el tratamiento de soporte y apoyo al paciente en cualquier fase evolutiva, hasta llegar a los llamados «cuidados paliativos» del enfermo terminal.

Los enfermos con neoplasias diseminadas habitualmente presentan una sintomatología diversa, acompañada o no de trastornos emocionales, problemas económicos y socio-familiares. A ello hay que añadir la toxicidad y las secuelas que se pueden producir con el tratamiento activo.

Por tanto, el tratamiento paliativo del cáncer avanzado requiere un enfoque integrado y deberá cubrir los siguientes puntos:

1. Aliviar toda la sintomatología presente.
2. Atender otros factores que puedan influir en el estado general: emocional, social y espiritual.
3. Valorar la posibilidad de iniciar un tratamiento activo: quimioterápico fundamentalmente y en algunos casos quirúrgico o radioterápico.

Refiere también en este estudio que la quimioterapia paliativa ha mostrado un claro beneficio, tanto en supervivencia como en calidad de vida.

La manipulación y la administración intravenosa de agentes citostáticos durante el tratamiento del paciente oncológico es una técnica que, dada su complejidad, requiere un personal experto.

Barroso A.C. (2000) Se refiere a la escala de evaluación de la neurotoxicidad por la quimioterapia antineoplásica y hace referencia a las parestesias, constipación y dolor relacionado con el tratamiento, no con la patología.



El estudio realizado por Volkow y colaboradores (1999) en el INCan, llamado "Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología con infusores para quimioterapia ambulatoria a través de un catéter de permanencia prolongada", se refiere, sobre todo a la importancia de contener los costos de hospitalización y tratamiento, por medio de la inclusión de los pacientes en la modalidad ambulatoria.

Gerson R. y colaboradores, (1998) publicaron un estudio cuyo objetivo fue determinar las alteraciones en la tensión arterial que sufren pacientes oncológicos como resultado de la Infusión de cisplatino. Los pacientes. Ingresaron con diagnóstico comprobado de neoplasia maligna, edades comprendidas entre 25 y 68 años, diagnóstico comprobado de neoplasia maligna y quimioterapia con esquemas a base de cisplatino entre enero de 1996 y diciembre de 1997. Método. El fármaco fue aplicado a dosis de 80 a 100 mg/m<sup>2</sup>, en infusión continua durante ocho horas, con prehidratación con base en solución salina al 0.9%, manitol al 20%, 100 mL, durante 30 minutos, así como terapia antiemética con base en ondansetrón y difenilhidramina, cada 21 días. La tensión arterial se evaluó durante el primero, tercero y quinto ciclos en decúbito supino, al inicio y al final de la infusión de la droga. Se consideró la elevación de 10 o más mm Hg como hipertensión arterial. Resultados. Diecisiete hombres y 14 mujeres de edad promedio  $53.1 \pm 12.3$  años, rango 28 a 68; de los cuales 19 fueron mayores a 50 años (61.2%). Con neoplasia de pulmón, nueve (29%); ovario, cuatro (12.9%), testículo, tres (9.6%), melanoma y cérvix uterino dos (6.4%) y casos individuales de endometrio, mama, esófago, tumor de Merkel, coriocarcinoma, linfoma, próstata, trompa de Falopio, vías biliares, vejiga y estómago para un total de 31 pacientes. Estadios clínicos I, un caso (3.2%); II, seis (19.3%); III, 11 (35.4%) y IV, 12 (38.7%), con un caso no etapificado. Se aplicaron 128 ciclos, de los que 102 fueron evaluables. En 47 ciclos no se registraron cambios en la tensión arterial; en 32 (31.3%) se detectó elevación promedio de  $13.5 \pm 5.9$  mm Hg, rango 10 a 30; y en 23 (22.5%) disminución mayor a 10 mm Hg,  $16.9 \pm 13.2$ , rango 10 a 70. En los pacientes con edad > 50 años, se observaron 15 eventos de elevación de la

tensión arterial media y en ningún caso se registró sintomatología asociada con los cambios tensionales. Conclusiones. Del total de 102 aplicaciones evaluables de cisplatino, se observó aumento de la tensión arterial mayor en 31% de los casos, particularmente en personas con edad > 50 años, sin repercusión clínica o detección de efecto acumulativo. Deberá evaluarse la modificación de la tensión arterial por cisplatino en estudios con seguimiento y control estrecho.

### **2.10 Hipótesis**

**Ha.**

Los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria, se adaptan más en el modo fisiológico, el modo de la representación de rol y el autoconcepto en comparación a los pacientes oncológicos hospitalizados por la misma causa.

**Ho.**

Los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria, no se adaptan en el modo fisiológico, el modo de la representación de rol y el autoconcepto en comparación a los pacientes oncológicos hospitalizados por la misma causa.

### **III. METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudio.**

El diseño del estudio fue descriptivo, transversal, comparativo y no experimental. Descriptivo por que se identificaron y caracterizaron cada una de las variables aplicando los conceptos de la teoría de Callista Roy al paciente oncológico en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada, haciendo mención del comportamiento de ambos durante el estudio, (Canales, 2002).

#### **3.2 Universo**

Lo constituyeron todos los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada, que recibieron tratamiento en el CEAO dependiente de la Secretaria de Salud de Michoacán, durante el periodo de mayo - agosto del año 2004.

#### **3.3 Muestra.**

Fue seleccionada por conveniencia (Polit, 2000), se consideraron 40 pacientes oncológicos en quimioterapia hospitalizada y 40 del programa de quimioterapia ambulatoria, ajustando el tamaño de la muestra proporcional entre unos y otros pacientes ya que los pacientes ambulatorios constituían un mayor número en relación a los hospitalizados.

#### **Criterios de inclusión.**

Pacientes oncológicos adultos que fueron seleccionados para recibir la quimioterapia ambulatoria y estuvieron menos de 24 horas en el CEAO.

Pacientes oncológicos adultos que fueron seleccionados para recibir quimioterapia de carácter hospitalizado y estuvieron más de 24 horas en el CEAO.

#### **Criterios de no inclusión.**

Pacientes oncológicos adultos que fueron seleccionados para recibir la quimioterapia ambulatoria y estuvieron más de 24 horas en el CEAO.

Pacientes oncológicos adultos que fueron seleccionados para recibir quimioterapia de carácter hospitalizado y estuvieron menos de 24 horas en el CEAO.

Pacientes de quimioterapia que no aceptaron participar en el estudio.

#### **3.4 Instrumento.**

Tomando como base la metodología programada, fue estructurada la operacionalización de variables (ver apéndice) en el que se delimitó la definición conceptual, operativa e indicadores para el estímulo focal, contextual y residual; modo fisiológico y modo de la representación de rol. Se estructuró un cuestionario con 102 reactivos, de este instrumento se aplicó la prueba piloto a 24 pacientes con características similares a la población de estudio en el Instituto Nacional de Cancerología perteneciente a la SSA en marzo del 2003, los resultados fueron sometidos al análisis estadístico obteniendo un coeficiente Alfa de 0.5634, este resultado motivó el reacomodo de los items, eliminando los que presentaron menor correlación, el instrumento resultante fue de 77 reactivos con un Alpha de Cronbach de 0.8653.

Posteriormente y de acuerdo a la retroalimentación de la prueba piloto se realizaron las modificaciones necesarias, lo que dio forma a la versión definitiva

del instrumento identificado con el nombre "Cuestionario para pacientes de quimioterapia que se administra en el CEAO". (Apéndice 6.1)

Para medir el autoconcepto se aplicó el instrumento ya validado denominado Inventario de Autoestima de Coopersmith (1993). (Apéndice 6.2).

### **3.5 Procedimientos**

Para tener acceso a la información, fue solicitada la autorización por escrito al Comité de Investigación del Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia, Michoacán, dependencia de la Secretaria de Salud en el estado, presentando en tiempo y forma el protocolo correspondiente.

Una vez que fue otorgado el permiso para implementar el estudio se entrevistó a los pacientes en los servicios de quimioterapia ambulatoria y hospitalización.

El procedimiento que se siguió para el grupo ambulatorio fue la revisión de los expedientes de los pacientes que se encontraban en ese momento recibiendo tratamiento, para identificar quienes cumplieran con los criterios de inclusión a los cuales se les dio un formato para solicitar su consentimiento informado explicándoles el objetivo del estudio, posteriormente se aplicaron los instrumentos registrando las respuestas.

En el grupo de pacientes hospitalizados se incluyeron quienes se internaron en el periodo de mayo – agosto del 2004 y que se encontraron hospitalizados en el momento de recabar los datos, se identificaron los pacientes bajo los criterios de inclusión, solicitándoles su consentimiento informado por escrito una vez que se les explicó el objetivo del estudio.

Posteriormente de que se recabo la información fue realizado el procesamiento y análisis de los datos con el paquete estadístico SPSS versión

11.0 (Statistical Package for the Social Sciences) con la finalidad de obtener las frecuencias, porcentajes, relación de las variables mediante la prueba de correlación de Pearson y la Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) para comprobar la hipótesis.

## **IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1 Resultados**

A continuación se presentan los resultados obtenidos organizados por secciones, la primera se refiere a los datos sociodemográficos de los dos grupos, posteriormente se caracterizará cada uno de los grupos en los aspectos que comprende el estímulo focal, estímulo contextual y estímulo residual, modo fisiológico, modo de la representación de rol y modo del autoconcepto. A continuación se presentan los resultados en cuadros comparativos de los grupos y las variables ya mencionadas.

#### **4.1.1 Aspectos sociodemográficos**

En relación al sexo de los pacientes, en ambos grupos predominó el femenino. Este resultado concuerda con los datos publicados por la Secretaría de Salud (2002), donde a nivel nacional, 57 por ciento de los diagnósticos de cáncer se presentaron en las mujeres y 43 por ciento en los hombres, en el Estado de Michoacán, 61 por ciento correspondió a las mujeres y el 39 por ciento a los hombres. (SSM, 2004)

Al comparar los grupos se observó que el 65 por ciento (26) de los pacientes ambulatorios estuvieron entre 31 y 50 años de edad, mientras que para los hospitalizados se concentró en el mismo rango el 57.5 por ciento (23).

El estado civil de los pacientes, en ambos grupos, fueron casados el 71.2 por ciento (57) y los solteros representaron el 26.2 por ciento (21).

La escolaridad de los pacientes ambulatorios tuvo un nivel bajo, fue analfabeta, con primaria incompleta y completa el 75 por ciento (30), en estos mismos rangos encontramos el 55 por ciento (22) de los hospitalizados. Con escolaridad de nivel medio, medio superior y profesional se encontraron al 15 por ciento (6) de los ambulatorios y el 45 por ciento (18) de los hospitalizados.

Estos resultados llaman la atención considerando que al ser incluidos en el programa ambulatorio, los pacientes se responsabilizan en forma importante de su autocuidado en lo que se refiere a los aspectos que conlleva la quimioterapia, lo que supondría contar con una mayor preparación que permitiera hacer frente a las contingencias, por otro lado, los pacientes hospitalizados que tienen una mayor preparación están en posibilidades de llevar a cabo su autocuidado, por lo que si se les diera la oportunidad de incluirse en el programa ambulatorio probablemente responderían eficientemente en este aspecto.

En cuanto a la ocupación, las amas de casa predominaron en el grupo ambulatorio con el 47.5 por ciento (19), seguido por los empleados con el 22.5 por ciento (9). En el grupo hospitalizado estas dos ocupaciones también predominaron, pero en orden invertido. Se pensaría que de acuerdo a las condiciones laborales de los empleados, pudiera considerarse una mayor inclusión de estos en el programa ambulatorio de tratamiento.

En el lugar de residencia de los dos grupos fue del 90 por ciento (72) para los pacientes que viven en el Estado de Michoacán, También se observó que a este centro acuden pacientes del estado de Guanajuato en un 8.7 por ciento (14) de los dos grupos.

El total de las frecuencias de datos sociodemográficos se presentan en el cuadro N° 1.



**Cuadro N° 1**  
**Datos sociodemográficos de los pacientes oncológicos en**  
**quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.**

Datos sociodemográficos	Ambulatorios		Hospitalizados	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo.</b>				
Mujer	25	62.5	30	75
Hombre	15	37.5	10	25
Total	40	100	40	100
<b>Edad.</b>				
Menor de 20 años	3	7.5	3	7.5
De 21 a 30 años	3	7.5	5	12.5
De 31 a 40 años	11	27.5	11	27.5
De 41 a 50 años	12	30	5	12.5
De 51 a 60 años	3	7.5	7	17.5
De 61 a 70 años	6	15	7	17.5
Más de 71 años.	2	5	2	5
Total	40	100	40	100
<b>Estado civil</b>				
Soltero	10	25	11	27.5
Casado	28	70	29	72.5
Viudo	1	2.5		
Divorciado	1	2.5		
Total	40	100	40	100
<b>Nivel de Escolaridad</b>				
Analfabeta	12	30	6	15
Primaria incompleta	9	22.5	8	20
Primaria completa	9	22.5	8	20
Secundaria	5	12.5	5	12.5
Bachillerato	1	2.5	7	17.5
Profesional	4	10	6	15
Total	40	100	40	100
<b>Ocupación</b>				
Estudiante	3	7.5	2	5
Empleado	9	22.5	15	37.5
Ama de casa	19	47.5	13	32.5
Comerciante	1	2.5	2	5
Profesor			4	10
Desempleado			3	7.5
Otros	8	20	1	2.5
Total	40	100	40	100

Fuente: Cuestionarios aplicados de de mayo a agosto del 2004 en el CEAO.

Con respecto al diagnóstico, en los pacientes ambulatorios, el 45 por ciento fue de Cáncer de Mama, en los pacientes hospitalizados se presentó en el 17.5 por ciento. En cuanto a la categoría de otros tipos de cáncer, en los ambulatorios se encontraron el 7.5 por ciento y en los hospitalizados presentaron una variedad más amplia que representó el 15 por ciento, entre ellos estuvieron el Cáncer de Laringe, Rabdomiosarcoma, Hepatocarcinoma, Ostiositoma fibroso, Sheunoma Maligno y Cáncer Vesical. (Cuadro N°2)

A pesar de que las estadísticas de la Secretaría de Salud (2004) reportan un alto número de casos de Cáncer Cérvico – uterino, en los grupos estudiados solo lo tuvo el 12.5 por ciento en los pacientes hospitalizados

**Cuadro N° 2**  
**Diagnóstico de los pacientes oncológicos en quimioterapia**  
**ambulatoria y hospitalizada**

Diagnóstico	Ambulatorio		Hospitalizado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Cáncer Cérvico uterino			4	10
Cáncer de Mama	18	45	7	17.5
Cáncer de Pulmón	5	12.5	4	10
Cáncer de colon	5	12.5	3	7.5
Linfoma Hodking y no Hodking	4	10	2	5
Leucemia	4	10	2	5
Cáncer de ovario	1	2.5	3	7.5
Otros cánceres	3	7.5	6	15

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO.

## 4.1.2 Pacientes ambulatorios.

### 4.1.2.1 Estímulo focal.

En lo referente al estímulo focal, la náusea tuvo el 65 por ciento (28) y el vómito 47.5 (19) por ciento, el 40 por ciento (16) presentó signos evidentes de deshidratación y 32.5 por ciento (13) se acompañó de diarrea.

Presencia de petequias y elevación de la temperatura corporal tuvieron 12.5 por ciento (5) cada uno.

El 37.5 por ciento (15) presentó síntomas de presión alta o baja y 42.5 por ciento (17) síntomas de alteración cardiaca determinada por cambios en el pulso.

El 5 por ciento (2) de los pacientes presentaron edema, 2.5 (1) por ciento eritema y 2.5 por ciento (1) vesículas en la piel. (Cuadro N°3)

**Cuadro N° 3**  
**Presentación de signos y síntomas en los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria.**

Signos y síntomas	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Náusea	28	65	14	35
Vómito	19	47.5	21	52.5
Diarrea	13	32.5	27	67.5
Cambios en la temperatura	5	12.5	35	87.5
Eritema	1	2.5	39	97.5
Cambios en la presión	15	37.5	25	62.5
Cambios en el pulso	17	42.5	23	57.5

Fuente: Cuestionarios aplicados de de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

En los estímulos focales se consideró la actitud de la enfermera hacia el paciente mientras éste recibió su tratamiento, 75 por ciento (30) respondió que la enfermera sí le explicó en que consistió su tratamiento; el 87.5 por ciento (35)

recibió de parte de la enfermera ánimo para sobrellevar la terapia, el 82.5 por ciento (33) manifestó que la enfermera siempre estuvo dispuesta a atenderle cuando él o ella lo necesitaron, el 90 por ciento (36) recibió orientación para disminuir los malestares que acompañaron a la quimioterapia y el 90 por ciento (36) recibió respuesta cuando tuvo alguna duda sobre los procedimientos y sus efectos.

Los pacientes manifestaron haber percibido que la enfermera se mostró indiferente hacia ellos en un 27.5 por ciento (11) y el 67.5 por ciento (27) refirió que la enfermera no le dio un trato especial, 45 por ciento (18) contestó que la enfermera no tuvo contacto con sus familiares para orientarles en los aspectos que conllevan los tratamientos quimioterápicos. (Cuadro N° 4)

**Cuadro N° 4**  
**Actitudes que mostró la enfermera en la atención de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria.**

Actitud	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Le explicó en que consistía su tratamiento	30	75	10	25
Respondió a sus dudas	36	90	4	10
Lo animó para continuar	35	87.5	5	12.5
Se mostró indiferente	11	27.5	29	72.5
Lo trato en forma especial	13	32.5	27	67.5
Tuvo disposición para atenderlo	33	82.5	7	17.5
Lo orientó para disminuir malestares	36	90	4	10
Orientó a los familiares	22	55	18	45

Fuente: Cuestionarios aplicados de de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

#### **4.1.2.2 Estímulo contextual.**

Actividades familiares cotidianas como participar en la comida familiar y la recreación, fueron realizadas con dificultad en 52.5 por ciento (21), sin dificultad 25 por ciento (10) y no las realizaron 22.5 por ciento (9).

Las actividades laborales fueron realizadas con dificultad en un 50 por ciento (20) de los pacientes, no las realizó el 32.5 por ciento (13) y las realizaron sin dificultad el 17.5 por ciento (7).

Las actividades con amigos, 40 por ciento (16) las realizó con dificultad, 30 por ciento (12) sin dificultad y 30 por ciento (12) no las realizó.

De las variables que midieron las características del lugar que se encontró el paciente mientras recibió su tratamiento, los resultados son:

El olor ambiental que percibió mientras recibía su tratamiento al 40 por ciento (16) de los pacientes les molestó y al 20 por ciento (8) le fue agradable.

El espacio físico tuvo las siguientes condiciones de iluminación; 45 por ciento (18) las consideró regulares, y 12.5 por ciento (5) malas. La ventilación fue definida por el 47.5 por ciento (19) de los pacientes como buena, y 25 por ciento (10) mala.

En relación a la privacidad 45 por ciento (18) la consideró buena y 22.5 por ciento (9) mala. Las dimensiones del espacio fueron regulares para el 40 por ciento (16) y 22.5 por ciento (9) malas.

Las características de limpieza fueron consideradas como buenas por el 85 por ciento (34) y 15 por ciento (6) regulares. (Cuadro N°5)

Al preguntar los ciclos de quimioterapia a que habían sido sometidos, el 60 por ciento (24) se encontró en el rango de 0 a 5 veces, seguido por el de 6 a 10 veces con un 35 por ciento (14) y 5 por ciento (2) para el rango de 11 a 15 veces, en 16 y más ciclos no se encontró ninguno

Respecto al tiempo que permaneció en el hospital para recibir su tratamiento de quimioterapia, el 55 por ciento (22) se concentró en el rango de 0 a

3 horas diarias, 40 por ciento (16) estableció que su estancia fue de 4 a 6 horas, para los rangos de 6 a 12 horas y que estuvieron más de 12 horas, se tuvo el 2.5 por ciento (1) cada uno.

**Cuadro N° 5**  
**Percepción de las características ambientales como parte del**  
**contexto de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria.**

Características del ambiente.		Frecuencia	Porcentaje
Iluminación	Buena	11	42.5
	Regular	18	45
	Mala	5	12.5
Ventilación	Buena	19	47.5
	Regular	11	27.5
	Mala	10	25
Privacidad	Buena	18	45
	Regular	13	32.5
	Mala	9	22.5
Espacio	Buena	15	37.5
	Regular	16	40
	Mala	9	22.5
	Buena	34	85
Limpieza	Regular	6	15
	Mala	0	0

Fuente: Cuestionarios aplicados de de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

#### **4.1.2.3 Estímulo residual.**

Los pacientes que negaron contar con conocimientos sobre el cáncer antes de su diagnóstico fue un 80 por ciento (32), no sabían cómo establecer medidas de prevención el 92.5 por ciento (37), el 87.5 por ciento (35) no sabía cual era el tratamiento para el cáncer.

El 47.5 por ciento (19) refirió contar con el antecedente de cáncer en su familia y el 52.5 por ciento (21) no tuvo enfermos de este padecimiento en su historia familiar.

#### **4.1.2.4 Modo fisiológico.**

Se valoraron las necesidades corporales básicas y las formas de cómo afrontaron la adaptación en lo referente a oxigenación, nutrición, eliminación de orina y heces, temperatura corporal, descanso, funcionamiento de los sentidos y ejercicio.

El 70 por ciento (28) se sintió débil, 77.5 por ciento (31) respondió que no tuvo ganas de hacer las cosas, 22.5 por ciento (9) presento sueño a todas horas, 22.5 por ciento (9) tuvo cólicos, 37.5 por ciento (15) sufrió diarrea, 15 por ciento (6) estreñimiento e inflamación; al 65 por ciento (26) le disminuyó el apetito y al 25 por ciento (10) le aumentó; 52.5 por ciento (21) perdió peso y 10 por ciento (4) aumentó de peso.

En la presencia de equimosis, el 7.5 por ciento (3) de los pacientes los tuvo y hormigueo en las extremidades lo refirió el 30 por ciento (12).

El 30 por ciento (12) presentó dificultad respiratoria y 27.5 por ciento (9) manifestó sensación de falta de aire; a 10 por ciento (4) le aumentó la temperatura corporal y 5 por ciento (2) tuvo disminución de la misma.

En lo relacionado al sentido de la vista, 40 por ciento (16) tuvo visión borrosa y 22.5 por ciento (9) disminución temporal de la capacidad visual.

Al revisar el sentido del oído, se encontró que el 25 por ciento (10) percibió interferencias del tipo zumbido, 5 por ciento (2) sufrió disminución temporal de la capacidad auditiva, y 5 por ciento (2) manifestó un aumento en la capacidad auditiva.

Manifestaron alteración en el gusto el 67.5 por ciento (27), este mismo porcentaje tuvo pérdida temporal del mismo. Disminución en la percepción de los olores refirió el 22.5 por ciento (9), y en la percepción del tacto no se encontraron alteraciones significativas. El 37.5 por ciento (15) tuvo dolor al momento de recibir su tratamiento. (Cuadro N° 6)

**Cuadro N° 6**  
**Aspectos que midieron el modo fisiológico de los pacientes**  
**oncológicos en quimioterapia ambulatoria**

Signos y síntomas	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Debilidad	28	70	12	30
Ganas de hacer las cosas	9	22.5	31	77.5
Diarrea	15	37.5	25	62.5
Estreñimiento	6	15	34	85
Disminución del apetito	26	65	14	35
Pérdida de peso	21	52.5	19	47.5
Dificultad respiratoria	12	30	28	70
Visión borrosa	16	40	24	60
Zumbido de oídos	10	25	30	75
Alteración en el gusto	27	67.5	13	32.5
Disminución en la percepción de los olores	9	22.5	31	77.5
Dolor	15	37.5	25	62.5

Fuente: Cuestionarios aplicados de de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

El tiempo que durmió el paciente ambulatorio fue de 1 a 3 horas el 10 por ciento (4), de 4 a 6 horas 27.5 por ciento (11), de 7 a 9 horas el 55 por ciento (22), el 7.5 por ciento (3) durmió 10 horas o más; las características del sueño fue apacible en el 37.5 por ciento (15) y reparador 12.5 por ciento (5).

La frecuencia en que los pacientes tomaron alimento al día fue dos veces el 50 por ciento (20), y cuatro o más veces solo el 2.5 por ciento (1).

#### **4.1.2.5 Modo de la representación de rol.**

En el modo de la representación de rol el 72.5 por ciento (29) de los pacientes de quimioterapia ambulatoria convivió con su familia mientras recibía su tratamiento, 65 por ciento (26) manifiesto sentirse preocupado porque no estaba con su familia y el 70 por ciento (28) indicó que la quimioterapia sí alteró sus actividades en el núcleo familiar.



Por otra parte, el 60 por ciento (24) sufrió alteración en las relaciones familiares y con igual porcentaje, tuvo alteración en las relaciones de trabajo.

Como funciones secundarias de rol se consideraron las relacionadas a la función de proveedor en la que 35 por ciento (14) la considero alterada, con respecto a la educación de sus hijos, el 62.5 por ciento (25) indicó que pudo seguir colaborando con ellos; en la seguridad familiar, el 77.5 por ciento (31) continuó proporcionándola.

En las funciones de rol terciarias, 2.5 por ciento (1) manifestó que la quimioterapia les impidió desempeñar su cargo social, en igual porcentaje les impidió seguir desarrollándolo. (Cuadro N°7)

**Cuadro N° 7**  
**Aspectos que midieron el modo de la representación de rol de los**  
**pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria**

Aspectos evaluados	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Convivió con su familia	29	72.5	11	27.5
Le preocupó su familia	26	65	14	35
Alteración en actividades familiares	28	70	12	30
Alteración en las relaciones familiares	24	60	16	40
Alteración en las relaciones de trabajo	24	60	16	40
Alteración en la función de proveedor	14	35	26	65
Alteración en el apoyo para la educación de los hijos.	25	62.5	15	37.7
Alteración para brindar seguridad a la familia	31	77.5	9	22.5
Desempeño de un cargo social.	1	2.5	39	97.5

Fuente: Cuestionarios aplicados de de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

#### **4.1.2.6 Modo del autoconcepto.**

En cuanto al autoconcepto, 65 por ciento (26) de los pacientes manifestaron que los problemas en general le afectaron muy poco, 47.5 por ciento (19) refirió que le costo trabajo hablar en público, el 52.5 por ciento (21) quisieron cambiar muchas cosas de ellos, con el mismo porcentaje pudo tomar una decisión fácilmente.

Considerarse una persona simpática manifestó el 32.5 por ciento (13) y 40 por ciento (16) contestó que en su casa se enoja fácilmente. El 42.5 por ciento (17) reconoció que le cuesta trabajo acostumbrarse a lo nuevo y 52.5 por ciento (21) se consideró popular entre las personas de su edad.

El 85 por ciento (34) indicó que su familia tomó en cuenta sus sentimientos y recibió comprensión de parte de sus miembros; el 25 por ciento (10) se dio por vencido muy fácilmente, mientras que el 67.5 por ciento (27) consideró que su familia esperaba mucho de ellos.

Le costo trabajo aceptarse como es al 32.5 por ciento (13) de los pacientes y 40 por ciento (16) consideró que su vida fue muy complicada. El 55 por ciento (22) percibió que sus compañeros casi siempre aceptaron sus ideas y el 7.5 por ciento (3) tuvo mala opinión de sí mismos.

Al 25 por ciento (10) de los pacientes muchas veces les hubiera gustado irse de su casa y 22.5 por ciento (9) se sintió a disgusto con su trabajo. Por otro lado, el 45 por ciento (18) reportó sentirse menos guapo o bonita que los demás y el 57.5 por ciento (23) contestó que si tuvo algo que decir, generalmente lo dijo.

Se sintieron comprendidos por su familia el 87.5 por ciento (35), 12.5 por ciento (5) consideró que fueron menos aceptados que los demás y 7.5 por ciento (3) se sintió presionado por el núcleo familiar.

El 117.5 por ciento (7) de los pacientes se desanimó con frecuencia de lo que hacía y al 20 por ciento (8) muchas veces les hubiera gustado ser otra persona. Por último, el 12.5 por ciento (5) consideró que se podía confiar muy poco en ellos.

Las preguntas anteriores corresponden al inventario de Autoestima de Coopersmith, en el cuál se detectó que el 57.5 por ciento (23) mostró un nivel normal de autoestima, mientras que 42.5 por ciento (17) vio afectada su autoestima de manera leve, no se encontró deterioro grave en la autoestima de los pacientes ambulatorios.

#### **4.1.2.7 Correlaciones encontradas en los pacientes de quimioterapia ambulatoria.**

##### **Correlación del estímulo focal.**

De acuerdo a los resultados del cruce de variables, aplicando la correlación de Pearson se encontró una correlación fuerte ( $r = 1.000$ ,  $p = .000$ ) en la presencia de vesículas en la piel y eritema como manifestaciones dérmicas relacionadas a la infusión de citotóxicos corroborando lo referido en la bibliografía (Langorne, 2002) cambios en el pulso y en la presión arterial correlación fuerte ( $r = .797$ ,  $p = .000$ ) en una reacción fisiológica compensatoria entre ambos parámetros.

##### **Correlación del estímulo contextual.**

En lo referente a la ventilación y a la iluminación del espacio físico donde recibieron su tratamiento, existió una correlación fuerte ( $r = .642$ ,  $p = .000$ ). La privacidad, el espacio, la iluminación y la ventilación del lugar de tratamiento tuvieron una correlación fuerte ( $r = .667$ ,  $p = .000$ ) lo que indica que estas características físicas si son adecuadas favorecen la adaptación del paciente.

##### **Correlación del modo fisiológico.**

La inflamación y estreñimiento tuvieron una correlación fuerte ( $r = .608$ ,  $p = .000$ ) como una reacción natural del estreñimiento se presenta en consecuencia la inflamación.

Entre la pérdida de peso y la disminución del apetito presentaron una correlación moderada ( $r = .562$ ,  $p = .000$ ). Si el paciente tiene menos ingesta de nutrientes, se favorece la pérdida de peso.

La dificultad respiratoria y la falta de aire mostraron una correlación fuerte ( $r = .941$ ,  $p = .000$ ). Este resultado probablemente evidencie que una de las dos preguntas fue innecesaria.

Aumento en la sensibilidad auditiva y aumento de peso tuvieron una correlación fuerte ( $r = .688$ ,  $p = .000$ ). Pérdida del gusto y alteración del gusto se correlacionaron en forma fuerte ( $r = .658$ ,  $p = .000$ ) indicando que cuando existe una alteración en el gusto, esta tiende a ser hacia la pérdida.

#### **Correlación de variables en la representación de rol.**

Alteración de las relaciones familiares y alteración en la actividad familiar mostraron una correlación moderada ( $r = .579$ ,  $p = .000$ ). Si se afecta una, en consecuencia se afectará la otra.

En cuanto a dar seguridad a la familia y el cuidar la educación de los hijos presentaron una correlación fuerte ( $r = .696$ ,  $p = .000$ ), puede indicar que en la seguridad familiar, la educación de los hijos tiene un papel importante.

#### **Correlación de variables en el Autoconcepto**

La dificultad para aceptarse como es y el deseo de cambiar muchas cosas de sí mismo, presentaron una correlación moderada ( $r = .553$ ,  $p = .000$ ); por otra parte, el que los compañeros del paciente casi siempre aceptaron sus ideas y si se considero una persona simpática se correlacionaron en forma fuerte ( $r = .628$ ,  $p = .000$ ), así mismo los compañeros del paciente casi siempre aceptaron sus ideas, y el considerarse popular entre las personas de su edad, tuvieron una correlación fuerte ( $r = .649$ ,  $p = .000$ ).

Al paciente le hubiera gustado ser otra persona y la dificultad que tuvo en aceptarse como era identificó una correlación fuerte ( $r = .721$ ,  $p = .000$ ).

### 4.1.3 Pacientes en quimioterapia hospitalizada.

#### 4.1.3.1 Estímulo focal

Respecto al estímulo focal, 75 por ciento (30) de los pacientes hospitalizados manifestó la presencia de náusea, el 57.5 por ciento (23) evolucionó hacia el vómito y el mismo porcentaje presentó deshidratación, 47.5 por ciento (19) de los pacientes tuvo diarrea.

La presencia de edema se observó en 10 por ciento (4) de los pacientes y 15 por ciento (6) presentó eritema en la piel.

Elevación de la temperatura se observó en el 10 por ciento (4) y solamente el 2.5 por ciento (1) tuvo petequias.

Los pacientes que presentaron síntomas de cambios en la presión arterial fueron 25 por ciento (10) y los que manifestaron síntomas de alteraciones en el pulso fue el 32.5 por ciento (13). (Cuadro N°8)

**Cuadro N° 8**  
**Presentación de signos y síntomas en los pacientes oncológicos en quimioterapia hospitalizada.**

Signos y síntomas	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Náusea	30	75	10	25
Vómito	23	57.5	17	42.5
Diarrea	19	47.5	21	52.5
Cambios en la temperatura	4	10	36	90
Eritema	6	15	34	85
Cambios en la presión	10	25	30	75
Cambios en el pulso	13	32.5	27	67.5

Fuente: Cuestionarios aplicados de de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

De los pacientes hospitalizados 12.5 por ciento (5) percibió indiferencia por parte de la enfermera y 47.5 por ciento (19) manifestó que la enfermera orientó a sus familiares brindándoles educación para la salud.

En cuanto a las actitudes de la enfermera hacia el paciente, el 75 por ciento (30) respondió que la enfermera sí les explicó en que consistía su tratamiento, 92.5 por ciento (37) aceptó que la enfermera le respondió adecuadamente a sus preguntas respecto a la enfermedad, el 92.5 por ciento (37) percibió que la enfermera le dio ánimo para continuar con entereza y 90 por ciento (36) refirió disposición del profesional para atenderle cuando ella o él lo necesitaron, además el 87.5 por ciento (35) recibió orientación para disminuir en lo posible los efectos secundarios del tratamiento. (Cuadro N° 9)

**Cuadro N° 9**  
**Actitudes que mostró la enfermera en la atención de los pacientes oncológicos en quimioterapia hospitalizada.**

Actitudes	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Le explicó en que consistía su tratamiento	30	75	10	25
Respondió a sus dudas	37	92.5	3	7.5
Lo animó para continuar	37	92.5	3	7.5
Se mostró indiferente	5	12.5	35	87.5
Lo trató en forma especial	10	25	30	75
Tuvo disposición para atenderlo	36	90	4	10
Lo orientó para disminuir malestares	35	87.5	5	12.5
Orientó a los familiares	19	47.5	21	52.5

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

#### 4.1.3.2 Estímulo contextual.

Las variables del estímulo contextual en el paciente oncológico hospitalizado para quimioterapia presentaron los siguientes resultados:

Las actividades familiares cotidianas del paciente no fueron realizadas por el 52.5 por ciento (21), las realizaron con dificultad 37.5 por ciento (15) y sin dificultad el 10 por ciento (4). Respecto a la actividad laboral, no fue realizada por el 55 por ciento (22), las llevaron a cabo con dificultad el 37.5 por ciento (15) y sin dificultad el 7.5 por ciento (3).

Las actividades con amigos no fueron realizadas por el 62.5 por ciento (25) de los pacientes, las realizaron con dificultad el 25 por ciento (10) y sin dificultad por el 12.5 por ciento (5).

Las características del área física donde recibió su tratamiento y la percepción que tuvo el paciente de las mismas, los resultados se especifican en el cuadro número 10.

**Cuadro N° 10**  
**Percepción de las características ambientales como parte del contexto de los pacientes oncológicos en quimioterapia hospitalizada.**

Características del ambiente.		Frecuencia	Porcentaje
Iluminación	Buena	23	57.5
	Regular	16	40
	Mala	1	2.5
Ventilación	Buena	24	60
	Regular	11	27.5
	Mala	5	12.5
Privacidad	Buena	21	52.5
	Regular	14	35
	Mala	5	12.5
Espacio	Buena	19	47.5
	Regular	16	40
	Mala	5	12.5
Limpieza	Buena	31	77.5
	Regular	7	17.5
	Mala	2	5

Fuente: Cuestionarios aplicados de de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

En lo referente a las veces en que ha estado sometido el paciente a la quimioterapia, 50 por ciento (20) recibió de 1 a 5 ciclos, 27.5 por ciento (11) de 6 a 10 ciclos, 12.5 por ciento (5) con 11 a 15 ciclos y 10 por ciento (4) 16 o más ciclos; con respecto al tiempo que permanece en el hospital para recibir el tratamiento de quimioterapia el 100 por ciento (40) de los pacientes permanecieron más de 12 horas.

#### **4.1.3.3 Estímulo residual.**

El estímulo residual de los pacientes hospitalizados para recibir su tratamiento reportó los siguientes resultados; 75 por ciento (30) no tenía conocimientos previos del cáncer, 82.5 por ciento (33) no sabía que medida pudo haber tomado para prevenir el padecimiento; 72.5 por ciento (29) no sabía cual era el tratamiento para el cáncer y 35 por ciento (14) reportó que en su familia algún miembro había padecido cáncer antes de presentarse en ellos la enfermedad.

#### **4.1.3.4 Modo fisiológico.**

El modo fisiológico de los pacientes en quimioterapia hospitalizada presentó los resultados siguientes:

95 por ciento (38) de los pacientes sintió debilidad mientras recibía su ciclo de tratamiento, con esta misma frecuencia el paciente no tuvo ganas de hacer las cosas.

El 57.5 por ciento (23) de los pacientes sufrió alteración en el patrón de sueño, al manifestarse la necesidad de dormir a todas horas.

Los cólicos se presentaron en el 17.5 por ciento (7) de los pacientes, diarrea en el 47.5 por ciento (19), estreñimiento y inflamación en 32.5 por ciento (13) cada uno

Con referencia al apetito, 72.5 por ciento (29) tuvo disminución y 67.5 por ciento (27) perdió peso en consecuencia.



Para evaluar la manifestación de alteraciones en el sistema circulatorio, se revisó la presencia de equimosis, el 17.5 por ciento (7) de los pacientes la tuvo, hormigueo en extremidades, presentó el 35 por ciento (14) de los pacientes.

La sensación de falta de aire la tuvo el 25 por ciento (10) de los pacientes y 30 por ciento (12) dificultad respiratoria.

El 32.5 por ciento (13) refirió visión borrosa en forma temporal y 15 por ciento (6) tuvo disminución temporal de la capacidad visual.

El 37.5 por ciento (15) de los pacientes manifestó la presencia de dolor. 27.5 por ciento (11) presentó disminución en la facultad olfativa y 5 por ciento (2) presentó menor sensibilidad al tacto. (Cuadro N°11)

**Cuadro N° 11**  
**Aspectos que midieron el modo fisiológico de los pacientes oncológicos en quimioterapia hospitalizada.**

Signos y síntomas	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Debilidad	38	95	2	5
Ganas de hacer las cosas	2	5	38	95
Diarrea	19	47.5	21	52.5
Estreñimiento	13	32.5	27	67.5
Disminución del apetito	29	72.5	11	27.5
Pérdida de peso	27	67.5	13	32.5
Dificultad respiratoria	12	30	28	70
Visión borrosa	13	32.5	27	67.5
Zumbido de oídos	10	25	30	75
Alteración en el gusto	25	62.5	15	37.5
Disminución en la percepción de los olores	11	27.5	29	72.5
Dolor	15	37.5	25	62.5

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO.

El tiempo que durmieron durante la hospitalización para el 40 por ciento (16) fue de 4 a 6 horas, de 7 a 9 horas el 27.5 por ciento (11), 10 horas o más el 22.5 por ciento (9) y 10 por ciento (4) de 1 a 3 horas.

La calidad del sueño fue intranquila para el 55 por ciento (22) y 10 por ciento (4) angustioso.

La frecuencia en que los pacientes tomaron alimento al día fue dos veces el 52.5 por ciento (21), y cuatro o más veces solo el 2.5 por ciento (1).

#### **4.1.3.5 Modo de la representación de rol.**

Las frecuencias encontradas en los aspectos que evalúan el modo de la representación de rol en los pacientes oncológicos hospitalizados para recibir tratamiento de quimioterapia fueron:

El 40 por ciento (16) de los pacientes convivió con su familia mientras recibía su tratamiento y el 72.5 por ciento (29) se preocupó por ella mientras se encontraba hospitalizado.

La quimioterapia hospitalizada les alteró sus actividades familiares al 77.5 por ciento (31) de los pacientes. El 55 por ciento (22) indicó que la terapia les alteró sus relaciones familiares. En cuanto a las alteraciones en las relaciones de trabajo por causa del tratamiento, 65 por ciento ((26) dio una respuesta afirmativa.

Se auscultó la alteración causada por la quimioterapia en tres funciones familiares, de las cuales, al 37,5 por ciento (15) les alteró la función de proveedor, 42.5 por ciento (17) consideró que su rol de educador de los hijos se vio alterado y el 57.5 por ciento (23) respondió que la función de brindar seguridad en el núcleo familiar sí se alteró. En el nivel terciario, se preguntó, si la quimioterapia afectó algún cargo social, encontrando que el 2.5 por ciento (1) sí se vio afectado.

(Cuadro N°12)

## Cuadro N° 12

### Aspectos que midieron el modo de la representación de rol de los pacientes oncológicos en quimioterapia hospitalizada.

Aspectos evaluados	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Convivió con su familia	16	40	24	60
Le preocupó su familia	29	72.5	11	27.5
Alteración en actividades familiares	31	77.5	9	22.5
Alteración en las relaciones familiares	22	55	18	45
Alteración en las relaciones de trabajo	26	65	14	35
Alteración en la función de proveedor	15	37.5	25	62.5
Alteración en el apoyo para la educación de los hijos.	17	42.5	23	57.5
Alteración para brindar seguridad a la familia	23	57.5	17	42.5
Desempeño de un cargo social.	1	2.5	39	97.5

Fuente: Cuestionarios aplicados de de mayo a agosto del 2004 en el CEAO.

#### 4.1.3.6 Modo del autoconcepto.

Los aspectos que se evaluaron en el modo del autoconcepto y sus frecuencias fueron:

40 por ciento (16) consideró que los problemas generales le afectaron muy poco, al 67.5 por ciento (27) les costó mucho trabajo hablar en público y 52.5 por ciento (21) manifestó que si pudiera cambiaría muchas cosas de ella o él.

El 50 por ciento (20) de los pacientes dijo que podía tomar una decisión fácilmente, al 50 por ciento (20) les costó trabajo acostumbrarse a lo nuevo. 35 por ciento (14) se consideró como una persona simpática. 30 por ciento (12) manifestó ser popular entre las personas de su edad y 25 por ciento (10) se consideró que es menos guapo o bonita que los demás; 62.5 por ciento (25) se

enojaba fácilmente en su casa y al 15 por ciento (6) muchas veces les hubiera gustado irse de su casa.

En relación al estatus familiar, 92.5 por ciento (37) su familia tomo en cuenta sus sentimientos; el 95 por ciento (38) consideró que su familia los comprendió. 20 por ciento (8) sintió que su familia lo presionó y 62.5 por ciento (25) consideró que su familia esperaba mucho de ellos.

El 10 por ciento (4) de los pacientes se dio por vencido muy fácilmente y al 17.5 por ciento (7) le costó trabajo aceptarse como es, este mismo porcentaje considero que su vida fue complicada; 20 por ciento (8) respondió que se podía confiar muy poco en el ó ella y con el mismo valor, muchas veces le hubiera gustado ser otro.

El 67.5 por ciento (27) respondió que sus compañeros casi siempre aceptaron sus ideas; 7.5 por ciento (3) con frecuencia se sintió a disgusto en su trabajo y 25 por ciento (10) se desanimó frecuentemente con lo que hacía.

El 72.5 por ciento (29) manifestó que cuando tuvo algo que decir, generalmente lo dijo.

Las preguntas anteriores corresponden al inventario de Autoestima de Coopersmith (1993), en el cuál se detectó que el 67.5 por ciento (25) de los pacientes mostró un nivel normal de autoestima, mientras que 32.5 por ciento (13) vio afectada su autoestima de manera leve, no se encontró deterioro grave en la autoestima de los pacientes hospitalizados.

#### **4.1.3.7 Correlaciones encontradas en los pacientes hospitalizados.**

##### **Correlaciones en el estímulo focal.**

El personal de enfermería le dio ánimo para continuar y dio respuesta a sus dudas presentó una correlación fuerte ( $r = .640$ ,  $p = .000$ ). Respecto a si el personal le supo contestar sus dudas y le dio ánimo para continuar, tuvieron una correlación fuerte ( $r = .753$ ,  $p = .000$ ).

### **Correlaciones del estímulo contextual.**

La realización de las actividades laborales mientras recibía su tratamiento y la realización de las actividades familiares se correlacionaron fuertemente ( $r = .767$ ,  $p = .000$ ). La realización de actividades con amigos y actividades familiares tuvieron una correlación fuerte ( $r = .822$ ,  $p = .000$ ). El realizar actividades con amigos y actividades laborales se correlacionaron de forma fuerte ( $r = .699$ ,  $p = .000$ ).

Con respecto al espacio donde se administró el tratamiento de quimioterapia, la ventilación y la iluminación tuvieron una correlación fuerte ( $r = .749$ ,  $p = .000$ ). La privacidad y la iluminación se correlacionaron fuertemente ( $r = .602$ ,  $p = .000$ ). La privacidad y la ventilación del lugar también se correlacionaron de la misma manera ( $r = .778$ ,  $p = .000$ ). El espacio y la ventilación así como el espacio y la privacidad tuvieron una correlación fuerte ( $r = .683$ ,  $p = .000$ ) ( $r = .796$ ,  $p = .000$ ) respectivamente.

La limpieza y el espacio se correlacionaron fuertemente ( $r = .651$ ,  $p = .000$ ).

### **Correlaciones del estímulo residual.**

Cuando el paciente tenía referencia del tratamiento y los conocimientos previos, presentaron una correlación moderada ( $r = .550$ ,  $p = .000$ ). Si tenía referencia del tratamiento y saber como prevenir el cáncer, tuvieron una correlación fuerte ( $r = .600$ ,  $p = .000$ ).

### **Correlaciones en el modo fisiológico.**

La presencia de signos de dificultad respiratoria y la sensación de falta de aire en el paciente tuvieron una correlación fuerte ( $r = .530$ ,  $p = .000$ ).

La disminución de la percepción al tacto y el aumento en la sensibilidad auditiva presentaron una correlación fuerte ( $r = .698$ ,  $p = .000$ ).

El número de veces que tomó alimento al día y la disminución del apetito en una relación de causa y efecto tuvieron una correlación fuerte ( $r = .612$ ,  $p = .000$ )

#### **Correlaciones en el modo de la representación de rol.**

Seguridad familiar y las relaciones en el trabajo ( $r = .535$ ,  $p = .000$ ) y seguridad familiar con cumplir las funciones de proveedor ( $r = .561$ ,  $p = .000$ ) ambas tuvieron una correlación moderada.

La función de dar seguridad a la familia y el cuidado de la educación de los hijos presento una correlación fuerte ( $r = .637$ ,  $p = .000$ ).

El desempeñar un cargo social en la comunidad y el impedimento de la quimioterapia en la ejecución de este cargo presentó una correlación fuerte ( $r = .698$ ,  $p = .000$ ).

#### **Correlaciones en el modo del autoconcepto.**

Los únicos aspectos que se correlacionaron en forma moderada significativa fueron, cuando el paciente tuvo algo que decir lo dijo y que los compañeros casi siempre aceptaron sus ideas ( $r = .576$ ,  $p = .000$ ).

El resto de los aspectos analizados, tuvieron una correlación levemente significativa o no tuvieron correlación.

#### **Correlaciones similares encontradas en los dos grupos.**

En el estímulo focal de las personas en quimioterapia se determino que ambas se enfrentaron a un diagnostico oncológico, de ellos se dividieron en dos grupos de acuerdo al tipo de tratamiento de elección.

En este estímulo se encontró una correlación entre el pulso y presión arterial, como manifestación cardio-circulatoria de la toxicidad que ejercen cierto tipo de

medicamentos oncológicos, el grado de correlación fue fuerte en el grupo hospitalizado y moderado para los pacientes ambulatorios.

En el estímulo contextual la realización de las actividades familiares y laborales tuvo correlación moderada en el grupo ambulatorio y fuerte en el hospitalizado, lo que manifiesta que si hay un grado de afectación en estos aspectos, siendo más severa al tener que internarse para recibir el tratamiento oncológico.

El mismo resultado presentó la correlación en la realización de las actividades familiares y con amigos.

Respecto al contexto, en ambos grupos presentó correlación fuerte: ventilación e iluminación, como aspectos que deben vigilarse estrechamente, dando particular atención a la evaluación del aire dentro del ambiente inmediato del paciente y recordar que una buena iluminación ya sea natural o artificial, es esencial para la seguridad y comodidad de los pacientes.

La privacidad e iluminación también mostraron un grado fuerte de correlación en ambos grupos y la afectación que representa se puede traducir en alteración del estado anímico ocasionando nerviosismo, fatiga y pérdida o alteración en la identidad de la persona lo cual no favorece la adaptación al medio.

El espacio asignado al tratamiento con la ventilación mostraron un grado de correlación fuerte para los grupos ambulatorio y hospitalizado, por lo cual es necesario redimensionar las características de ambos servicios, pues cabe recordar que sin importar cual es la forma que adquiere el espacio asignado a cada paciente, él requiere sentir que tiene control sobre este y considerarlo, además un ambiente terapéutico. Si este aspecto falla, entonces puede no favorecerse la adaptación del paciente.

En iguales circunstancias encontramos al espacio en relación a con privacidad, con una correlación fuerte para ambos grupos, considerando que muchas personas ingresan al hospital con temor a la exposición y pérdida de identidad, entonces se hace necesario que estos aspectos favorezcan la actitud del paciente hacia el tratamiento y lo que este conlleva.

**Estímulo residual no presentó correlaciones similares en los dos grupos.**

Respecto al modo fisiológico, únicamente la dificultad en la respiración y la sensación de falta de aire tuvieron correlación fuerte para los dos grupos, en virtud de los parámetros que evaluaron la insuficiencia respiratoria lo representaron pocos pacientes.

El modo de la representación de rol presento correlación fuerte para los dos grupos en cuanto a brindar seguridad a la familia y contribuir a la educación de los hijos, al encontrarse fuera de su entorno familiar, los pacientes manifiestan temor de que "algo" le pase a su familia en su ausencia y el contribuir a la educación de los hijos también fue un aspecto que relacionan con los efectos secundarios del tratamiento y que muchas veces los incapacita para asumir su dimensión en esta función.

El autoconcepto de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada, presentó correlación moderada en lo que se refiere a "si tengo algo que decir, lo digo" y "mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.

#### **4.1.4 Resultados comparados entre los dos grupos.**

##### **4.1.4.1 Estímulo focal.**

La presencia de nausea tuvo una diferencia del 10 porciento menor en ambulatorios sobre hospitalizados, sin embargo se debe tomar en consideración



que en ambos grupos, hay una predisposición por este efecto secundario a la ministración de fármacos antineoplásicos.

En cuanto al vómito, la diferencia entre los dos grupos fue del 10 por ciento, presentándose como sintomatología que acompañó al tratamiento en el 57.5 por ciento, con la característica de ser menor en los pacientes ambulatorios;

La deshidratación se presentó con mayor frecuencia en los pacientes hospitalizados, habiendo una diferencia del 17.5 por ciento en relación a los ambulatorios.

Respecto a cambios en la presión arterial, presentó un esquema similar al anterior, a causa de la estrecha relación en los dos signos, se observó mayor presencia en el grupo ambulatorio con el 37.5 por ciento, 12.5 por ciento más que en los hospitalizados. (Cuadro N°13)

**Cuadro N°13**  
**Signos y síntomas que presentan los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.**

Signos Y Síntomas	Ambulatorio				Hospitalizado			
	SI		NO		SI		NO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nausea	28	65	14	35	30	75	10	25
Vómito	19	47.5	21	52.5	23	57.5	17	42.5
Diarrea	13	32.5	27	67.5	19	47.5	21	52.5
Cambios en la temperatura	5	12.5	35	87.5	4	10	36	90
Eritema	1	2.5	39	97.5	6	15	34	85
Cambios en la presión	15	37.5	25	62.5	10	25	30	75
Cambios en el pulso	17	42.5	23	57.5	13	32.5	27	67.5

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO.

En los estímulos focales se consideró la actitud de la enfermera hacia el paciente mientras recibió su tratamiento; en ambos grupos al 75 por ciento, la enfermera sí les explicó en que consistía su tratamiento,

La enfermera animó más a los pacientes hospitalizados para continuar con su tratamiento, existiendo una diferencia del 5 por ciento sobre los pacientes ambulatorios. Esta diferencia probablemente se deba a que con el tiempo de internamiento, se fortalece la relación enfermera - paciente.

Con relación a las actitudes de la enfermera, se realizaron varias preguntas como fueron:

Si se mostró indiferente hacia el paciente, se presentó en 15 por ciento más en el grupo ambulatorio en relación al hospitalizado.

Al preguntar si la enfermera lo trato como una persona especial, el grupo ambulatorio presentó una diferencia del 7.5 por ciento más sobre el grupo hospitalizado.

Al cuestionar si la enfermera siempre estuvo dispuesta cuando el paciente requirió la atención, 90 por ciento de los hospitalizados contestaron que sí, al igual que el 82.5 por ciento de los ambulatorios.

En lo referente a recibir orientación para disminuir los malestares no hubo diferencia significativa en los dos grupos, considerando que del 89 por ciento la obtuvo.

La enfermera oriento en educación para la salud a los familiares de los pacientes, presentando mayor frecuencia en el grupo ambulatorio, el 55 por ciento contra el 47.5 por ciento en hospitalizados. (Cuadro N° 14)

### Cuadro N° 14

#### Actitud que mostró la enfermera en la atención del paciente oncológico en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.

Actitudes Evaluadas	Ambulatorio				Hospitalizado			
	Si		No		Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Le explico en que consistía su tratamiento	30	75	10	25	30	75	10	25
Respondió a sus dudas	36	90	4	10	37	92.5	3	7.5
Lo animó para continuar.	35	87.5	5	12.5	37	92.5	3	7.5
Se mostró indiferente	11	27.5	29	72.5	5	12.5	35	87.5
Lo trato en forma especial	13	32.5	27	67.5	10	25	30	75
Tuvo disposición para atenderlo.	33	82.5	7	17.5	36	90	4	10
Le oriento para disminuir malestares	36	90	4	10	35	87.5	5	12.5
Orientó a los familiares	22	55	18	45	19	47.5	21	52.5

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAQ.

#### 4.1.4.2 Estímulo contextual.

Para medir la percepción del contexto que prevaleció durante el tratamiento de quimioterapia, y si realizó sus actividades cotidianas, los resultados obtenidos son los siguientes:

Las actividades familiares, el 77.5 por ciento de los pacientes ambulatorios las realizó, mientras que el 52.5 por ciento de los hospitalizados no las realizó. (cuadro N° 15)

### Cuadro N°15

#### Forma de realizar las actividades familiares de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.

Las actividades familiares Las realiza:	Ambulatorio		Hospitalizado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin dificultad	10	25	4	10
Con dificultad	21	52.5	15	37.5
No las realiza	9	22.5	21	52.5
Total	40	100	40	100

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO.

Las actividades laborales las realizó el 67.5 por ciento de los pacientes ambulatorios, mientras que el 55 por ciento de los hospitalizados no las realizó. (Cuadro N°16)

### Cuadro N°16

#### Forma de realiza las actividades laborales los pacientes oncológico en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.

Las actividades Laborales las realiza:	Ambulatorio		Hospitalizado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin dificultad	7	17.5	3	7.5
Con dificultad	20	50	15	37.5
No las realiza	13	32.5	22	55
Total	40	100%	40	100

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO.

Las actividades con amigos, 70 por ciento de los pacientes ambulatorios las realizó en tanto que el 62.5 por ciento de los pacientes hospitalizados no las realizó.

Respecto al espacio, 77.5 por ciento de los pacientes ambulatorios y el 87.5 por ciento de los hospitalizados lo clasificó entre bueno y regular.

La privacidad fue catalogada entre buena y regular por el 77.5 por ciento de los pacientes ambulatorios, observando una diferencia de 10 por ciento menor en relación a los hospitalizados.

Este resultado probablemente se deba a que, al permanecer menos tiempo en el hospital para recibir su tratamiento, el paciente en quimioterapia ambulatoria regresa a su entorno para continuar con sus actividades cotidianas y su propia privacidad, mientras que el hospitalizado debe permanecer en el ámbito hospitalario y realizar actividades personales cotidianas como es la higiene personal, alimentación, eliminación, descanso y sueño en el mismo contexto en que recibió el tratamiento. (Cuadro N°17)

#### Cuadro N°17

##### Características ambientales que percibieron los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.

Características evaluadas		Ambulatorios		Hospitalizados	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Iluminación	Buena	17	42.5	23	57.5
	Regular	18	45	16	40
	Mala	5	12.5	1	2.5
Ventilación	Buena	19	47.5	24	60
	Regular	11	27.5	11	27.5
	Mala	10	25	5	12.5
Privacidad	Buena	18	45	21	52.5
	Regular	13	32.5	14	35
	Mala	9	22.5	5	12.5
Espacio	Buena	15	37.5	19	47.5
	Regular	16	40	16	40
	Mala	9	22.5	5	12.5
Limpieza	Buena	34	85	31	77.5
	Regular	6	15	7	17.5
	Mala	0	0	2	5

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO.

En relación al número de veces que el paciente recibió quimioterapia, para ambos grupos fue de 0 a 5 veces, el 60 y 50 por ciento en ambulatorios y hospitalizados respectivamente. En el rango de 11 a 15 veces presento mayor frecuencia el grupo hospitalizado con una diferencia del 7.5 por ciento. (Cuadro N°18)

### Cuadro N°18

#### Número de veces que les han aplicado quimioterapia a los pacientes oncológicos ambulatorios y hospitalizados.

Número de veces	Ambulatorio		Hospitalizado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
De 0 a 5 veces.	24	60	20	50
De 6 a 10 veces.	14	35	11	27.5
De 11 a 15 veces.	2	5	5	12.5
De 16 y más.			4	10
Total	40	100	40	100

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO.

El tiempo de permanencia en el hospital para recibir tratamiento de quimioterapia, el grupo ambulatorio, fue la mayor frecuencia en el rango de 0 a 3 horas con 55 por ciento, mientras que los pacientes hospitalizados en su totalidad estuvieron en el rango de más de 12 horas. (Cuadro N°19)

### Cuadro N°19

#### Tiempo que permanece en el hospital el paciente oncológico para recibir quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.

Tiempo	Ambulatorio		Hospitalizado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
De 0 a 3 horas diarias.	22	55		
De 4 a 6 horas diarias.	16	40		
De 6 a 12 horas diarias.	1	2.5		
Más de 12 horas.	1	2.5	40	100
Total	40	100	40	100

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO.

#### 4.1.4.3 Estímulo residual.

Para medir el estímulo residual en este estudio se considero si los pacientes tenían conocimiento del cáncer, el 80 por ciento de los pacientes ambulatorios manifestaron que no lo tenían, contra el 75 por ciento de los hospitalizados. Saber cómo prevenir el cáncer, el 92.5 por ciento de los ambulatorios y 82.5 por ciento de los hospitalizados contestaron que no lo sabían.

Tener conocimiento sobre el tratamiento para el cáncer, ambos grupos en forma mayoritaria respondieron que no. Si algún miembro de la familia había padecido cáncer, los pacientes ambulatorios respondieron que no en menor porcentaje que los hospitalizados, aunque el 41.3 del total de pacientes dijo que sí contaban con antecedentes familiares de cáncer, estos resultados nos permite inferir que, a pesar de que algunos pacientes han estado en contacto con este padecimiento, la cultura del cuidado personal, la prevención y el diagnóstico oportuno no han impactado en forma significativa como estímulo residual en la población de estudio. (Cuadro N°20)

**Cuadro N°20**  
**Estímulo residual de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.**

Aspectos evaluados	Ambulatorio				Hospitalizado			
	SI		NO		SI		NO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Conocimientos previos del cáncer	8	20	32	80	10	25	30	75
Sabia como prevenir el cáncer	3	7.5	37	92.5	7	17.5	33	82.5
Sabía cual es el tratamiento del cáncer	5	12.5	35	87.5	11	27.5	29	72.5
Antecedentes familiares de cáncer	19	47.5	21	52.5	14	35	26	65

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO.

#### **4.1.4.5 Modo fisiológico.**

Se compararon las respuestas de los grupos de pacientes ambulatorios y hospitalizados en los siguientes síntomas:

Debilidad, se presentó en el 75 por ciento de los pacientes ambulatorios, los hospitalizados tuvieron el 95 por ciento. Es necesario que la enfermera pueda diferenciar si la presencia de fatiga está relacionada con los efectos adversos al tratamiento, si es consecuencia de una baja ingestión de nutrientes o bien si se relaciona con una alteración en el estado de ánimo del paciente para, así, implementar las acciones necesarias que contrarresten este síntoma.

En lo referente a ganas de hacer las cosas, el 77.5 por ciento de los ambulatorios y el 95 por ciento de los hospitalizados manifestaron no tener ganas de hacer las cosas.

El 57.5 por ciento de los pacientes hospitalizados manifestaron tener sueño a todas horas, mientras que el 77.5 por ciento de los pacientes ambulatorios manifestaron que no, es decir, tuvieron tendencias contrarias.

Se presentaron cólicos en el 22.5 por ciento de los pacientes ambulatorios y en 17.5 por ciento de los hospitalizados, diarrea en el 37.5 por ciento de ambulatorios y 47.5 de hospitalizados. Estreñimiento tuvieron el 15 por ciento de ambulatorios y 32.5 por ciento de hospitalizados, Inflamación presentaron el 15 por ciento de ambulatorios y 22.5 de hospitalizados.

Tuvieron aumento del apetito el 25 por ciento de los pacientes ambulatorios y 10 por ciento los hospitalizados, por el contrario, 65 por ciento de los ambulatorios presentaron disminución del apetito y el 72.5 por ciento de los hospitalizados también la tuvieron.

En cuanto a la pérdida de peso, la presentaron el 52.5 por ciento de los pacientes ambulatorios y 67.5 por ciento de los hospitalizados.



Dentro de los signos de alteración circulatoria se presento hormigueo en manos y pies en el 30 porciento de ambulatorios y 35 porciento de hospitalizados. Equimosis tuvieron el 7.5 porciento del grupo ambulatorio y 17.5 porciento de hospitalizados.

En el patrón respiratorio manifestaron sensación de falta de aire, el 27.5 porciento de los pacientes ambulatorios y en el 25 porciento de los hospitalizados. Dificultad para respirar, la tuvieron los dos grupos presentándola el 30 porciento.

Disminución de la temperatura corporal la presentó el 5 porciento de los pacientes ambulatorios, contra el 17.5 porciento que reportaron los hospitalizados.

Respecto a la valoración de los sentidos, visión borrosa, se presentó en el 40 porciento de los pacientes ambulatorios y 32.5 porciento en los hospitalizados. Disminución temporal de la visión estuvo presente en el 22.5 porciento de los ambulatorios y 15 porciento de los hospitalizados, esto probablemente es debido a los cambios fisiológicos por el desgaste ocasionado con la aplicación de la quimioterapia.

En el sentido del oído, zumbido de oídos se presentó en el 25 porciento de los pacientes de cada uno de los grupos; disminución temporal de la audición la tuvo el 5 porciento de los pacientes ambulatorios y el 10 porciento de los hospitalizados.

En lo que respecta al sentido del gusto, alteración en la percepción de los sabores, se presentó en el 67.5 porciento de los pacientes ambulatorios en forma similar se comportó el grupo hospitalizado que tuvo un 62.5 porciento. Disminución en la percepción de los olores se presentó en el 22.5 porciento de los pacientes ambulatorios y en el 27.5 porciento de los hospitalizados. (Cuadro N°21)

### Cuadro N°21

#### Modo fisiológico de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.

Signos Y Síntomas	Ambulatorio				Hospitalizado			
	Si		No		Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Debilidad	28	70	12	30	38	95	2	5
Ganas de hacer las cosas	9	22.5	31	77.5	2	5	38	95
Diarrea	15	37.5	25	62.5	19	47.5	21	52.5
Estreñimiento	6	15	34	85	13	32.5	27	67.5
Disminución del apetito	26	65	14	35	29	72.5	11	27.5
Pérdida de peso	21	52.5	19	47.5	27	67.5	13	32.5
Dificultad respiratoria	12	30	28	70	12	30	28	70
Visión borrosa	16	40	24	60	13	32.5	27	67.5
Zumbido de oídos	10	25	30	75	10	25	30	75
Alteración en el gusto	27	67.5	13	32.5	25	62.5	15	37.5
Disminución en la percepción de los olores.	9	22.5	31	77.5	11	27.5	29	72.5
Dolor	15	37.5	25	62.5	15	37.5	25	62.5

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO.

El tiempo que durmió el paciente mientras recibió su tratamiento fue de 7 a 9 horas, el 55 por ciento de pacientes ambulatorios con una diferencia de 27.5 por ciento sobre los hospitalizados, de 10 o más horas los ambulatorios presentaron el 7.5 por ciento, mientras que los hospitalizados en este rango se incluyó el 22.5. Las características del sueño están referidas en el cuadro N°22.

### Cuadro N°22

#### Características del sueño en los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.

Características del sueño	Grupo					
	Ambulatorio		Hospitalizado		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Apacible	15	37.5	7	17.5	22	27.5
Reparador	5	12.5	7	17.5	12	15
Intranquilo	14	35	22	55	36	45
Angustioso	6	15	4	10	10	12.5
Total	40	100	40	100	80	100

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO:

Respecto al número de ocasiones en que el paciente tomó alimento durante el día, 2 veces al día fue el que presentó una mayor frecuencia para los dos grupos. (Cuadro N°23)

### Cuadro N° 23

#### Número de veces que tomaron alimento durante el día los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.

Número de veces	Grupo					
	Ambulatorio		Hospitalizado		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Una vez	10	25	6	15	16	20
Dos veces	20	50	21	52.5	41	51.3
Tres Veces	9	22.5	12	30	21	26.2
Cuatro o más veces	1	2.5	1	2.5	2	2.5
Total	40	100	40	100	80	100

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO:

Cuando el paciente recibió su tratamiento, convivió con su familia respondieron afirmativamente el 72.5 por ciento del grupo ambulatorio, contrariamente el 60 por ciento de los pacientes hospitalizados contestó que no pudieron convivir con sus respectivas familias por el esquema de internamiento al que debieron someterse.

A los pacientes de ambos grupos les preocupó su familia mientras recibían su tratamiento presentando el 65 por ciento los pacientes ambulatorios y el 72.5 por ciento para los pacientes hospitalizados.

#### 4.1.4.5 Modo de la representación de rol.

La función de proveedor dentro de la familia de ambos grupos se vio afectada. Con respecto a la función del cuidado de la educación de los hijos, el grupo ambulatorio tuvo mayor dificultad para desempeñarla, con el 62.5 por ciento, mientras que al 57.5 por ciento del grupo hospitalizado no les alteró el poder realizar la función. Este aspecto se vio también influenciado por las características del estado anímico del paciente, los efectos colaterales del tratamiento y que los hijos eran mayores de edad. (Cuadro N°24)

**Cuadro N°24**  
**Alteración en las funciones familiares de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.**

Funciones familiares	Ambulatorio				Hospitalizado			
	SI		NO		SI		NO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Proveer	14	35	26	65	15	37.5	25	62.5
Cuidar la educación de los hijos.	25	62.5	15	37.5	17	42.5	23	57.5
Dar seguridad a la familia	31	77.5	9	22.5	23	57.5	17	42.5

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO.

Los pacientes hospitalizados refieren que al encontrarse ellos fuera de su contexto familiar consideran que el núcleo se encuentra más vulnerable, por lo que este aspecto se relaciona con el considerar que durante el tratamiento, hay alteración para brindar seguridad a la familia y cuyos resultados fueron afirmativos

en el 77.5 por ciento de los pacientes ambulatorios y 57.5 por ciento de los hospitalizados.

Con relación a si la quimioterapia alteró sus relaciones en la familia, ambos grupos contestaron afirmativamente, los ambulatorios con un 60 por ciento y los hospitalizados con el 55 por ciento. Esta alteración estuvo generada a consecuencia de los efectos tóxicos del tratamiento, en los pacientes ambulatorios les representó el tener que aislarse de la dinámica familiar cotidiana y en los hospitalizados fue motivada por las ausencias del paciente en el entorno familiar para recibir la quimioterapia.

Presentaron alteración de las relaciones en el trabajo, el 60 por ciento de los pacientes ambulatorios y el 65 por ciento de los hospitalizados, principalmente las relacionadas con el jefe o superior inmediato y a los compañeros, esto fue referido como consecuencia de las incapacidades y el bajo rendimiento laboral.

La percepción que tuvieron ambos grupos sobre si la quimioterapia mejoraría su salud fue igual, consideraron que sí mejoraría el 87.5 por ciento.

Los dos grupos opinaron en forma muy similar, que a partir de que recibieron la quimioterapia se modificó su conducta en un 55 por ciento.

#### **4.1.4.6 Resultados de Chi cuadrada.**

Una vez aplicada la prueba estadística, se analizó la información en tablas de contingencia y gráficas de barras (ver apéndice) encontrando que, la debilidad como característica asociada al tipo de grupo se encontró con una magnitud de efecto tipo mediano, que equivale aproximadamente a un tercio de desviación estándar en el valor de Phi (.329) y  $\chi^2$  de 0.003.

Otra variable que caracteriza a los dos grupos como diferencia, es las ganas de hacer las cosas, la cual arroja un valor Phi de 0.25, y una magnitud de efecto entre pequeña a mediana con  $\chi^2$  de 0.023

El sueño a todas horas caracteriza a los dos grupos con un Phi valor significativo, con una magnitud de efecto de mediano a grande (.350) y  $\chi^2$  de 0.001. La pérdida temporal del gusto es otro síntoma que caracteriza a los dos grupos, observando un Phi valor significativo con una magnitud de efecto mediano (.300) y  $\chi^2$  de 0.007. (Cuadro No° 25)

El resto de las variables que midieron la función fisiológica presentaron  $P > 0.05$  convirtiéndolas en no significativas.

**Cuadro N°25**  
**Resultados de Chi cuadrada en el Modo Fisiológico.**

Variable		Ambulatorios	Hospitalizados	P valor	$\phi$ Magnitud
	Si	28	38	*	0.32
Debilidad	No	12	2		
Ganas de hacer las cosas	Si	9	2		
	No	31	38	*	0.25
Sueño a todas horas	Si	9	23	*	0.35
	No	31	17		
Pérdida del gusto	Si	27	15	*	0.30
	No	13	25		

\*  $P < 0.05$

En la representación de rol, aplicando la estadística inferencial no paramétrica, se elaboraron tablas de contingencia y gráficas de barras (ver en apéndice) encontrando relación estadística entre el grupo y la convivencia familiar

mientras recibe su tratamiento, con un Phi valor medianamente significativo (.328). Y entre el grupo con brindar seguridad a la familia mientras recibe su tratamiento presentó un Phi valor de 0.214 con una magnitud de efecto de pequeño a medianamente significativo. (Cuadro N° 26)

**Cuadro N°26**  
**Resultados de Chi cuadrada en el Modo de la representación de rol.**

Variable		Ambulatorios	Hospitalizados	P valor	φ Magnitud
Convive con su familia	Si	29	16	*	0.32
	No	11	24		
Brinda seguridad a la familia	Si	31	23	*	0.21
	No	9	17		

\* P < 0.05

#### 4.1.4.7 Modo del Autoconcepto

De acuerdo a los resultados en ambos grupos se observo que el 62.5 porciento de los pacientes estuvo en el rango normal, y el 37.5 porciento tuvo afectación leve; de estos últimos, el 21.25 porciento correspondió a los pacientes ambulatorios y el 16.25 porciento a los hospitalizados. (Cuadro N°27)

**Cuadro N° 27**  
**Inventario de autoestima Coopersmith (1993)**

Grupo	Categoría					
	Normal (0-10 puntos)		Leve (11-20 puntos)			
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Ambulatorio	23	57.5	17	42.5	40	100
Hospitalizado	27	62.5	13	32.5	40	100
Total	50	62.5	30	37.5	80	100

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO.

## **4.2 Discusión.**

El propósito del estudio fue analizar el nivel de adaptación del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en relación a los pacientes hospitalizados por la misma causa, Aparicio U. y colaboradores (2002) refiere que la quimioterapia representa la primera opción terapéutica en los pacientes con cáncer avanzado, considerando que su finalidad es paliativa, por lo que adquiere relevancia establecer un balance entre sus efectos positivos sobre la supervivencia y la calidad de vida en relación a los efectos tóxicos que ocasiona y el costo económico del tratamiento.

Para este estudio el estímulo focal se delimitó como el tratamiento de quimioterapia en el esquema ambulatorio y hospitalizado; el estímulo contextual se refirió a las características del contexto hospitalario y familiar que rodearon al paciente oncológico mientras recibió su tratamiento de quimioterapia, así como la realización de las actividades cotidianas durante este tiempo.

El modo fisiológico se valoró de acuerdo a las necesidades corporales básicas y la forma de hacer frente a la adaptación respecto a ellas; el modo de la representación de rol se refirió al estado que guarda el paciente oncológico con su familia y si cumple con las funciones de proveedor, brindar seguridad a la familia y cuidar de la educación de los hijos, también se analizó su estado ocupacional.

En el estímulo focal, la náusea y el vómito se observó que en ambos grupos hay una predisposición por este efecto secundario a la ministración de fármacos antineoplásicos como lo mencionan Langhorne. (2002) y Reeves – Roux (2001). Estos autores refieren la presencia de vómito como complicación secundaria a la infusión de antineoplásicos, este síntoma la presentó en menor grado el grupo de pacientes ambulatorios.

Estos dos síntomas influyeron en forma importante en el esquema de alimentación de los pacientes ambulatorios y hospitalizados que se manifestó



alterado. Barroso A. (2000) manifiesta que pueden ser controlados con el uso de los inhibidores de 5 H.T. como es el caso del Ondasetrón o Granisetón lo que habrá de considerarse como alternativa en el manejo adecuado de los pacientes.

Langhorne (2002) Describió a la diarrea como efecto secundario de la quimioterapia. En este aspecto los pacientes hospitalizados presentaron mayor frecuencia que los ambulatorios. Sin embargo Barroso A. (2000) reporta que con la administración de antieméticos tipo 5 H.T. puede potencializar un efecto contrario con tendencia a la constipación, sobre todo en los pacientes de mayor edad, por lo que es necesario evaluar el riesgo – beneficio al ministrarlos.

Respecto a cambios en la presión arterial, Gerson R. y colaboradores (1998) reportaron en su estudio eventos en la elevación de la presión arterial media, sin registrar sintomatología asociada con los cambios tensionales, y Berry, (2000), refiere los cambios en el pulso a causa de la estrecha relación en los dos signos, en una situación de causa – efecto ya que los mecanismos normales de defensa del cuerpo son la vasoconstricción refleja y el aumento de la frecuencia del pulso, los cuales tienden a redistribuir el flujo de la sangre al corazón y al cerebro este evento se observó con mayor presencia en el grupo ambulatorio.

Belcher (1999) propuso como actividad de la enfermera en la quimioterapia el instruir al paciente para que pueda satisfacer por si mismo sus necesidades y fuera autosuficiente dentro de sus propias posibilidades, además de proporcionar asistencia psicológica a la familia, en este aspecto, encontramos lo siguiente:

La enfermera orientó sobre al tratamiento a los familiares de los pacientes, presentando mayor frecuencia en el grupo ambulatorio, esto probablemente relacionado con las características de los esquemas de tratamiento y en donde el ambulatorio requiere más información para cuidar y atender las contingencias de la quimioterapia.

El grupo ambulatorio se percibió tratado como una persona especial en mayor frecuencia que los hospitalizados y a la vez estos consideraron en su mayoría que la enfermera siempre estuvo dispuesta cuando requirió su atención, Lucendo V. y Nocí (2004) mencionan que el profesional de enfermería debe conocer y aplicar medidas terapéuticas y de prevención de complicaciones para evitar daños adicionales relacionados con la administración de quimioterapia, por lo que es deber de esta el mantenerse actualizada en estos aspectos.

Por su parte, González Barón (2002) refiere que los pacientes con neoplasias malignas habitualmente presentan una sintomatología diversa, acompañada o no de trastornos emocionales, problemas económicos y socio familiares, en los grupos estudiados las actividades laborales, familiares y con amigos se vieron afectadas principalmente en el grupo hospitalizado, sin embargo en los ambulatorios también estuvieron presentes pero en menor frecuencia. Las respuestas anteriores evidencian que el tratamiento hospitalizado limita más a los pacientes que el tratamiento ambulatorio.

Este mismo autor sugiere que el tratamiento paliativo del cáncer requiere un enfoque integrado, haciendo necesario aliviar la sintomatología presente así como atender otros factores que puedan influir en el estado emocional, social y espiritual de los pacientes para evitar un deterioro mayor durante la terapéutica activa y favorecer la calidad de vida.

Del Estímulo contextual referido como el lugar en el cual estuvo el paciente cuando recibió su tratamiento, las variables contempladas fueron iluminación, ventilación, privacidad, espacio y limpieza. Por lo tanto encontramos que el tratamiento hospitalizado produce un efecto adverso respecto al olor ambiental, sin corresponder a lo propuesto por Smith – Duell (1992) para favorecer la adaptación ambiental, quien sugiere un ambiente terapéutico libre de olores o vapores perjudiciales.

La iluminación fue percibida como buena por la mayoría de los pacientes hospitalizados y un porcentaje menor de los ambulatorios, Barquín (2003) identificó que una iluminación natural o artificial adecuada es esencial para la preservación de la seguridad y comodidad del paciente, evitando así, la presencia de nerviosismo y fatiga, es decir, la mitad de los pacientes no tuvo esta condición.

Smith – Duell (1992) menciona que debe darse atención particular al aire dentro del ambiente inmediato del paciente, considerando que un entorno adecuadamente ventilado ha de contener una cantidad apropiada de humedad, debe estar libre de irritantes, con una temperatura tolerable, regulando la cantidad de movimiento del aire, en este sentido, la mayoría de los pacientes de ambos grupos caracterizó la ventilación como buena.

Respecto al espacio, Barquín (2003) indica que todo individuo necesita de espacio suficiente para desarrollar sus actividades cotidianas, alentándolos a la estimulación y experimentación personal, en este estudio, la mayoría de los pacientes de ambos grupos lo clasificó entre bueno y regular

Los pacientes habrán de hallarse en un ambiente tan privado como sea posible, por lo que Barquín (2003) refiere que las prácticas regulares del hospital han de planearse de manera que favorezcan un ambiente de intimidad, en el cual el paciente conserve su identidad favoreciendo su respuesta y actitud adecuada a los cuidados de salud. En este sentido, la privacidad fue catalogada entre buena y regular por la mayoría de los pacientes ambulatorios, observando una diferencia ligeramente menor en los hospitalizados.

Smith – Duell (1992) hace referencia a la privacidad, definiéndola como necesaria e indispensable para la actitud positiva del paciente hacia los cuidados de salud y como prioridad para preservar la identidad personal, Roy (1999) por su parte menciona en uno de sus ocho supuestos, que para hacer frente a un entorno cambiante, la persona utiliza mecanismos innatos y adquiridos que tienen un

origen biológico, psicológico y social, situaciones que fueron tomadas en consideración.

Referente al tiempo que permanece el paciente en el hospital, los resultados responden a los diseños de cada uno de los programas terapéuticos, ambulatorio y hospitalizado, sin embargo, cabe tomar en consideración lo propuesto por Volkow y colaboradores (1999) en lo que respecta a la quimioterapia ambulatoria como un medio para la contención de los costos y Flores B. y colaboradores (2003) quienes presentan evidencias sobre la realización de procedimientos ambulatorios seguros en la administración de quimioterapia.

Aparicio, U. y colaboradores (2002) refieren que la supervivencia global de ambas ramas es similar y discretamente superior en el tipo de terapia continua ambulatoria, la calidad de vida es también favorable al tratamiento mantenido hospitalizado, pero la toxicidad es significativamente mayor en este programa, lo que habrá de considerarse en el futuro.

Para medir el estímulo residual en este estudio se considero si los pacientes tenían conocimiento previo del cáncer, si conocían cómo prevenirlo y cuál es el tratamiento, en los grupos estudiados se observó que un porcentaje importante desconocían estos aspectos, por lo que se puede deducir que existe desconocimiento sobre el cuidado de la salud y en particular sobre la prevención y tratamiento del cáncer. Samarel N. y Fawcet (1998) refieren en su estudio que la incertidumbre propicia la no adaptación y que es necesaria la orientación en los aspectos que conlleva el cáncer y su tratamiento a través de grupos de apoyo para favorecer la adaptación en los cuatro modos que marca el modelo de Roy (1999).

En los dos grupos se encontraron pacientes con antecedentes familiares de cáncer infiriendo que, a pesar de que han estado en contacto con este

padecimiento, la cultura del cuidado personal, la prevención y el diagnóstico oportuno no han impactado en forma significativa como estímulo residual en la población de estudio.

El modo fisiológico, de acuerdo al esquema de Roy (1999) modificado en este caso, se valoró de acuerdo a las necesidades corporales básicas y las formas de hacer frente a la adaptación en lo que se refiere a oxígeno, nutrición, eliminación de orina y heces, actividad, descanso y protección así como los procesos complejos, en el cual se evaluaron los sentidos.

En lo referente a ganas de hacer las cosas, relacionada con fatiga, agotamiento y la depresión como efectos colateral de los fármacos quimioterapéuticos referidas por Reeves- Roux, (2001) como sintomatología que acompaña el tratamiento, se observó su presencia en los dos grupos, sin embargo los pacientes hospitalizados se vieron más afectados en relación a los ambulatorios.

De los siguientes síntomas, referidos por Reeves – Roux (2001) y Langhome (2002) como efectos colaterales al tratamiento de quimioterapia, tuvieron cólicos, diarrea, estreñimiento e inflamación en mayor frecuencia los pacientes hospitalizados.

La disminución del apetito, o anorexia que refiere Berry (1998) como alteración gastrointestinal fue mayor su frecuencia en el grupo hospitalizado, por otro lado, aumento del apetito y pérdida de peso se caracterizó como mayor en los pacientes ambulatorios sobre los hospitalizados.

En estos dos últimos aspectos, que son, disminución del apetito y pérdida de peso quienes conservaron más la integridad fisiológica fueron los pacientes ambulatorios, siendo este resultado muy benéfico para la recuperación de los mismos al tratamiento.

En lo que respecta al sentido del gusto y alteración en la percepción de los sabores, referido por Berry (1998) como consecuencia de estomatitis, se presentó en forma similar en los dos grupos.

Disminución en la percepción de los olores se presentó menos en los pacientes ambulatorios. Reeves – Roux (2001) refirió esta sintomatología como consecuencia tóxica de los medicamentos oncológicos.

Como efectos colaterales comunes de la quimioterapia, se presenta insomnio y pesadillas de acuerdo a lo referido por Reeves – Roux (2001), en este aspecto, las características del sueño de los pacientes fue en un mayor porcentaje, intranquilo para los hospitalizados y sueño angustioso lo presentaron levemente mayor el grupo ambulatorio. Estos resultados apoyan lo escrito por Reeves – Roux (2001) pero por otra parte, cabría destacar que el dormir en su casa, dentro del entorno familiar, favorece el sueño apacible y reparador.

Respecto al número de ocasiones en que el paciente tomó alimento durante el día, la mayor frecuencia en ambos grupos fue dos veces al día.

Smith y Duell (1992) refieren que la disponibilidad de alimentos sanos y frescos, así como de agua limpia, constituyen elementos esenciales en la recuperación de los pacientes, por lo que debe planearse y asegurarse su abastecimiento en cantidades adecuadas, cuidando la ingestión del número correcto de nutrientes que favorezcan el bienestar y recuperación del paciente.

Para mejorar este aspecto, Reeves - Roux (2001) sugieren la conveniencia de administrar oportunamente los medicamentos antieméticos necesarios, se cuiden las características de los alimentos y el entorno del paciente para favorecer la ingestión dietética.

A los pacientes de ambos grupos la quimioterapia les representó no cumplir con las funciones de rol en forma importante. En este sentido Numah y colaboradores (1999) refieren que la severidad de la enfermedad y el tratamiento

tuvieron una fuerte asociación con la respuesta bio – psico – social y que deberían considerarse estos aspectos como estímulos que influyen en la respuesta adaptativa.

El autoconcepto que Roy (1999) define como el conjunto de opiniones y sentimientos que la persona tiene sobre sí mismo en un momento determinado, se midió aplicando los reactivos propuestos por Coopersmith en su inventario de autoestima.

De acuerdo a los resultados en ambos grupos se observó que la mayoría de los pacientes estuvo en el rango normal, pero sí se encontraron con afectación leve en ambos grupos.

En los dos grupos no se encontraron casos en la categoría de afectación grave de la autoestima.

### **4.3 Conclusiones**

El modelo de adaptación de Callista Roy se encontró útil porque valida los conceptos teóricos para determinar la adaptación del paciente oncológico en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.

En los estímulos focales, los pacientes ambulatorios tuvieron menor presencia de efectos secundarios en comparación con los hospitalizados, situación que estuvo determinada en la disminución de la náusea, vómito, diarrea, cambios en la temperatura, eritema, cambios en la presión arterial y el pulso.

Los pacientes de los dos grupos, en su mayoría, consideraron que la enfermera siempre estuvo dispuesta cuando requirió de su atención además de brindarle orientación para disminuir los malestares propios de la quimioterapia

proporcionando orientación a la familia sobre los aspectos que conlleva el tratamiento, por lo que se puede concluir que la enfermera está capacitada para brindar atención adecuada y que además proporciona los cuidados sin hacer diferencias entre los dos grupos.

En el estímulo contextual el olor ambiental produjo un efecto adverso en los pacientes hospitalizados, la iluminación, ventilación, el espacio y la privacidad fueron percibidos como aceptables por los pacientes de los dos grupos.

Los pacientes ambulatorios realizaron sus actividades familiares durante el tratamiento, mientras que los pacientes hospitalizados no las realizaron por estar ingresado en un medio nosocomial. Los pacientes ambulatorios convivieron con su familia durante el tratamiento, negando la oportunidad al otro grupo por el esquema de hospitalización al que debieron someterse.

En relación al tiempo que el paciente oncológico debe permanecer en el hospital para recibir su tratamiento, los ambulatorios se concentraron en el rango de cero a tres horas, y el total de pacientes hospitalizados deben invertir más de 12 horas de su tiempo en recibir la misma terapéutica.

Respecto a los estímulos residuales, los pacientes de los dos grupos no tenían conocimientos previos del cáncer, no sabían como prevenirlo, ni el tratamiento del mismo, lo que interfiere con la adaptación así como en la realización de un diagnóstico temprano y la implementación de la cultura de la prevención.

Se logró el objetivo particular de identificar el modo fisiológico de adaptación en los pacientes ambulatorios y hospitalizados al reconocer que los pacientes ambulatorios tuvieron menos afectación en el modo fisiológico por la presencia de signos y síntomas que midieron este aspecto.



De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de la prueba de Chi cuadrada las variables que caracterizaron a los grupos en el modo fisiológico son la debilidad, la disminución en las ganas de hacer las cosas, la alteración en el esquema del sueño y alteración temporal en el gusto, presentando un mayor nivel de significancia en el grupo hospitalizado.

Por lo que estos datos comprueban la hipótesis concluyendo que los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria se adaptan más en el modo fisiológico en comparación a los hospitalizados.

En el modo de la representación de rol, se planteó el objetivo específico de determinar la adaptación a la quimioterapia ambulatoria y hospitalizada, logrando cumplirlo a través de las siguientes conclusiones.

Las variables que caracterizaron a los dos grupos de acuerdo a los resultados de la prueba estadística de Chi cuadrada fueron la falta de convivencia con la familia y el brindar seguridad a la misma mientras recibían su tratamiento, encontrando más afectados a los pacientes hospitalizados.

En cuanto al objetivo específico de conocer la respuesta adaptativa en el modo de autoconcepto, se observó afectación en los pacientes ambulatorios, esto probablemente se deba a que a pesar de que el esquema de tratamiento les permite realizar sus actividades cotidianas, los pacientes se sienten presionados por el tipo de patología que padecen.

Se concluye que en el modo fisiológico y en el modo de la representación de rol los pacientes en quimioterapia ambulatoria se adaptan más que los hospitalizados, por lo tanto se cumplieron los objetivos y se comprobó la hipótesis, sin embargo es necesario que el paciente refuerce el autoconcepto apoyado por la enfermera, revisando y analizando los aspectos que conllevan el fortalecimiento del mismo.

### **4.3 Sugerencias**

De acuerdo a los hallazgos se considera pertinente continuar con el estudio dando mayor atención a las intervenciones de los profesionales de enfermería para modificar los estímulos focales y contextuales para favorecer en lo posible la adaptación de los pacientes oncológicos en quimioterapia.

En virtud de la afectación fisiológica que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes hospitalizados, así como la mayor afectación en las funciones de rol, y con el objetivo de lograr una mejor adaptación de los pacientes, se sugiere considerar al esquema de tratamiento ambulatorio en lo posible y como primera opción.

Implementar acciones del equipo de salud que fortalezca el autoconcepto de los pacientes oncológicos en quimioterapia y pueda lograrse una mejor adaptación, incluyendo apoyo emocional, reforzamiento de la autoestima y elaboración de duelos.

Se requiere intensificar las campañas de educación para la salud en la población en general, sobre todo en lo referente a la difusión de los factores de riesgo para el cáncer, como medida de prevención, en la cultura del autocuidado que permita un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno

Es necesario fortalecer la relación enfermera paciente como parte sustancial de los estímulos focales para facilitar la transacción entre las demandas del medio ambiente externo y las respuestas de los pacientes en quimioterapia.

Para el Centro Estatal de Atención Oncológica se sugiere dar mantenimiento a las condiciones físicas del espacio para favorecer la adaptación al medio ambiente hospitalario, de los pacientes oncológicos en quimioterapia y favorecer el tratamiento ambulatorio como una medida en la contención de costos

tanto para el paciente como para la institución, que de esta forma optimizaría sus recursos humanos y materiales, así como la capacidad instalada.

## V. BIBLIOGRAFÍA

- Aparicio U.J. – Díaz B. 2002. ¿Cuál es la duración óptima de la quimioterapia paliativa en los pacientes con cáncer avanzado?. Revista Oncología, Volumen 4 N° 9 pp. 471 – 475
- Barroso. A María del Carmen. 2000 Escalas de Evaluación de la Neurotoxicidad por la Quimioterapia antineoplásica. Revista Cubana de Oncología. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.pp. 64-65
- Berry – Konh. 1998. Técnicas quirúrgicas Octava edición México, DF. McGraw – Hill editores.
- Barquín M. 2003. Dirección de Hospitales. Sistemas de atención médica. 7ª Edición. Editorial Interamericana. México, D.F.
- Belcher Ann. American Cancer Society, 1999. United State of America
- Bricker T. 2002. Quimioterapia del Cáncer. Editorial Salvat, Barcelona España. Tercera Edición.
- Bonadonna G., Robustelli G. 1993. Manual de Oncología Médica, 2ª edición, Editorial Mason, Milán Italia.
- Brunner y Suddarth. 1998. Enfermería Médico – Quirúrgica. 8ª Edición McGraw – Hill Interamericana, México.
- Blue- Brubaker.1997. En Marriner - Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería. 2ª edición. Editorial Hartcout – Brace. España p. 246-260.
- Calabresi A,P. 1999. Medical Oncology, 3ª edición. Editorial Mc Graw Hill.

- Canales H.F. 2002 Metodología de la Investigación. "Manual para el desarrollo de personal de salud", 18ª Reimpresión de la 2ª Edición, Editorial Uthea.
- Código – Guía Bioética de Conducta Profesional. 2001. Comisión Nacional de Bioética. SSA. México.
- CONAMED. 2001. Carta de los Derechos Generales de los pacientes. México.
- Díaz R. 1988. Monografías Clínicas en Oncología, efectos secundarios de la Quimioterapia antineoplásica. Editorial Doyma. Barcelona España.
- Díaz Oviedo A. 2002. Aplicabilidad del modelo de adaptación de Callista Roy. Rev. Desarrollo Científico de Enfermería; 10(5): 147-149.
- Dúran Dangod Henry. 1998. Quimioterapia, Manual de procedimientos y toxicidades. México, DF. Novartis.
- Ducharme, F. 1998. Empirical Testing of longitudinal model derived from the Roy Adaptation Model. Rev. Nursing Science Quarterly: Theory, research and practice, Chesnut House, publications: 4 (11)149-159.
- Flores, B. Candel.S. Ayala, F, T. García y J. L. Aguayo. 2003. Dispositivos de acceso venoso totalmente implantables para quimioterapia. Resultados y complicaciones. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. España. Cir Esp. Vol.73, N° 5. pp. 588 – 591.
- Gerson R. Serrano O. Diaz A., Villalobos A. (1997) "Alteraciones en la tensión arterial que sufren pacientes oncológicos como resultado de la Infusión de cisplatino". Revista Medica del Hospital General de México, jul-sep1998, Vol. 61, Fascículo

Graves – Pruener. 1991. New methods of chemotherapy Administration – selected routes. Journal of pharmacy practice, vol. IV, N° 1.

González, B.M. (2002) El papel de la quimioterapia en el tratamiento paliativo integrado del cáncer. Hospital Universitario “La Paz”, Universidad Autónoma de Madrid. Revista Oncología, Volumen 4, N° 9 – P. 469 -70.

Langhorne M. Otto E.S. 2002. Enfermería Oncológica. Editorial Mosby Hartcut – Brace. Madrid, España.

Lara Cantú M. Verduzco A. 1993. Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima Coopersmith para adultos en población mexicana. Revista Latinoamericana de Psicología, volumen 25 N° 2, pp 247-255.

Lucendo V.A. Noci B. J. 2004. Prevención y tratamiento de extravasaciones de quimioterapia intravenosa. Revista de Enfermería Clínica, volumen 14 N°2, pp.122 – 127.

Marriner – Tomey. 2003. Modelos y Teorías en Enfermería. Quinta edición. Madrid, España. Harcourt Brace.

Nuamah, I.F. Cooley, M.E. Fawcet, J. McCorkle, R. 1999. Testing a Theory for a health – related quality of life in cancer patients: a structural equation approach. Center for Advancing Care in Serious Illness. University of Pennsylvania. Philadelphia. U.S.A.

Phillips, K.D. 2003. En Marriner – Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería. Quinta Edición. Editorial Hartcut Brace. Madrid España.

Polit – Hungler. 2000. Investigación Científica en Ciencias de la salud. 6a Edición México, DF. McGraw Hill – Interamericana.

Reeves – Roux – Lockhart. 2001. Enfermería médico – quirúrgica. Editorial Mc Graw – Hill interamericana. Edición. Colombia.

Roy, Callista - Anderws Heather. 1999. Roy Adaptación Model. Apleton and Lange Editores. Stanford, The United States of América.

Samarel N. Fawcet, J. Tulman, L. 1999. A resourse kit for woman with breast cancer: development and evaluation. Oncology Nursing Forum. Vol.26. N°3 pp. 611 – 618.

Smith, S.- Duell, J.Donna. 1992. Enfermería Básica y Clínica. Editorial Manual Moderno México, D.F.

Secretaria de Salud. 2003. Dirección General de Información en Salud, SAEH. Sistema Nacional de Salud. México.

Secretaría de Salud de Michoacán. 2004. Anuario estadístico 2003.

S.S.M. 2004. Centro Estatal de Atención Oncológica, Departamento de estadística.

Sims Deltec. 1998. Porth – a – cath, vascular access system, instructions for use. México, DF. PISA laboratorios.

Volkow y colaboradores. 1999. Experiencia en el Instituto nacional de Cancerología con Infusores para quimioterapia ambulatoria a través de un catéter de permanencia prolongada. INCAN. Vol. 40, número 2 Abril – Junio 1999.

## **APÉNDICE**



## Apéndice 6.1

### ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>		<b>Página</b>
1A	Tabla de contingencia y gráfica presenta debilidad y grupo.	112
1B	Tabla de contingencia y gráfica ganas de hacer las cosas y grupo.	113
1C	Tabla de contingencia y gráfica sueño a todas horas y grupo.	114
1D	Tabla de contingencia y gráfica pérdida del gusto y grupo.	115
1E	Tabla de contingencia y gráfica convive con su familia y grupo.	116
1F	Tabla de contingencia y gráfica brinda seguridad a su familia y grupo.	117
2	Correlaciones del estímulo focal en los pacientes ambulatorios.	118
3	Correlaciones del estímulo focal en los pacientes hospitalizados.	121
4	Correlaciones del estímulo contextual en los pacientes ambulatorios.	124
5	Correlaciones del estímulo contextual en los pacientes hospitalizados.	125
6	Correlaciones del estímulo residual en los pacientes ambulatorios.	126
7	Correlaciones del estímulo residual en los pacientes hospitalizados.	126
8	Correlaciones del modo fisiológico en los pacientes ambulatorios.	128
9	Correlaciones del modo fisiológico en los pacientes hospitalizados.	133

- |    |   |     |
|----|---|-----|
| 10 | Correlaciones del modo de la representación de rol en los pacientes ambulatorios.   | 139 |
| 11 | Correlaciones del modo de la representación de rol en los pacientes hospitalizados. | 140 |



## Apéndice 6.2

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA



### Cuestionario para pacientes de quimioterapia que se administra en el Centro Estatal de Atención Oncológica, (CEAO) Morelia, Mich.

El presente cuestionario tiene como propósito, recabar información para llevar a cabo un estudio relacionado con la adaptación de los pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria y hospitalizada.

La información que aquí se maneje será confidencial y su único fin es el buscar mejores condiciones para el tratamiento.

#### Instrucciones:

Anote o subraye lo que a continuación se le solicita, agradecemos de antemano su colaboración.

#### DATOS GENERALES:

Sexo: H  M

Edad: \_\_\_\_\_ Años.

Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado

Nivel de escolaridad: Primaria incompleta  Primaria completa  Secundaria   
Preparatoria  Profesional  Analfabeta.

Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de Residencia \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

#### PREGUNTAS.-

Antes de que usted se enfermara:

- 1.- ¿Tenía conocimientos del cáncer? ( ) Si ( ) No
- 2.- ¿Sabía como prevenir el cáncer? ( ) Si ( ) No
- 3.- ¿Sabía cual es el tratamiento para el cáncer? ( ) Si ( ) No
- 4.- ¿En su familia algún miembro ha padecido cáncer? ( ) Si ( ) No

5.- Mientras esta recibiendo su tratamiento, sus actividades familiares las realiza:

- a).- Sin dificultad.
- b).- Con dificultad
- c).- No las realiza

6.- Mientras esta recibiendo su tratamiento, sus actividades laborales las realiza:

- a).- Sin dificultad.
- b).- Con dificultad
- c).- No las realiza

7.- Mientras esta recibiendo su tratamiento, sus actividades con amigos las realiza:

- a).- Sin dificultad.
- b).- Con dificultad
- c).- No las realiza

8.- El olor ambiental que percibe mientras esta recibiendo su tratamiento, le es:

- a).- Agradable.
- b).- Molesto.
- c).- Le es indiferente

El espacio físico donde recibe su tratamiento, es en cuanto a:

- 9.- Iluminación, ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo
- 10.- Ventilación, ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo
- 11.- Privacidad, ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo
- 12.- Espacio ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo
- 13.- Limpieza. ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo

14.- ¿Cuántas veces le han aplicado quimioterapia?

- a).- de 0 a 5 veces.
- b).- de 6 a 10 veces
- c).- de 11 a 15 veces.
- d).- de 16 y más.

15.- Cuanto tiempo permanece en el hospital para recibir su tratamiento de quimioterapia.

- a).- De 0 a tres horas diarias.
- b).- De 4 a 6 horas diarias.
- c).- De 6 a 12 horas diarias.
- d).- Más de 12 horas.

Cuando se le ministra la quimioterapia usted presenta:

Síntoma	Si	No
16.- Náusea		
17.- Elevación de la temperatura		
18.- Vómito		
19.- Deshidratación		
20.- Diarrea		
21.- Edema		
22.- Eritema		
23.- Petequias,		
24.- Vesículas en la piel		
25.- Ha tenido síntomas de presión alta o baja		
26.- Síntomas de alteración cardiaca. (pulso)		

El personal de Enfermería del C.E.A.O.

	Si	No
27.- Le explico en que consiste su tratamiento.		
28.- Da respuesta a sus dudas		
29.- La da ánimo para continuar		
30.- Se muestra indiferente hacia usted.		
31.- Le trata como una persona especial		
32.- Siempre esta dispuesta cuando usted la necesita		
33.- Le orienta para disminuir sus malestares		
34.- Platica con su familia para orientarles.		

Mientras recibe su tratamiento de quimioterapia, ¿usted presenta?

Síntoma	Sí	No
35.- Debilidad		
36.- Ganas de hacer las cosas		
37.- Sueño a todas horas		
38.- Cólicos		
39.- Diarrea		
40.- Estreñimiento		
41.- Inflamación		
42.- Aumento del apetito		
43.- Disminución del apetito		
44.- Aumento de peso		
45.- Pérdida de peso		
46.- Moretones		
47.- Hormigueo en manos y pies		
48.- Falta de aire		
49.- Dificultad para respirar		
50.- Aumento en la temperatura corporal		
51.- Disminución en la temperatura corporal		
52.- Visión borrosa		
53.- Disminución temporal de la visión		
54.- Zumbido de oídos		
55.- Disminución temporal de la audición		
56.- Aumento en la sensibilidad auditiva		
57.- Alteración en el gusto		
58.- Pérdida temporal en el gusto		
59.- Disminución en la percepción de los olores		
60.- Disminución de la percepción al tacto		
61.- Mayor sensibilidad al tocar las cosas		
62.- Dolor		

63.- ¿Cuanto tiempo duerme mientras esta recibiendo su tratamiento de quimioterapia?

- a).- de 1 a 3 horas.
- b).- de 4 a 6 horas.
- c).- de 7 a 9 horas.
- d).- 10 o más horas.

64.- ¿El sueño que disfruta es.....

- a).- Apacible.
- b).- Reparador.
- c).- Intranquilo.
- d).- Angustioso

65.- ¿Cuántas veces toma alimento al día?

- a).- Una vez
- b).- Dos veces
- c).- Tres veces
- d).- Cuatro o más veces.

66.- ¿Mientras recibe su tratamiento, convive con su familia? ( ) Sí ( ) No

67.- ¿Le preocupa su familia mientras recibe su tratamiento? ( ) Sí ( ) No

68.- ¿La quimioterapia altera sus actividades familiares? ( ) Si ( ) No

69.- ¿La quimioterapia altera sus relaciones en la familia? ( ) Si ( ) No

70.- ¿La quimioterapia altera sus relaciones en el trabajo? ( ) Si ( ) No

La quimioterapia le altera las funciones en su familia de:

71.- Proveer ( ) Si ( ) No

72.- Cuidar la educación de los hijos ( ) Si ( ) No

73.- Dar seguridad a la familia ( ) Si ( ) No

74.- ¿Desempeña algún cargo social en su comunidad? ( ) Si ( ) No

75.- ¿La quimioterapia le impide desempeñar este cargo? ( ) Si ( ) No

76.- ¿Considera que la quimioterapia mejorará su salud? ( ) Si ( ) No

77.- A partir de que está recibiendo el tratamiento de quimioterapia.  
¿Ha modificado su conducta? ( ) Si ( ) No

Reciba nuestro agradecimiento por su valiosa colaboración.

### Apéndice 6.3



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERETARO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
 División de Estudios de Posgrado  
**Inventario de Autoestima**  
 (Coopersmith 1993 para el Adulto, AC)



\_ / \_ / \_

**Instrucciones:** Por favor marque cada oración de la siguiente manera:  
 Si la oración representa como te sientes siempre, pon una cruz (X) en el Si.  
 Si la oración No representa como te sientes, pon una cruz (X) en el No  
 Si eres muy trabajador marca Si.  
 Si no eres muy trabajador marca No  
 Ejemplo:

PREGUNTA	Si	No
Soy muy trabajador	X	

**No hay respuesta Ni Buenas, Ni Malas.**

PREGUNTA	Si	No
1. Los problemas en general me afectan muy poco		
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público		
3. Si pudiera cambiara muchas cosas de mi		
4. Puedo tomar una decisión fácilmente		
5. Soy una persona simpática		
6. En mi casa me enoja fácilmente		
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo		
8. Soy popular entre las personas de mi edad		
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos		
10. Me doy por vencido (a) muy fácilmente		
11. Mi familia espera demasiado de mí		
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy		
13. Mi vida es muy complicada		
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas		
15. Tengo mala opinión de mi mismo		
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa		
17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo		
18. Soy menos guapo (bonita) que la mayoría de la gente		
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo		
20. Mi familia me comprende		
21. Los demás son mejor aceptados que yo		
22. Siento que mi familia me presiona		
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago		
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona		
25. Se puede confiar muy poco en mí		

## Apéndice 6.4

### Forma de calificar el Inventario de Autoestima de Coopersmith

Estado de la Valoración	
Estado	Puntos
Normal	0 a 10
Leve	11 a 20
Grave	21 o más

Fuente: Forma para calificar el inventario de autoestima Coopersmith

Las preguntas 1, 5, 7, 9, 19, 21. La respuesta No se les otorga un punto.  
Las demás preguntas deben de ser contestadas Sí para que se les otorgue un punto.



**Apéndice 6.5**

**Operacionalización de variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL (ROY)	DEFINICIÓN NOMINAL	INDICADORES.
<b>Estímulo focal</b>	Es el grado de modificación o de estímulo al que se enfrenta la persona de una forma inmediata, hacia el que desarrolla una respuesta adaptativa, es decir, el factor que precipita la conducta.	Es el tratamiento de quimioterapia, los aspectos evaluados son el diagnóstico médico, cuadro clínico, y las intervenciones de enfermería.	<p>Diagnóstico médico.</p> <p>Cuadro clínico.- Presenta náusea, vómito, elevación de la temperatura, deshidratación, diarrea, edema, eritema, petequias, vesículas en la piel, cambios en la presión arterial y pulso.</p> <p>Intervenciones de enfermería:                      ↳ El personal de Enfermería del C.E.A.O.:                      Le explico en que consiste su tratamiento.                      Da respuesta a sus dudas                      La da animo para continuar.                      Se muestra indiferente hacia usted.                      Le trata como una persona especial                      Siempre esta dispuesta cuando usted la necesita.                      Le orienta para disminuir sus malestares                      Platica con su familia para orientarles.                      No le sabe contestar sus dudas.</p>
<b>Estímulo contextual</b>	Son todos los demás estímulos presentes que contribuyen a la conducta que se ocasiona o precipita por medio del estímulo focal.	Para este estudio se determina el estímulo contextual lo que se refiere a recibir el tratamiento en forma ambulatoria y hospitalizada, es decir si el paciente oncológico se ubica en el contexto hospitalario o en su hogar.	<p>Cuanto tiempo permanece en el hospital para recibir su tratamiento.</p> <p>El espacio físico donde recibe su tratamiento, como es en cuanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Iluminación</li> <li>- Ventilación</li> <li>- Privacidad</li> <li>- Espacio</li> <li>- limpieza.</li> </ul>

			<p>El olor del ambiente que percibe mientras recibe su tratamiento, le es: Agradable, molesto, indiferente</p> <p>Mientras recibe el tratamiento, usted realiza sus actividades normales con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La familia</li> <li>- Amigos</li> <li>- Trabajo</li> </ul> <p>¿Cuántas veces le han aplicado quimioterapia?</p>
<b>Estímulo residual</b>	Son los factores que pueden afectar a la conducta, como son las creencias, actitudes y rasgos que un individuo desarrolló en el pasado pero afectan la respuesta actual	Son los antecedentes familiares de cáncer, conocimientos previos sobre el cáncer, su prevención y tratamiento	<p>En su familia ¿ ha habido enfermos de cáncer?</p> <p>Antes de que usted se enfermara: ¿Tenía conocimientos del cáncer? ¿Sabía como prevenir el cáncer? ¿Sabía cual es el tratamiento para el cáncer?</p>
<b>Modo fisiológico.</b>	Se refiere a los requerimientos corporales básicos y las formas de la adaptación el lo referente a fluidos y electrolitos corporales, ejercicio y descanso, eliminación, nutrición, regulación de oxígeno y circulación, regulación de los sentidos, temperatura y regulación endócrina.	En el paciente oncológico en quimioterapia se valora de acuerdo a las necesidades corporales básicas y las formas de hacer frente a la adaptación en lo que se refiere a ejercicio, descanso, eliminación de orina y heces, nutrición, circulación, oxígeno, temperatura corporal y los sentidos.	<p>.- Mientras recibe su tratamiento de quimioterapia, ¿presenta alguno de los siguientes síntomas?</p> <p>Debilidad, Cansancio, Ganas de hacer las cosas, Sueño a todas horas, Insomnio, Pesadillas, Cólicos, Diarrea, Estreñimiento, Alteraciones al orinar, Inflamación, Aumento del apetito, Disminución del apetito, Aumento de peso, Disminución de peso, Dificultad para respirar, Falta de aire, Hormigueo en manos y pies, Moretones, Visión borrosa, Disminución temporal de la visión, Zumbido de oídos, Disminución temporal de la audición, Aumento en la sensibilidad auditiva., Alteración en el gusto, Pérdida temporal del gusto,</p>

			<p>Disminución en la percepción de los olores., Mayor sensibilidad en la percepción de los olores, Disminución de la percepción al tacto, Mayor sensibilidad al tocar las cosas.</p> <p>¿Cuánto tiempo duerme? Su sueño es: Apacible, reparador, intranquilo o angustioso.</p> <p>¿Cuántas veces toma alimento al día?</p>
<b>Modo del autoconcepto</b>	<p>Es el conjunto de opiniones y sentimientos que la persona tiene sobre sí mismo en un momento determinado. El autoconcepto se integra a partir de las percepciones, en forma particular de las reacciones de los demás y dirige la propia conducta.</p>	<p>Para este trabajo, se realiza una analogía del autoconcepto con la autoestima, entendiéndola como la evaluación que hace y mantiene constantemente la persona, en relación con ella misma; expresa una actitud de aprobación o rechazo e indica el grado en que la persona se siente capaz , significativo, exitoso y valioso.</p>	<p>Se utiliza el Inventario de Autoestima de Coopersmith 1981 para el adulto, A.C.</p>
<b>Modo de la representación del rol</b>	<p>Es la realización de las obligaciones basándose en las posiciones sociales. La forma en que uno representa un papel depende de la interacción de cada uno con el otro en una situación determinada.</p>	<p>En este estudio se considero que el paciente oncológico en quimioterapia desempeña como papel principal el ser hombre o mujer, relacionándolo con la edad. En el papel secundario se delimitan dos aspectos, el primero en relación al estado que guarda en la familia, si es padre, madre o hijo y cumple con las obligaciones en cuanto a ser proveedor, cuidar la educación de los hijos y brindar seguridad a la familia; el segundo el estado</p>	<p>¿Mientras recibe su tratamiento, convive con su familia? ¿Le preocupa su familia mientras recibe su tratamiento? ¿La quimioterapia altera sus actividades familiares? ¿ La quimioterapia altera sus relaciones en la familia? ¿La quimioterapia altera sus relaciones en el trabajo? ¿La quimioterapia le altera la función de: Proveer, cuidar la educación de los hijos, dar seguridad a la familia? ¿Debido a sus obligaciones ocupacionales y familiares, desempeña</p>

		<p>ocupacional que guarda.</p> <p>Los papeles terciarios emanan de los secundarios, entonces se valora si a partir del estatus familiar y ocupacional se desempeñan cargos adicionales.</p>	<p>algún cargo en la sociedad?</p> <p>¿La quimioterapia le impide desempeñar este cargo?</p>
--	--	---	--

**Apéndice 6.6**  
**Tabla 1A**

**TABLA DE CONTINGENCIA: PRESENTA DEBILIDAD Y GRUPO**

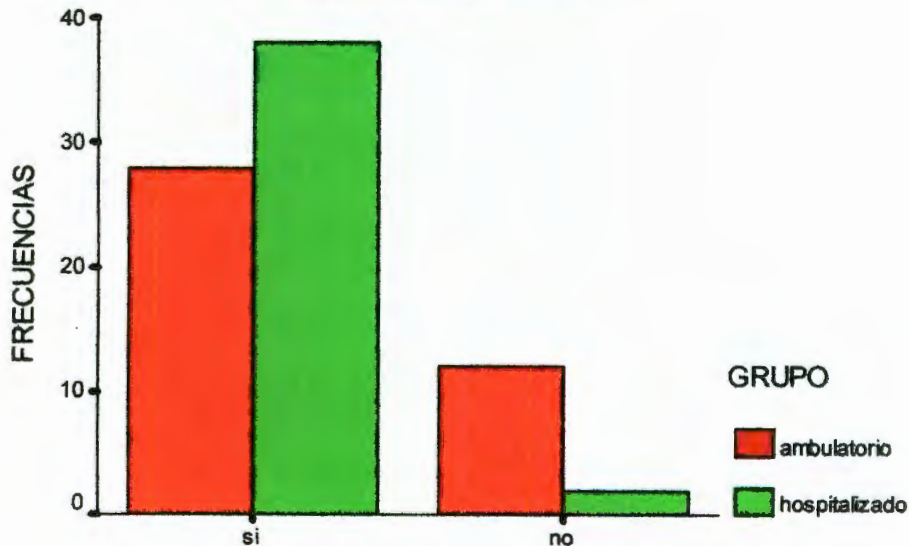
		GRUPO		Total
		ambulatorio	hospitalizado	
si	N	28	38	66
	% en debilidad	42.4%	57.6%	100.0%
	% en grupo	70.0%	95.0%	82.5%
	% del total	35.0%	47.5%	82.5%
no	N	12	2	14
	% en debilidad	85.7%	14.3%	100.0%
	% en grupo	30.0%	5.0%	17.5%
	% del total	15.0%	2.5%	17.5%
Total	N	40	40	80
	% en debilidad	50.0%	50.0%	100.0%
	% en grupo	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%

Fuente: Cuestionarios aplicados de Mayo- Agosto del 2004 en el CEAO.

**Gráfica 1A**

MIENTRAS RECIBE SU TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA

UD. PRESENTA DEBILIDAD ?



Fuente: Cuadro número 1A

**Tabla 1B**

**TABLA DE CONTINGENCIA: GANAS DE HACER LAS COSAS Y GRUPO**

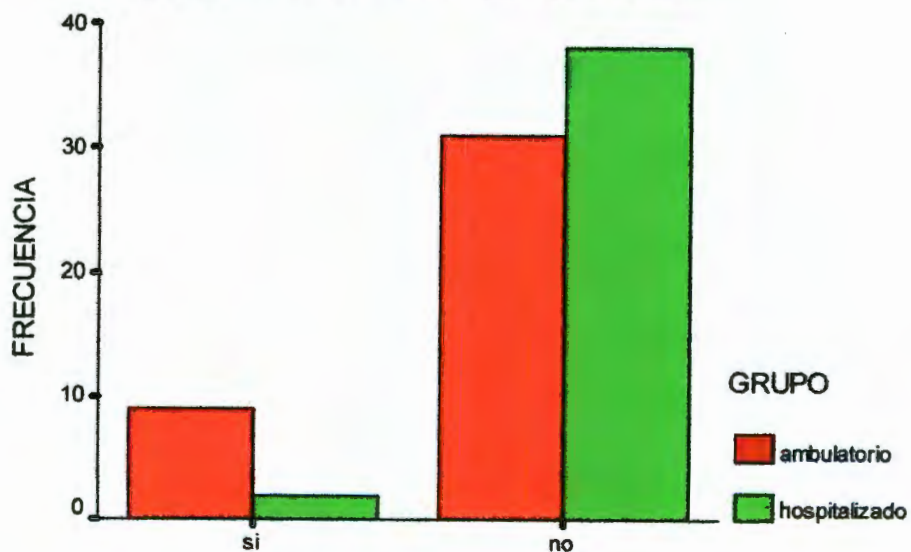
		GRUPO		Total
		ambulatorio	hospitalizado	
si	N	9	2	11
	% en ganas	81.8%	18.2%	100.0%
	% en grupo	22.5%	5.0%	13.8%
	% del total	11.3%	2.5%	13.8%
no	N	31	38	69
	% en ganas	44.9%	55.1%	100.0%
	% en grupo	77.5%	95.0%	86.3%
	% del total	38.8%	47.5%	86.3%
Total	N	40	40	80
	% en ganas	50.0%	50.0%	100.0%
	% en grupo	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%

Fuente: Cuestionarios aplicados de Mayo- Agosto del 2004 en el CEAO

**Gráfica 1B**

**MIENTRAS RECIBE SU TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA**

**UD. PRESENTA GANAS DE HACER LAS COSAS ?**



Fuente: Cuadro número 1B



**Tabla 1C**

**TABLA DE CONTINGENCIA: SUEÑO A TODAS HORAS Y GRUPO**

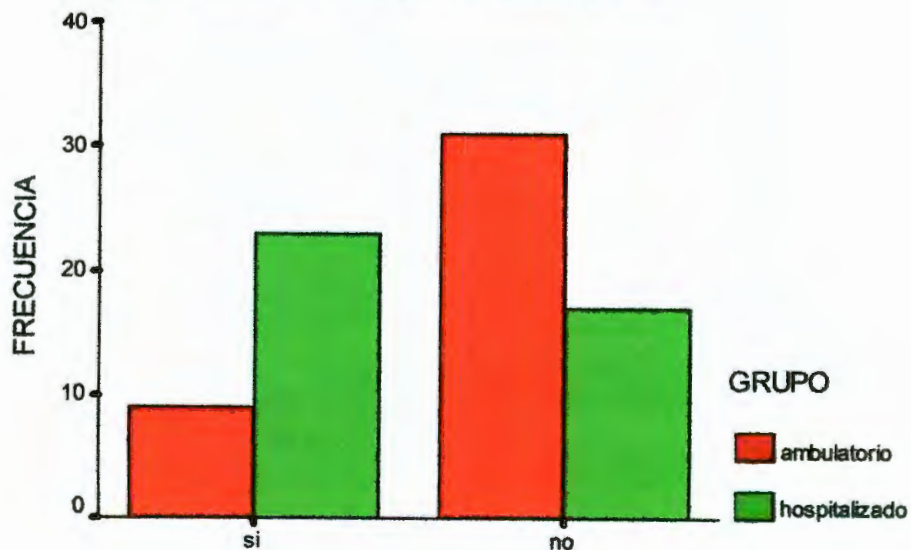
		GRUPO		Total
		ambulatorio	hospitalizado	
si	N	9	23	32
	% en sueño	28.1%	71.9%	100.0%
	% en grupo	22.5%	57.5%	40.0%
	% del total	11.3%	28.8%	40.0%
no	N	31	17	48
	% en sueño	64.6%	35.4%	100.0%
	% en grupo	77.5%	42.5%	60.0%
	% del total	38.8%	21.3%	60.0%
Total	N	40	40	80
	% en sueño	50.0%	50.0%	100.0%
	% en grupo	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%

Fuente: Cuestionarios aplicados de Mayo- Agosto del 2004 en el CEAO

**Gráfica 1C**

**MIENTRAS RECIBE SU TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA**

**UD. PRESENTA SUEÑO A TODAS HORAS ?**



Fuente: Cuadro número 1C

**Tabla 1D**

**TABLA DE CONTINGENCIA: PERDIDA DEL GUSTO Y GRUPO**

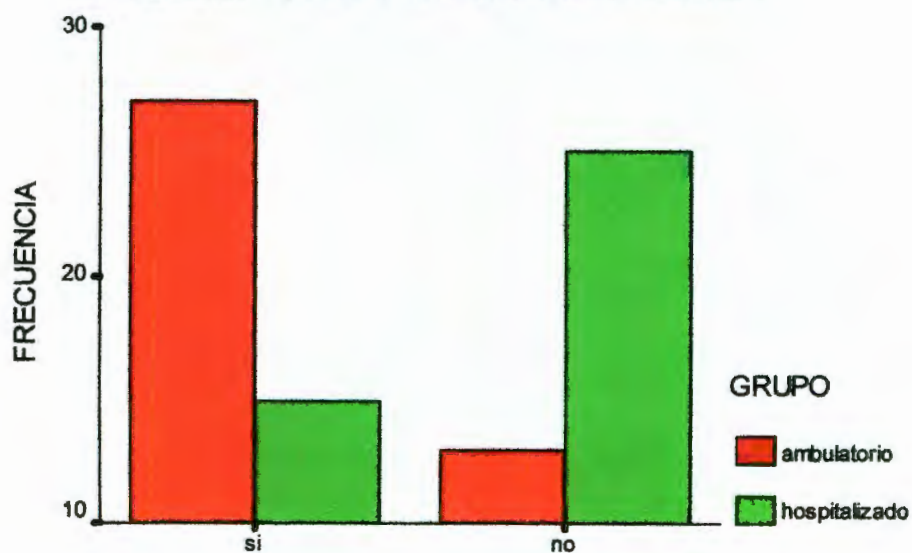
		GRUPO		Total
		ambulatorio	hospitalizado	
si	N	27	15	42
	% en gusto	64.3%	35.7%	100.0%
	% en grupo	67.5%	37.5%	52.5%
	% del total	33.8%	18.8%	52.5%
no	N	13	25	38
	% en gusto	34.2%	65.8%	100.0%
	% en grupo	32.5%	62.5%	47.5%
	% del total	16.3%	31.3%	47.5%
Total	N	40	40	80
	% en gusto	50.0%	50.0%	100.0%
	% en grupo	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%

Fuente: Cuestionarios aplicados de Mayo- Agosto del 2004 en el CEAO

**Gráfica 1D**

**MIENTRAS RECIBE SU TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA**

**UD. PRESENTA PERDIDA TEMPORAL EN EL GUSTO ?**



Fuente: Cuadro número 1D



**Tabla 1E**

**TABLA DE CONTINGENCIA: CONVIVE CON SU FAMILIA Y GRUPO**

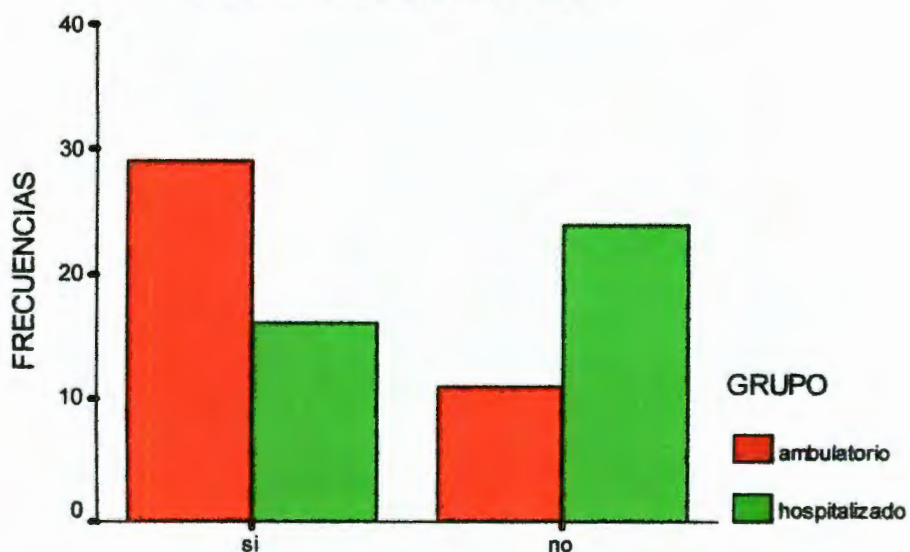
		GRUPO		Total
		ambulatorio	hospitalizado	
si	N	29	16	45
	% en convivencia	64.4%	35.6%	100.0%
	% en grupo	72.5%	40.0%	56.3%
	% del total	36.3%	20.0%	56.3%
no	N	11	24	35
	% en convivencia	31.4%	68.6%	100.0%
	% en grupo	27.5%	60.0%	43.8%
	% del total	13.8%	30.0%	43.8%
Total	N	40	40	80
	% en convivencia	50.0%	50.0%	100.0%
	% en grupo	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%

Fuente: Cuestionarios aplicados de Mayo- Agosto del 2004 en el CEAO

**Gráfica 1E**

**MIENTRAS RECIBE SU TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA**

**UD. CONVIVE CON SU FAMILIA ?**



Fuente: Cuadro número 1E

**Tabla 1F**

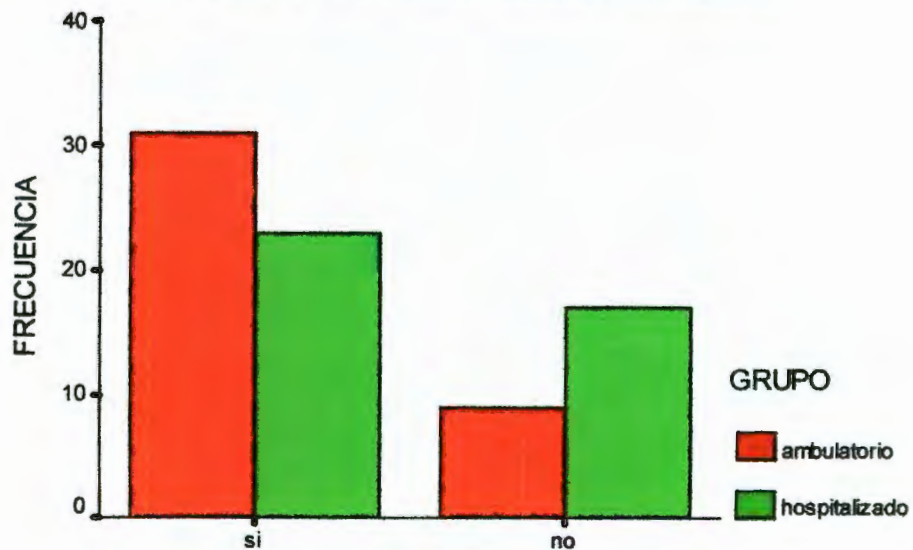
**TABLA DE CONTINGENCIA: SEGURIDAD FAMILIAR Y GRUPO**

		GRUPO		Total
		ambulatorio	hospitalizado	
si	N	31	23	54
	% en seguridad	57.4%	42.6%	100.0%
	% en grupo	77.5%	57.5%	67.5%
	% del total	38.8%	28.8%	67.5%
no	N	9	17	26
	% en seguridad	34.6%	65.4%	100.0%
	% en grupo	22.5%	42.5%	32.5%
	% del total	11.3%	21.3%	32.5%
Total	N	40	40	80
	% en seguridad	50.0%	50.0%	100.0%
	% en grupo	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%

Fuente: Cuestionarios aplicados de Mayo- Agosto del 2004 en el CEAO

**Gráfica 1F**

MIENTRAS RECIBE SU TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA  
ALTERA LA FUNCION DE DAR SEGURIDAD A LA FAMILIA ?



Fuente: Cuadro número 1F

**Apéndice 6.7**  
**Tabla 2A**  
**Correlaciones del estímulo focal en los pacientes ambulatorios**

Variables	NAUSEA	ELEVTEMP	VOMITO	DESHIDRA	DIARREA	EDEMA	ERITEMA	PETEQUIA	VESIPIEL	CAMPRES
NAUSEA Pearson	1									
Sig (2-tailed)	.									
ELEVTEMP Pearson	.119	1								
Sig (2-tailed)	.465	.								
VOMITO Pearson	.488**	.246	1							
Sig (2-tailed)	.001	.126	.							
DESHIDRA Pearson	.171	.000	.347*	1						
Sig (2-tailed)	.291	1.000	.028	.						
DIARREA Pearson	.173	.222	.409**	.196	1					
Sig (2-tailed)	.284	.169	.009	.225	.					
EDEMA Pearson	.168	.260	.241	.047	.086	1				
Sig (2-tailed)	.299	.105	.134	.774	.599	.				
ERITEMA Pearson	.118	.424**	-.152	-.131	-.111	-.037	1			
Sig (2-tailed)	.470	.006	.348	.421	.495	.822	.			
PETEQUIA Pearson	-.040	.086	-.057	-.154	-.101	-.087	-.061	1		
Sig (2-tailed)	.808	.599	.728	.342	.536	.595	.711	.		
VESIPIEL Pearson	.118	.424**	-.152	-.131	-.111	-.037	.1**	-.061	1	
Sig (2-tailed)	.470	.006	.348	.421	.495	.822	.000	.711	.	
CAMPRES Pearson	.135	.020	.194	.316*	.234	.059	-.124	.176	-.124	1
Sig (2-tailed)	.405	.905	.231	.047	.146	.717	.446	.278	.446	.

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 2B**  
**Correlaciones del estímulo focal en los pacientes ambulatorios**

Variables	NAUSEA	ELEVTEMP	VOMITO	DESHIDRA	DIARREA	EDEMA	ERITEMA	PETEQUIA	VESIPIEL	CAMPRES
CAMPUL Pearsons	.207	-.019	.296	-.289	.267	.035	-.138	.134	-.138	.797**
Sig (2-tailed)	.201	.907	.063	.070	.096	.831	.397	.410	.397	.000
EXPLICI Pearsons	.182	.044	.202	.000	.277	-.132	.092	-.306	.092	.089
Sig (2-tailed)	.262	.789	.211	1.000	.083	.415	.570	.055	.570	.583
RESPONDI Pearsons	-.070	.126	-.017	.102	-.125	.076	.053	.126	.053	-.086
Sig (2-tailed)	.668	.439	.919	.531	.444	.639	.744	.439	.744	.597
ANIMO Pearsons	-.119	.143	-.246	.309*	-.061	.087	.061	-.086	.061	-.020
Sig (2-tailed)	.465	.379	.126	.053	.711	.595	.711	.599	.711	.905
INDIFERE Pearsons	.335*	.275	.087	-.046	.170	.116	.260	.106	.260	-.014
Sig (2-tailed)	.035	.086	.594	.779	.293	.477	.105	.516	.105	.929
TRATOESP Pearsons	.498**	.383*	-.232	-.131	-.026	.331*	.231	.061	.231	-.207
Sig (2-tailed)	.001	.015	.149	.421	.875	.037	.152	.711	.152	.201
DISPOSIC Pearsons	.336*	.174	.043	.376*	-.102	.106	.074	.174	.074	-.187
Sig (2-tailed)	.033	.283	.793	.017	.532	.516	.651	.283	.651	.248
ORIENTA Pearsons	-.070	.126	-.017	.102	.231	.076	.053	.126	.053	.086
Sig (2-tailed)	.668	.439	.919	.531	.151	.639	.744	.439	.744	.597
PLATICA Pearsons	.458**	-.114	.347*	-.185	-.123	.208	.145	.190	.145	.078
Sig (2-tailed)	.003	.484	.028	.254	.448	.199	.373	.240	.373	.633
SABECONT Pearsons	-.168	.087	-.011	.187	-.086	.053	.037	.087	.037	-.059
Sig (2-tailed)	.299	.595	.944	.247	.599	.747	.822	.595	.822	.717

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 2C**  
**Correlaciones del estímulo focal en los pacientes ambulatorios**

Variables	CAMPUL	EXPLICO	RESPONDI	ANIMO	INDIFERE	TRATOESP	DISPOCIC	ORIENTA	PLATICA	SABECONT
CAMPUL Pearson Sig (2-tailed)	1 .									
EXPLICO Pearson Sig (2-tailed)	.146 .369	1 .								
RESPONDI Pearson Sig (2-tailed)	-.051 .757	.000 1.000	1 .							
ANIMO Pearson Sig (2-tailed)	.019 .907	.131 .421	.126 .439	1 .						
INDIFERE Pearson Sig (2-tailed)	.037 .822	-.162 .319	-.168 .300	-.275 .086	1 .					
TRATOESP Pearson Sig (2-tailed)	-.381* .015	-.216 .181	.053 .744	.262 .102	-.188 .245	1 .				
DISPOCIC Pearson Sig (2-tailed)	-.270 .093	-.114 .484	.285 .075	.025 .879	-.306* .055	.320* .044	1 .			
ORIENTA Pearson Sig (2-tailed)	.118 .468	.192 .234	.444* .004	-.126 .439	.205 .204	.053 .744	.285 .075	1 .		
PLATICA Pearson Sig (2-tailed)	.066 .685	-.174 .283	.369* .019	.266 .097	-.006 .973	.306* .055	.377* .017	.369* .019	1 .	
SABECONT Pearson Sig (2-tailed)	-.035 .831	-.132 .415	.306* .055	.260 .105	-.116 .477	.159 .327	.498** .001	.306* .055	.254 .114	1 .

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 3A**  
**Correlaciones del estímulo focal en los pacientes hospitalizados**

Variables		NAUSEA	ELEVTEMP	VOMITO	DESHIDRA	DIARREA	EDEMA	ERITEMA	PETEQUIA	VESIPIEL	CAMPRES
NAUSEA	Pearsons	1									
	Sig. (2-tailed)	.									
ELEVTEMP	Pearsons	.192	1								
	Sig. (2-tailed)	.234	.								
VOMITO	Pearsons	.555**	.118	1							
	Sig. (2-tailed)	.000	.468	.							
DESHIDRA	Pearsons	.204	.287	.182	1						
	Sig. (2-tailed)	.206	.073	.262	.						
DIARREA	Pearsons	-.029	.017	.210	.413**	1					
	Sig. (2-tailed)	.859	.919	.193	.008	.					
EDEMA	Pearsons	-.192	.167	.118	-.219	-.150	1				
	Sig. (2-tailed)	.234	.304	.468	.174	.355	.				
ERITEMA	Pearsons	.243	-.140	.361**	.078	.021	.093	1			
	Sig. (2-tailed)	.132	.389	.022	.633	.898	.567	.			
PETEQUIA	Pearsons	.092	-.053	.138	-.186	-.152	.480**	.381**	1		
	Sig. (2-tailed)	.570	.744	.397	.250	.348	.002	.015	.		
VESIPIEL	Pearsons	-.055	-.095	.053	.053	.109	-.095	-.120	-.046	1	
	Sig. (2-tailed)	.737	.560	.746	.746	.502	.560	.462	.780	.	
CAMPRES	Pearsons	.200	.000	.146	.146	.260	.000	-.243	-.092	-.164	1
	Sig. (2-tailed)	.216	1.000	.369	.369	.105	1.000	.132	.570	.311	.

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 3B**  
**Correlaciones del estímulo focal en los pacientes hospitalizados**

Variables		NAUSEA	ELEVTEMP	VOMITO	DESHIDRA	DIARREA	EDEMA	ERITEMA	PETEQUIA	VESIPIEL	CAMPRES
CAMPUL	Pearsons	.277	.125	.381*	.273	.302*	-.053	.157	-.111	-.198	.566**
	Sig. (2-tailed)	.083	.444	.015	.089	.058	.744	.333	.495	.222	.000
EXPLICI	Pearsons	-.067	.000	.088	.321*	-.029	-.192	.081	-.277	-.055	-.067
	Sig. (2-tailed)	.683	1.000	.591	.043	.859	.234	.620	.083	.737	.683
RESPONDI	Pearsons	.055	-.221	-.053	-.053	-.109	-.221	-.146	-.562**	-.279	.164
	Sig. (2-tailed)	.737	.170	.746	.746	.502	.170	.368	.000	.081	.311
ANIMO	Pearsons	-.164	-.221	-.245	.139	-.109	-.221	-.146	-.562**	.081	-.055
	Sig. (2-tailed)	.311	.170	.128	.392	.502	.170	.368	.000	.619	.737
INDIFERE	Pearsons	.044	.126	.172	-.287	.095	.126	.053	-.424**	.179	-.044
	Sig. (2-tailed)	.789	.439	.288	.073	.561	.439	.746	.006	.268	.789
TRATOESP	Pearsons	-.067	.000	.029	-.204	-.202	.192	-.081	-.092	-.164	.200
	Sig. (2-tailed)	.683	1.000	.858	.206	.211	.234	.620	.570	.311	.216
DISPOSIC	Pearsons	.000	-.167	.051	.051	-.184	.111	.140	.053	-.221	.000
	Sig. (2-tailed)	1.000	.304	.757	.757	.257	.495	.389	.744	.170	1.000
ORIENTA	Pearsons	-.044	-.126	-.019	-.019	-.246	.126	.159	.061	-.466**	.044
	Sig. (2-tailed)	.789	.439	.907	.907	.126	.439	.328	.711	.002	.789
PLATICA	Pearsons	-.145	.017	-.094	-.195	-.203	.350*	-.119	.168	.299	.029
	Sig. (2-tailed)	.374	.919	.565	.228	.209	.027	.464	.299	.061	.859
SABECONT	Pearsons	-.044	-.378**	-.019	.134	.057	-.126	-.053	-.424	.108	.044
	Sig. (2-tailed)	.789	.016	.907	.410	.728	.439	.746	.006	.509	.789

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO



**Tabla 3C**  
**Correlaciones del estímulo focal en los pacientes hospitalizados**

Variables		CAMPUL	EXPLICO	RESPONDI	ANIMO	INDIFERE	TRATOESP	DISPOSIC	ORIENTA	PLATICA	SABECONT
CAMPUL	Pearsons Sig. (2-tailed)	1 .									
EXPLICO	Pearsons Sig. (2-tailed)	.154 .342	1 .								
RESPONDI	Pearsons Sig. (2-tailed)	-.005 .975	.493** .001	1 .							
ANIMO	Pearsons Sig. (2-tailed)	-.208 .198	.493** .001	.640** .000	1 .						
INDIFERE	Pearsons Sig. (2-tailed)	.061 .711	-.306* .055	-.466** .002	-.753** .000	1 .					
TRATOESP	Pearsons Sig. (2-tailed)	.092 .570	.067 .683	.164 .311	.164 .311	-.044 .789	1 .				
DISPOSIC	Pearsons Sig. (2-tailed)	-.125 .444	.385* .014	.538** .000	.538** .000	-.378* .016	.192 .234	1 .			
ORIENTA	Pearsons Sig. (2-tailed)	-.061 .711	.305* .055	.466** .002	.179 .268	.314* .048	-.131 .421	.378* .016	1 .		
PLATICA	Pearsons Sig. (2-tailed)	-.126 .440	.087 .595	-.109 .502	.081 .620	.095 .561	.376* .017	.150 .355	-.095 .561	1 .	
SABECONT	Pearsons Sig. (2-tailed)	-.061 .711	.306 .055	.466** .002	.763** .000	-.543** .000	.044 .789	.378* .016	.086 .599	.057 .728	1 .

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO



**Tabla 4**  
**Correlaciones del estímulo contextual en los pacientes ambulatorios**

Variables		ACTFAMI	ACTLABOR	ACTAMIG	OLORAMB	ILUMINAC	VENTILAC	PRIVACID	ESPACIO	LIMPIEZA	VEQUIMIO	TIEMPO
ACTFAMI	Pearson Sig. (2-Tailed)	1 .										
ACTLABOR	Pearson Sig. (2-Tailed)	.586** .000	1 .									
ACTAMIG	Pearson Sig. (2-Tailed)	.562** .000	.467** .002	1 .								
OLORAMB	Pearson Sig. (2-Tailed)	.155 .339	-.106 .514	-.043 .792	1 .							
ILUMINAC	Pearson Sig. (2-Tailed)	.198 .221	-.064 .695	.143 .380	.217 .179	1 .						
VENTILAC	Pearson Sig. (2-Tailed)	.078 .630	-.117 .473	.079 .630	.033 .842	.642** .000	1 .					
PRIVACID	Pearson Sig. (2-Tailed)	.173 .285	-.187 .303	.082 .616	.245 .127	.667** .000	.731** .000	1 .				
ESPACIO	Pearson Sig. (2-Tailed)	.088 .588	-.100 .539	.085 .602	.185 .254	.495** .001	.627** .000	.693** .000	1 .			
LIMPIEZA	Pearson Sig. (2-Tailed)	.015 .926	-.193 .234	-.181 .264	.168 .299	.083 .612	-.141 .387	.031 .849	.083 .611	1 .		
VEQUIMIO	Pearson Sig. (2-Tailed)	-.157 .333	-.043 .792	.000 1.000	-.034 .835	-.038 .818	.106 .516	.056 .730	.039 .811	.154 .341	1 .	
TIEMPO	Pearson Sig. (2-Tailed)	-.026 .875	-.062 .704	.144 .374	.040 .807	.071 .661	-.012 .939	.176 .278	.056 .729	.089 .586	-.028 .862	1 .

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 5**  
**Correlaciones del estímulo contextual en los pacientes hospitalizados**

Variables		ACTFAMI	ACTLABOR	ACTAMIG	OLORAMB	ILUMINAC	VENTILAC	PRIVACID	ESPACIO	LIMPIEZA	VEQUIMIO	TIEMPO
ACTFAMI	Pearson Sig. (2-Tailed)	1 .										
ACTLABOR	Pearson Sig. (2-Tailed)	.767** .000	1 .									
ACTAMIG	Pearson Sig. (2-Tailed)	.822** .000	.699** .000	1 .								
OLORAMB	Pearson Sig. (2-Tailed)	.123 .451	.067 .679	.293 .066	1 .							
ILUMINAC	Pearson Sig. (2-Tailed)	.162 .319	.033 .842	-.065 .691	-.139 .391	1 .						
VENTILAC	Pearson Sig. (2-Tailed)	.057 .727	.001 .993	-.075 .645	-.126 .440	.749** .000	1 .					
PRIVACID	Pearson Sig. (2-Tailed)	.096 .554	.034 .835	-.051 .757	-.013 .936	.602** .000	.778** .000	1 .				
ESPACIO	Pearson Sig. (2-Tailed)	.052 .752	.037 .820	.000 1.000	.063 .698	.551** .000	.683** .000	.796** .000	1 .			
LIMPIEZA	Pearson Sig. (2-Tailed)	.296 .063	.201 .214	.226 .161	-.141 .385	.591** .000	.532** .000	.548** .000	.651** .000	1 .		
VEQUIMIO	Pearson Sig. (2-Tailed)	.225 .163	.251 .118	.124 .446	.045 .783	-.085 .602	-.224 .164	-.172 .289	-.161 .320	-.049 .763	1 .	
TIEMPO	Pearson Sig. (2-Tailed)	.426** .006	.569** .000	.345** .029	.051 .755	-.162 .317	-.037 .820	.015 .928	-.061 .707	-.224 .165	.043 .792	1 .

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 6**  
**Correlaciones del estímulo residual en los pacientes ambulatorios**

Variables		CONOCIMI	PREVENIR	TRATAMIE	FAMILIAC
CONOCIMI	Pearson	1			
	Sig. (2-Tailed)	.			
PREVENIR	Pearson	.569**	1		
	Sig. (2-Tailed)	.000	.		
TRATAMIE	Pearson	.189	.179	1	
	Sig. (2-Tailed)	.243	.268	.	
FAMILIAC	Pearson	.401**	.109	-.057	1
	Sig. (2-Tailed)	.010	.502	.728	.

**Tabla 7**  
**Correlaciones del estímulo residual en los pacientes hospitalizados**

Variables		CONOCIMI	PREVENIR	TRATAMIE	FAMILIAC
CONOCIMI	Pearson	1			
	Sig. (2-Tailed)	.			
PREVENIR	Pearson	.342*	1		
	Sig. (2-Tailed)	.031	.		
TRATAMIE	Pearson	.550**	.600**	1	
	Sig. (2-Tailed)	.000	.000	.	
FAMILIAC	Pearson	.182	-.062	.370*	1
	Sig. (2-Tailed)	.262	.704	.019	.

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 8A**  
**Correlaciones del modo fisiológico en los pacientes ambulatorios**

Variables		DEBILIDA	GANASHA	SUEÑO	COLICOS	DIARREAS	ESTRENIM	INFLAMAC	AUMAPET	DISAPET	AUMPESO	PERDPESO
DEBILIDA	Pearson	1										
	Sig. (2-Tailed)	.										
GANASHA	Pearson	-.431**	1									
	Sig. (2-Tailed)	.005	.									
SUEÑO	Pearson	.222	-.147	1								
	Sig. (2-Tailed)	.168	.366	.								
COLICOS	Pearson	.091	-.004	.283	1							
	Sig. (2-Tailed)	.575	.982	.077	.							
DIARREAS	Pearson	.282	-.170	-.046	.448**	1						
	Sig. (2-Tailed)	.078	.294	.776	.004	.						
ESTRENIM	Pearson	-.031	-.226	.109	.444**	.253	1					
	Sig. (2-Tailed)	.852	.160	.503	.004	.115	.					
INFLAMAC	Pearson	-.031	-.226	.109	.444**	.398**	.608**	1				
	Sig. (2-Tailed)	.852	.160	.503	.004	.011	.000	.				
AUMAPET	Pearson	-.252	.380*	.104	.104	-.209	-.081	-.243	1			
	Sig. (2-Tailed)	.117	.016	.524	.524	.196	.620	.132	.			
DISAPET	Pearson	.320*	-.232	-.107	-.107	.135	.015	.161	-.545**	1		
	Sig. (2-Tailed)	.044	.149	.512	.512	.405	.928	.320	.000	.		
AUMPESO	Pearson	.036	.419**	.220	.419**	.086	-.140	-.140	.577**	-.280	1	
	Sig. (2-Tailed)	.824	.007	.174	.007	.597	.389	.389	.000	.081	.	
PERDPESO	Pearson	.470**	-.327*	.033	.033	.220	.119	.259	.491**	-.562**	-.350*	1
	Sig. (2-Tailed)	.002	.040	.840	.840	.173	.464	.106	.001	.000	.027	.

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 8B**  
**Correlaciones del modo fisiológico en los pacientes ambulatorios**

Variables		DEBILIDA	GANASHA	SUEÑO	COLICOS	DIARREAS	ESTRENIM	INFLAMAC	AUMAPET	DISAPET	AUMPESO	PERDPESO
MORETONE	Pearson	.186	-.153	.074	-.153	.172	.146	.146	.055	.010	-.095	.081
	Sig. (2-Tailed)	.249	.345	.651	.345	.290	.368	.368	.737	.951	.560	.620
HORMIGUE	Pearson	.429**	-.353*	.431**	.039	.056	.031	.031	.000	.023	-.036	.295
	Sig. (2-Tailed)	.006	.026	.005	.810	.730	.852	.852	1.000	.889	.824	.065
FALTAIRE	Pearson	.037	-.064	.339*	.204	.101	.055	.055	.291	-.252	.168	-.087
	Sig. (2-Tailed)	.822	.696	.033	.206	.534	.737	.737	.069	.116	.300	.594
DIFRESPI	Pearson	.071	-.091	.300*	.170	.056	.031	.031	.252	-.206	.145	-.033
	Sig. (2-Tailed)	.661	.575	.060	.295	.730	.852	.852	.117	.202	.370	.841
AUMTEMP	Pearson	.036	-.180	.419**	.220	.086	.327*	.093	.000	.070	.167	-.017
	Sig. (2-Tailed)	.824	.267	.007	.174	.597	.040	.567	1.000	.668	.304	.919
DISMTEMP	Pearson	.150	-.124	.151	.151	.296	.225	-.096	.132	-.072	.306*	-.011
	Sig. (2-Tailed)	.355	.447	.352	.352	.064	.163	.554	.415	.658	.055	.944
VISIONBO	Pearson	.312*	-.196	.049	.171	.105	.229	-.057	.000	.278	.068	.266
	Sig. (2-Tailed)	.050	.227	.765	.291	.517	.156	.726	1.000	.082	.677	.098
DISVISIO	Pearson	.353*	-.147	.140	.140	.077	.109	-.059	.104	.144	.020	.033
	Sig. (2-Tailed)	.026	.366	.390	.390	.635	.503	.719	.524	.374	.903	.840
ZUMBOIDO	Pearson	.000	-.173	.104	-.035	.030	-.081	-.081	.333*	-.061	.000	-.029
	Sig. (2-Tailed)	1.000	.286	.524	.832	.855	.620	.620	.036	.711	1.000	.859
DISMAUD	Pearson	.150	-.124	-.124	-.124	.059	-.096	-.096	.132	.168	-.076	.218

	Sig. (2-Tailed)	.355	.447	.447	.447	.717	.554	.554	.415	.299	.639	.176
AUMAUDIT	Pearson	.150	.151	.151	.426**	.296	-.096	-.096	.397*	.313*	.688**	-.241
	Sig. (2-Tailed)	.355	.352	.352	.006	.064	.554	.554	.011	.050	.000	.134

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO



**Tabla 8C**  
**Correlaciones del modo fisiológico en los pacientes ambulatorios**

Variables		DEBILIDA	GANASHA	SUEÑO	COLICOS	DIARREAS	ESTRENIM	INFLAMAC	AUMAPET	DISAPET	AUMPESO	PERDPESO
ALTGUSTO	Pearson	.361*	.393*	.246	-.265	-.014	.456**	.306*	-.092	.050	-.125	-.019
	Sig. (2-Tailed)	.022	.012	.126	.098	.933	.003	.054	.570	.758	.444	.909
PERDGUST	Pearson	.245	-.265	.118	-.265	-.124	.456**	.456**	.031	-.173	-.125	-.019
	Sig. (2-Tailed)	.128	.098	.467	.098	.446	.003	.003	.850	.284	.444	.909
DISMOLOR	Pearson	.091	-.290	-.147	-.004	.077	.109	.277	-.173	.270	-.180	.153
	Sig. (2-Tailed)	.575	.069	.366	.982	.635	.503	.084	.286	.092	.267	.346
DISMTACT	Pearson	.105	-.086	-.086	-.086	-.124	-.067	-.067	-.092	.118	-.053	-.168
	Sig. (2-Tailed)	.520	.597	.597	.597	.446	.680	.680	.570	.470	.744	.299
MAYORSEN	Pearson	.105	-.086	-.086	.297	.207	.381*	.381*	-.092	.118	-.053	.152
	Sig. (2-Tailed)	.520	.597	.597	.063	.201	.015	.015	.570	.470	.744	.348
DOLOR	Pearson	.169	-.046	-.170	.325*	.253	.542**	.398*	-.209	.244	-.086	.323
	Sig. (2-Tailed)	.297	.776	.294	.041	.115	.000	.011	.196	.130	.597	.042
TIEMPDUE	Pearson	-.085	.436**	-.125	.031	.134	.237	.237*	-.225	.246	.391*	.169
	Sig. (2-Tailed)	.601	.005	.443	.849	.408	.141	.141	.162	.127	.013	.296
SUEÑOS	Pearson	.405**	.400**	.186	.186	-.179	-.085	-.147	.400**	.415**	.380*	.637**
	Sig. (2-Tailed)	.010	.010	.250	.250	.269	.604	.365	.010	.008	.016	.000
TOMAALIE	Pearson	.194	-.140	-.061	.018	.162	.196	.291	.362*	.114	-.209	.299
	Sig. (2-Tailed)	.229	.388	.707	.913	.318	.514	.068	.022	.483	.196	.061

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 8D**  
**Correlaciones del modo fisiológico de los pacientes ambulatorios**

Variables	MORETONE	HORMIGUE	FALTAIRE	DIFRESPI	AUMTEMP	DISMTEMP	VISIONBO	DISVISIO	ZUMBOIDO	DISMAUD
<b>MORETONE</b> Pearson	1									
Sig. (2-Tailed)	.									
<b>HORMIGUE</b> Pearson	.021	1								
Sig. (2-Tailed)	.899	.								
<b>FALTAIRE</b> Pearson	.250	.330*	1							
Sig. (2-Tailed)	.120	.038	.							
<b>DIFRESPI</b> Pearson	.228	.405**	.941**	1						
Sig. (2-Tailed)	.157	.010	.000	.						
<b>AUMTEMP</b> Pearson	-.095	.145	.168	.145	1					
Sig. (2-Tailed)	.560	.370	.300	.370	.					
<b>DISMTEMP</b> Pearson	-.065	.100	.116	.100	.688**	1				
Sig. (2-Tailed)	.689	.539	.477	.539	.000	.				
<b>VISIONBO</b> Pearson	.155	.356*	.297	.356*	.238	.281	1			
Sig. (2-Tailed)	.340	.024	.063	.024	.139	.079	.			
<b>DISVISIO</b> Pearson	.301*	.300*	.473**	.431**	.020	-.124	.660**	1		
Sig. (2-Tailed)	.059	.060	.002	.005	.903	.447	.000	.		
<b>ZUMBOIDO</b> Pearson	.274	.378*	.550**	.630**	.000	.132	.236	.242	1	
Sig. (2-Tailed)	.087	.016	.000	.000	1.000	.415	.143	.133	.	
<b>DISMAUD</b> Pearson	.370*	.100	.116	.100	-.076	-.053	.281	.426**	.397*	1
Sig. (2-Tailed)	.019	.539	.477	.539	.639	.747	.079	.006	.011	.

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 8E**  
**Correlaciones del modo fisiológico de los pacientes ambulatorios**

Variables		MORETONE	HORMIGUE	FALTAIRE	DIFRESPI	AUMTEMP	DISMTEMP	VISIONBO	DISVISIO	ZUMBOIDO	DISMAUD
AUMAUDIT	Pearson	-.065	.100	.372*	.350*	.306*	.474**	.281	.151	.132	-.053
	Sig. (2-tailed)	.689	.539	.018	.027	.055	.002	.079	.352	.415	.747
ALTGUSTO	Pearson	.198	.221	.188	.221	-.125	-.086	-.087	.118	.277	.159
	Sig. (2-Tailed)	.222	.170	.245	.170	.444	.599	.593	.467	.083	.327
PERDGUST	Pearson	-.005	.221	.069	.105	-.125	-.086	-.087	-.010	.277	.159
	Sig. (2-Tailed)	.975	.170	.673	.520	.444	.599	.593	.953	.083	.327
DISMOLOR	Pearson	-.153	.039	-.198	-.091	-.180	-.124	.171	-.004	.104	.151
	Sig. (2-Tailed)	.345	.810	.221	.575	.267	.447	.291	.982	.524	.352
DISMTACT	Pearson	-.046	-.105	-.099	-.105	-.053	-.037	-.131	-.086	-.092	-.037
	Sig. (2-Tailed)	.780	.520	.545	.520	.744	.822	.421	.597	.570	.822
MAYORSEN	Pearson	-.046	-.105	-.099	-.105	-.053	-.037	-.131	-.086	-.092	-.037
	Sig. (2-Tailed)	.780	.520	.545	.520	.744	.822	.421	.597	.570	.822
DOLOR	Pearson	.172	.056	-.014	.056	.086	.059	.422**	.077	-.089	-.178
	Sig. (2-Tailed)	.290	.730	.929	.730	.597	.717	.007	.635	.583	.273
TIEMPDUE	Pearson	-.025	.085	-.029	-.057	.043	-.119	.106	.031	.075	.179
	Sig. (2-Tailed)	.880	.601	.858	.728	.790	.463	.514	.849	.645	.269
SUEÑOES	Pearson	-.185	-.278	.101	.015	.231	.056	-.347	-.189	-.168	-.251
	Sig. (2-Tailed)	.254	.082	.533	.929	.151	.729	.028	.243	.300	.118
TOMAALIE	Pearson	.009	.166	-.349*	-.266	-.539**	-.446**	-.108	-.061	-.209	.008
	Sig. (2-Tailed)	.954	.307	.027	.097	.000	.004	.508	.707	.194	.963

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 8F**  
**Correlaciones del modo fisiológico de los pacientes ambulatorios**

Variables		AUMAUDIT	ALTGUSTO	PERDGUST	DISMOLOR	DISMTACT	MAYORSEN	DOLOR	TIEMPDUE	SUEÑOES	TOMAALIE
AUMAUDIT	Pearson	1									
	Sig. (2-Tailed)	.									
ALTGUSTO	Pearson	-.086	1								
	Sig. (2-Tailed)	.599	.								
PERDGUST	Pearson	-.086	.658**	1							
	Sig. (2-Tailed)	.599	.000	.							
DISMOLOR	Pearson	-.124	.118	.118	1						
	Sig. (2-Tailed)	.447	.467	.467	.						
DISMTACT	Pearson	-.037	.111	.111	.297	1					
	Sig. (2-Tailed)	.822	.495	.495	.063	.					
MAYORSEN	Pearson	-.037	-.231	-.231	.297	-.026	1				
	Sig. (2-Tailed)	.822	.152	.152	.063	.875	.				
DOLOR	Pearson	.059	-.345*	-.345*	.201	.207	.207	1			
	Sig. (2-Tailed)	.717	.029	.029	.214	.201	.201	.			
TIEMPDUE	Pearson	-.269	-.056	.083	.187	.125	.125	.134	1		
	Sig. (2-Tailed)	.094	.733	.609	.248	.442	.442	.408	.		
SUEÑOES	Pearson	.262	-.123	-.123	-.457**	.039	-.104	-.318*	-.221	1	
	Sig. (2-Tailed)	.103	.450	.450	.003	.809	.524	.046	.170	.	
TOMAALIE	Pearson	-.446**	.118	.188	.334*	.005	.217	.094	.232	-.392*	1
	Sig. (2-Tailed)	.004	.468	.244	.035	.974	.180	.565	.150	.012	.

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 9A**  
**Correlaciones del modo fisiológico en los pacientes hospitalizados**

Variables		DEBILIDA	GANASHA	SUEÑO	COLICOS	DIARREAS	ESTRENIM	INFLAMAC	AUMAPET	DISAPET	AUMPESO	PERDPESO
DEBILIDA	Pearson	1										
	Sig. (2-Tailed)	.										
GANASHA	Pearson	.053	1									
	Sig. (2-Tailed)	.747	.									
SUEÑO	Pearson	.035	-.035	1								
	Sig. (2-Tailed)	.831	.831	.								
COLICOS	Pearson	.106	-.106	-.003	1							
	Sig. (2-Tailed)	.516	.516	.984	.							
DIARREAS	Pearson	.218	.241	.109	.221	1						
	Sig. (2-Tailed)	.176	.134	.504	.171	.						
ESTRENIM	Pearson	-.086	.331	.165	-.039	-.126	1					
	Sig. (2-Tailed)	.599	.037	.310	.813	.440	.					
INFLAMAC	Pearson	.124	.151	.221	.225	-.033	.393*	1				
	Sig. (2-Tailed)	.447	.352	.171	.164	.840	.012	.				
AUMAPET	Pearson	.076	.306*	-.051	-.154	-.150	.480**	.020	1			
	Sig. (2-Tailed)	.639	.055	.757	.344	.355	.002	.903	.			
DISAPET	Pearson	-.141	-.372*	.150	.136	.025	-.290	.064	-.541**	1		
	Sig. (2-Tailed)	.384	.018	.355	.402	.877	.070	.696	.000	.		
AUMPESO	Pearson	.096	-.096	-.064	-.193	-.400**	.306*	.109	.560**	-.525**	1	
	Sig. (2-Tailed)	.554	.554	.696	.232	.011	.054	.503	.000	.001	.	
PERDPESO	Pearson	.331*	-.086	.051	.179	.446**	-.318*	-.010	-.480**	.409**	-.605**	1
	Sig. (2-Tailed)	.037	.599	.753	.269	.004	.047	.953	.002	.009	.000	.

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 9B**  
**Correlaciones del modo fisiológico en los pacientes hospitalizados**

Variables		DEBILIDA	GANASHA	SUEÑO	COLICOS	DIARREAS	ESTRENIM	INFLAMAC	AUMAPET	DISAPET	AUMPESO	PERDPESO
MORETONE	Pearson	.106	-.106	-.003	-.039	.089	.102	.225	.066	.136	-.009	.179
	Sig. (2-Tailed)	.516	.516	.984	.811	.585	.532	.164	.687	.402	.955	.269
HORMIGUE	Pearson	.168	.072	-.111	.076	.247	.050	-.144	.280	-.252	.279	-.050
	Sig. (2-Tailed)	.299	.658	.494	.642	.125	.758	.374	.081	.116	.081	.758
FALTAIRE	Pearson	.132	.132	-.204	-.266	-.087	.092	-.173	.192	-.032	.081	.031
	Sig. (2-Tailed)	.415	.415	.206	.097	.595	.570	.286	.234	.843	.620	.850
DIFRESPI	Pearson	.150	.350*	-.210	-.302*	.033	.245	-.091	.145	-.086	.031	.105
	Sig. (2-Tailed)	.355	.027	.194	.059	.841	.128	.575	.370	.600	.852	.520
AUMTEMP	Pearson	.106	.196	-.270	.134	-.175	.242	.225	.285	-.306*	.359*	-.383*
	Sig. (2-Tailed)	.516	.225	.093	.409	.281	.132	.164	.075	.055	.023	.015
DISMTEMP	Pearson	.106	.196	-.136	-.212	.221	-.039	.067	-.154	-.011	-.193	.320*
	Sig. (2-Tailed)	.516	.225	.401	.189	.171	.813	.681	.344	.946	.232	.044
VISIONBO	Pearson	.159	-.159	-.051	.102	.088	-.140	.010	-.053	.069	-.142	.140
	Sig. (2-Tailed)	.327	.327	.753	.532	.588	.390	.953	.744	.673	.382	.390
DISVISIO	Pearson	.096	.225	-.205	-.193	-.119	.007	-.059	.093	-.212	.020	-.007
	Sig. (2-Tailed)	.554	.163	.204	.232	.464	.963	.719	.567	.190	.904	.963
ZUMBOIDO	Pearson	.132	-.132	-.088	.190	.145	-.401**	-.035	-.192	.356*	-.243	.277
	Sig. (2-Tailed)	.415	.415	.591	.240	.374	.010	.832	.234	.024	.132	.083
DISMAUD	Pearson	.076	.306	.287	-.154	.017	.125	.020	.167	-.168	.093	-.125
	Sig. (2-Tailed)	.639	.055	.073	.344	.919	.444	.903	.304	.300	.567	.444
AUMAUDIT	Pearson	.037	-.037	.138	.348*	.168	-.111	.297	-.053	.099	-.067	.111
	Sig. (2-Tailed)	.822	.822	.397	.028	.299	.495	.063	.744	.545	.680	.495

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 9C**  
**Correlaciones del modo fisiológico en los pacientes hospitalizados**

Variables		DEBILIDA	GANASHA	SUEÑO	COLICOS	DIARREAS	ESTRENIM	INFLAMAC	AUMAPET	DISAPET	AUMPESO	PERDPESO
ALTGUSTO	Pearson	.059	-.296	.065	-.187	-.090	-.234	-.201	.086	.217	-.108	.234
	Sig. (2-Tailed)	.717	.064	.689	.248	.579	.146	.214	.597	.179	.505	.146
PERDGUST	Pearson	.178	.059	.248	-.221	-.116	.014	-.294	.430**	-.101	.108	-.124
	Sig. (2-Tailed)	.273	.717	.123	.171	.475	.933	.066	.006	.534	.505	.446
DISMOLOR	Pearson	.141	.116	-.150	.158	.199	-.069	.070	-.019	.373*	-.102	.188
	Sig. (2-Tailed)	.384	.477	.355	.329	.218	.673	.666	.909	.018	.531	.245
DISMTACT	Pearson	.053	-.053	.197	.196	.011	.086	.151	.306*	-.116	.225	-.086
	Sig. (2-Tailed)	.747	.747	.223	.225	.944	.599	.352	.055	.477	.163	.599
MAYORSEN	Pearson	.065	-.065	.245	.119	.109	.208	.528**	-.095	.175	-.120	.198
	Sig. (2-Tailed)	.689	.689	.128	.466	.502	.198	.000	.560	.279	.462	.222
DOLOR	Pearson	.178	-.178	-.170	.187	-.013	.124	.077	.086	.246	.108	.207
	Sig. (2-Tailed)	.273	.273	.295	.248	.937	.446	.635	.597	.126	.505	.201
TIEMPDU	Pearson	-.152	-.091	-.249	.096	-.007	.007	.103	.044	.127	.205	-.007
	Sig. (2-Tailed)	.348	.575	.122	.555	.967	.965	.525	.786	.437	.205	.965
SUEÑOS	Pearson	-.019	.148	.183	-.072	.220	.268	.079	.215	-.146	.035	.031
	Sig. (2-Tailed)	.906	.362	.258	.659	.172	.095	.628	.183	.369	.829	.847
TOMAALIE	Pearson	.096	-.257	.255	.037	-.154	.329*	.067	.490**	.612**	-.373*	.254
	Sig. (2-Tailed)	.554	.109	.112	.821	.342	.038	.681	.001	.000	.018	.114

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 9D**  
**Correlaciones del modo fisiológico en los pacientes hospitalizados**

Variables		MORETONE	HORMIGUE	FALTAIRE	DIFRESPI	AUMTEMP	DISMTEMP	VISIONBO	DISVISIO	ZUMBOIDO	DISMAUD
MORETONE	Pearson	1									
	Sig. (2-Tailed)	.									
HORMIGUE	Pearson	.214	1								
	Sig. (2-Tailed)	.185	.								
FALTAIRE	Pearson	.190	.182	1							
	Sig. (2-Tailed)	.240	.262	.							
DIFRESPI	Pearson	.273	-.023	.756**	1						
	Sig. (2-Tailed)	.089	.889	.000	.						
AUMTEMP	Pearson	-.039	.352*	.190	.129	1					
	Sig. (2-Tailed)	.811	.026	.240	.427	.					
DISMTEMP	Pearson	-.039	.214	.190	.129	-.039	1				
	Sig. (2-Tailed)	.811	.185	.240	.427	.811	.				
VISIONBO	Pearson	-.179	-.173	-.154	.338*	.102	.102	1			
	Sig. (2-Tailed)	.269	.284	.342	.033	.532	.532	.			
DISVISIO	Pearson	-.193	-.161	-.243	-.122	-.193	.175	.456**	1		
	Sig. (2-Tailed)	.232	.320	.132	.452	.232	.280	.003	.		
ZUMBOIDO	Pearson	.038	-.061	.067	-.126	-.266	.190	.216	.243	1	
	Sig. (2-Tailed)	.816	.711	.683	.439	.097	.240	.181	.132	.	
DISMAUD	Pearson	-.154	-.070	.000	.145	-.154	.066	-.053	.327*	.192	1
	Sig. (2-Tailed)	.344	.668	1.000	.370	.344	.687	.744	.040	.234	.

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO



**Tabla 9E**  
**Correlaciones del modo fisiológico en los pacientes hospitalizados**

Variables		MORETONE	HORMIGUE	FALTAIRE	DIFRESPI	AUMTEMP	DISMTEMP	VISIONBO	DISVISIO	ZUMBOIDO	DISMAUD
AUMAUDIT	Pearson	.348*	-.118	-.092	-.105	-.074	-.074	.231	-.067	.277	-.053
	Sig. (2-Tailed)	.028	.470	.570	.520	.651	.651	.152	.680	.083	.744
ALTGUSTO	Pearson	.221	-.189	.089	.169	-.323*	.085	-.124	-.253	-.030	.086
	Sig. (2-Tailed)	.171	.242	.583	.297	.042	.602	.446	.115	.855	.597
PERDGUST	Pearson	-.221	-.244	.149	.169	-.085	.357*	-.096	-.181	-.209	.258
	Sig. (2-Tailed)	.171	.130	.359	.297	.602	.024	.554	.264	.196	.108
DISMOLOR	Pearson	-.136	.018	-.097	-.037	.011	.306*	.290	.368*	.162	.355*
	Sig. (2-Tailed)	.402	.914	.552	.822	.946	.055	.070	.019	.319	.025
DISMTACT	Pearson	.196	.072	-.132	-.150	-.106	-.106	.331*	.225	.132	.306*
	Sig. (2-Tailed)	.225	.658	.415	.355	.516	.516	.037	.163	.415	.055
MAYORSEN	Pearson	.368*	-.010	-.164	-.186	-.131	-.131	-.198	-.120	.055	-.095
	Sig. (2-Tailed)	.019	.951	.311	.249	.420	.420	.222	.462	.737	.560
DOLOR	Pearson	.187	.081	.268	.394*	.051	-.085	-.317	-.181	.030	.086
	Sig. (2-Tailed)	.248	.618	.094	.012	.755	.602	.046	.264	.855	.597
TIEMPDUE	Pearson	.236	.432**	.138	-.029	.236	.096	.007	-.093	.077	.310*
	Sig. (2-Tailed)	.142	.005	.395	.859	.142	.555	.965	.588	.638	.051
SUEÑOS	Pearson	-.146	-.115	-.211	-.067	.076	.002	.208	-.043	-.081	-.065
	Sig. (2-Tailed)	.369	.481	.192	.680	.643	.991	.198	.791	.619	.688
TOMAALIE	Pearson	-.055	-.308*	-.081	-.122	-.240	-.147	-.105	-.275	.081	-.023
	Sig. (2-Tailed)	.735	.053	.620	.452	.137	.364	.521	.086	.620	.886

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 9F**  
**Correlaciones del modo fisiológico en los pacientes hospitalizados**

Variables		AUMAUDIT	ALTGUSTO	PERDGUST	DISMOLOR	DISMTACT	MAYORSEN	DOLOR	TIEMPDUE	SUEÑOS	TOMAALIE
AUMAUDIT	Pearson	1									
	Sig. (2-Tailed)	.									
ALTGUSTO	Pearson	.124	1								
	Sig. (2-Tailed)	.446	.								
PERDGUST	Pearson	-.124	.493**	1							
	Sig. (2-Tailed)	.446	.001	.							
DISMOLOR	Pearson	.260	.130	-.130	1						
	Sig. (2-Tailed)	.105	.424	.424	.						
DISMTACT	Pearson	.698**	.178	.059	.372*	1					
	Sig. (2-Tailed)	.000	.273	.717	.018	.					
MAYORSEN	Pearson	-.046	-.172	-.221	-.175	-.065	1				
	Sig. (2-Tailed)	.780	.290	.171	.279	.689	.				
DOLOR	Pearson	-.124	.280	.147	-.014	.059	.172	1			
	Sig. (2-Tailed)	.446	.080	.366	.929	.717	.290	.			
TIEMPDUE	Pearson	.106	-.240	-.529**	-.246	.152	.189	.185	1		
	Sig. (2-Tailed)	.513	.135	.000	.127	.348	.242	.252	.		
SUEÑOS	Pearson	-.076	.138	.210	.146	-.109	-.136	-.196	-.250	1	
	Sig. (2-Tailed)	.640	.397	.193	.369	.502	.403	.227	.120	.	
TOMAALIE	Pearson	.045	.145	.217	-.298	-.096	.080	.145	-.186	-.259	1
	Sig. (2-Tailed)	.783	.373	.179	.062	.554	.625	.373	.250	.106	.

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 10**  
**Correlaciones del modo de representación de rol en los pacientes ambulatorios**

Variables		CONFAMIL	PREOFAMI	ALTACTFA	RELFAMIL	RELTRABA	PROVEER	EDUCAHIJ	SEGFAMIL	CARGOSOC	IMPIEDEDE
CONFAMIL	Pearson	1									
	Sig. (2-Tailed)	.									
PREOFAMI	Pearson	-.100	1								
	Sig. (2-Tailed)	.540	.								
ALTACTFA	Pearson	.086	.495**	1							
	Sig. (2-Tailed)	.600	.005	.							
RELFAMIL	Pearson	-.160	.150	.579**	1						
	Sig. (2-Tailed)	.324	.356	.000	.						
RELTRABA	Pearson	-.274	.043	.356*	.583**	1					
	Sig. (2-Tailed)	.087	.793	.024	.000	.					
PROVEER	Pearson	-.252	-.121	.320*	-.257	.064	1				
	Sig. (2-Tailed)	.116	.457	.044	.110	.694	.				
EDUCAHIJ	Pearson	-.246	.081	.282	.211	.316*	.027	1			
	Sig. (2-Tailed)	.126	.618	.078	.192	.047	.868	.			
SEGFAMIL	Pearson	-.064	.107	.039	-.073	.049	.144	.696**	1		
	Sig. (2-Tailed)	.696	.512	.810	.653	.765	.374	.000	.		
CARGOSOC	Pearson	.099	.118	.105	.131	-.196	-.118	-.207	.086	1	
	Sig. (2-Tailed)	.545	.470	.520	.421	.225	.470	.201	.597	.	
IMPIEDEDE	Pearson	-.260	.118	.105	.131	.131	.218	.124	.086	-.026	1
	Sig. (2-Tailed)	.105	.470	.520	.421	.421	.176	.446	.597	.875	.

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO

**Tabla 11**  
**Correlaciones del modo de representación de rol en los pacientes hospitalizados**

Variables		CONFAMIL	PREOFAMI	ALTACTFA	RELFAMIL	RELTRABA	PROVEER	EDUCAHIJ	SEGFAMIL	CARGOSOC	IMPIDEDE
CONFAMIL	Pearson	1									
	Sig. (2-Tailed)	.									
PREOFAMI	Pearson	-.069	1								
	Sig. (2-Tailed)	.674	.								
ALTACTFA	Pearson	-.416**	.473**	1							
	Sig. (2-Tailed)	.008	.002	.							
RELFAMIL	Pearson	-.185	-.107	.355*	1						
	Sig. (2-Tailed)	.254	.511	.025	.						
RELTRABA	Pearson	-.578**	.252	.483**	.390*	1					
	Sig. (2-Tailed)	.000	.116	.002	.013	.					
PROVEER	Pearson	-.527**	.130	.170	.078	.460**	1				
	Sig. (2-Tailed)	.000	.424	.294	.633	.003	.				
EDUCAHIJ	Pearson	-.392	.303	.221	-.036	.419**	.483**	1			
	Sig. (2-Tailed)	.012	.057	.171	.827	.007	.002	.			
SEGFAMIL	Pearson	-.434**	.263	.263	.137	.535**	.561**	.537**	1		
	Sig. (2-Tailed)	.005	.101	.101	.398	.000	.000	.000	.		
CARGOSOC	Pearson	.196	-.260	.086	.145	.118	-.124	-.138	-.186	1	
	Sig. (2-Tailed)	.225	.105	.597	.373	.470	.446	.397	.250	.	
IMPIDEDE	Pearson	.281	-.116	.124	.208	.168	-.178	.035	-.267	.698**	1
	Sig. (2-Tailed)	.079	.477	.447	.199	.299	.273	.831	.096	.000	.

Fuente: Cuestionarios aplicados de mayo a agosto del 2004 en el CEAO