



CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo Juan Gerardo Quelca Medina
autor/a de la tesis titulada:

EFFECTOS PSICOSOCIALES EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL EL ALTO SUR EN LA GESTIÓN 2024

mediante el presente documento, declaro que la obra mencionada es de mi exclusiva autoría y producción. Esta tesis ha sido elaborada como uno de los requisitos previos para la obtención del título de: **“Magíster en Salud Pública, Mención en Dirección y Gerencia Hospitalaria”** en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Central Sucre.

Cesión de Derechos:

- Derechos Cedidos:** A partir de la fecha de la defensa de grado, cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Central Sucre, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación de la obra. La Universidad está autorizada a utilizar esta obra por cualquier medio, actualmente conocido o que se desarrolle en el futuro, siempre y cuando dicha utilización no se realice con fines de lucro. Esta cesión incluye la reproducción total o parcial en formatos virtual, electrónico, digital, u óptico, así como su uso en red local e Internet.
- Responsabilidades del Autor:** Declaro que, en caso de presentarse cualquier reclamación o demanda por parte de terceros respecto de los derechos de autor de la obra mencionada, asumiré toda la responsabilidad legal frente a dichos terceros y frente a la Universidad, incluyendo, sin limitación, la defensa de tales reclamaciones y el mantenimiento de la Universidad indemne frente a las mismas.
- Entrega de Ejemplares:** En esta fecha, entrego a la biblioteca de la Universidad un ejemplar de la obra y sus anexos, en formatos impreso y digital o electrónico.

Fecha. 16-12-2025

Firma: 



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN:
“SALUD PÚBLICA, MENCIÓN EN DIRECCIÓN Y GERENCIA
HOSPITALARIA” – Versión I**

**EFFECTOS PSICOSOCIALES EN LOS PACIENTES
ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL EL ALTO SUR EN LA GESTIÓN
2024**

**Tesis presentada para optar al Grado
Académico de Magíster en “Salud
Pública, Mención en Dirección y
Gerencia Hospitalaria”**

MAESTRANTE: JUAN GERARDO QUELCA MEDINA

La Paz – Bolivia

2024



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN:
“SALUD PÚBLICA, MENCIÓN EN DIRECCIÓN Y GERENCIA
HOSPITALARIA” – Versión I

EFFECTOS PSICOSOCIALES EN LOS PACIENTES
ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL EL ALTO SUR EN LA GESTIÓN
2024

Tesis presentada para optar al Grado
Académico de Magíster en “Salud
Pública, Mención en Dirección y
Gerencia Hospitalaria”

MAESTRANTE: JUAN GERARDO QUELCA MEDINA

TUTORA: JUANA AMANDA IRIARTE ARZE

La Paz – Bolivia

2024

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Antecedentes del tema de investigación.....	4
1.2 El problema	5
1.2.1 Identificación del Problema.....	5
1.2.2 Definición del problema	7
1.3 Justificación y uso de los resultados.....	7
1.4 Objetivos	9
1.4.1 Objetivo General.....	9
1.4.2 Objetivos específicos.....	9
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL	10
2.1 Marco teórico.....	10
2.1.1 Tipos de cáncer	15
2.1.2 Factores de riesgo de cáncer:	17
2.1.2.1 Factores de riesgo identificados con el cáncer de mama	17
2.1.2.2 Factores de riesgo relacionados con el cáncer de próstata.....	19
2.1.2.3 Factores de riesgo relacionados que condicionan cáncer cérvico uterino	19
2.1.3 Prevención del cáncer	20
2.1.4 Diagnóstico del cáncer:	21
2.1.5 Tratamiento del cáncer.....	22
2.1.5.1 Cirugía	23
2.1.5.2 Radioterapia.....	23

2.1.5.3	Quimioterapia.....	24
2.1.6	Cuestiones psicosociales	26
2.1.6.1	Depresión	29
2.1.6.2	Ansiedad.....	30
2.1.6.3	Estrés postraumático	31
2.1.6.4	Miedo a la recurrencia del cáncer	32
2.1.6.5	Angustia.....	33
2.1.6.6	Resiliencia	34
2.1.6.7	Crecimiento postraumático.....	34
2.1.6.8	Culpa del sobreviviente.....	35
2.1.6.9	Carga sintomática	35
2.1.6.10	Disfunción sexual.....	36
2.1.6.11	Fertilidad y reproducción.....	36
2.1.7	Impacto de los problemas sociales.....	37
2.1.7.1	Factores sociales	37
2.1.7.2	Orientación sexual	37
2.1.7.3	Cultura y etnicidad	38
2.1.7.4	Nivel socioeconómico	38
2.1.7.5	Funcionamiento social	38
2.1.7.6	Apoyo y aislamiento	38
2.1.7.7	Reanudación del empleo	39
2.1.7.8	Cuidadores	40
2.1.8	Detección y evaluación.....	41
2.1.8.1	Evaluación general.....	42
2.1.8.2	Medidas de detección para afecciones específicas.....	42

2.1.9	Intervenciones	43
2.1.9.1	Terapia farmacológica.....	44
2.1.9.2	Psicoeducación y autogestión	44
2.1.9.3	Terapia cognitivo-conductual	45
2.1.9.4	Programas de rehabilitación multidimensional y de regreso al trabajo	45
2.2	Hipótesis.....	47
2.3	Marco teórico contextual.....	47
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....		51
3.1	Enfoque, tipo y diseño de la investigación	51
3.1.1	Enfoque de la investigación.....	51
3.1.2	Diseño de la investigación	52
3.2	Población y muestra	52
3.2.1	Población.....	52
3.2.2	Muestra	52
3.3	Criterios de inclusión y exclusión	52
3.3.1	Inclusión	52
3.3.2	Exclusión	53
3.4	Variables de Estudio.....	53
3.4.1	Identificación de variables	53
3.4.2	Definición y operacionalización de variables.....	54
3.5	Procedimientos para la recolección de información	55
3.5.1	Fuente de recolección de la información	55
3.6	Delimitación de la investigación.....	56
3.6.1	Delimitación geográfica	56

3.6.2	Sujetos y/u objetos	57
3.6.3	Delimitación temporal	57
3.7	Procedimientos que garantizan aspectos éticos de la investigación ..	57
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....		58
4.1	Resultados descriptivo.....	58
4.2	Discusión de los resultados	75
4.2.1	Reacciones emocionales de los pacientes al recibir el diagnóstico ...	75
4.2.2	Reacciones de los familiares ante el diagnóstico.....	75
4.2.3	Apoyo familiar durante el tratamiento	76
4.2.4	Percepciones sobre la causa de la enfermedad	76
4.2.5	Estrategias de afrontamiento.....	76
4.2.6	Impacto del tratamiento en los pacientes.....	77
4.2.7	Realidad de los controles médicos	77
4.2.8	Información sobre los riesgos de contraer la enfermedad.....	77
4.2.9	Diagnóstico y tratamiento oportuno.	77
4.2.10	Satisfacción con la atención recibida	78
4.2.11	Propuestas de mejora en la atención hospitalaria.....	78
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		79
5.1	Conclusiones	79
5.2	Recomendaciones.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		82
ANEXOS		86
	Cronograma de actividades	86
	Entrevista	87
	Fotografías.	89

RESUMEN

En la actualidad, el cáncer representa uno de los principales desafíos de salud pública en nuestro país y en el mundo, debido a su elevada tasa de morbilidad y mortalidad. Esta situación ha motivado la implementación de diversas políticas orientadas a la prevención de la enfermedad desde un enfoque físico y médico.

No obstante, dichas políticas no abordan el impacto psicosocial que conlleva el cáncer, lo que evidencia una carencia importante en el sistema de salud, ya que en nuestro país aún no se desarrollan programas ni existen suficientes estudios que consideren esta dimensión del problema.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo identificar y visibilizar los efectos psicosociales que enfrentan los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital El Alto Sur, en la ciudad de El Alto. Para ello, se llevó a cabo una investigación de tipo cualitativa, utilizando la metodología de estudio de casos. Se aplicaron entrevistas estructuradas, guiadas por un cuestionario diseñado para abordar los objetivos específicos, que fueron: describir las reacciones emocionales de los pacientes al recibir el diagnóstico; identificar las reacciones de sus familiares; conocer la percepción que tienen los pacientes sobre su enfermedad; analizar los cambios familiares, sociales y económicos en sus vidas; y explorar su valoración respecto a la atención médica recibida antes, durante y después del diagnóstico.

Con base en los hallazgos, se proponen las siguientes líneas de acción: garantizar que en el momento de comunicar el diagnóstico estén presentes tanto el médico especialista como un psicólogo, para brindar información clara sobre la enfermedad y apoyo emocional. Asimismo, se recomienda ofrecer acompañamiento psicológico continuo tanto a los pacientes como a sus familiares, y fomentar la participación en grupos de apoyo formados por personas con experiencias similares. Finalmente, se destaca la importancia de promover la prevención y sensibilización tanto en la población como en el personal de salud, fomentando una cultura de cuidado diario en beneficio de la sociedad.

ABSTRACT

Currently, cancer is one of the main public health challenges both in our country and worldwide, due to its high morbidity and mortality rates. This situation has led to the implementation of various policies aimed at preventing the disease from a physical and medical perspective.

However, these policies do not address the psychosocial impact of cancer, which highlights a significant gap in the healthcare system. In our country, there are still no programs or sufficient studies that consider this important aspect of the disease.

In this context, the objective of this study is to identify and shed light on the psychosocial effects experienced by cancer patients treated at El Alto Sur Hospital, in the city of El Alto. To achieve this, a qualitative research approach was employed, using the case study methodology. Structured interviews were conducted based on a questionnaire designed to address the following specific objectives: to describe the emotional reactions of patients upon receiving their diagnosis; to identify the reactions of their family members; to understand the patients' perceptions of their illness; to analyze the family, social, and economic changes in their lives; and to explore their evaluation of the medical care received before, during, and after the diagnosis.

Based on the findings, the following lines of action are proposed: ensuring that both the medical specialist and a psychologist are present when delivering the diagnosis, to provide clear information and emotional support. It is also recommended that both patients and their families receive ongoing psychological support and participate in support groups composed of individuals with similar experiences. Finally, the importance of promoting prevention and raising awareness among both the population and healthcare personnel is emphasized, fostering a culture of daily self-care for the benefit of society.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye una de las principales amenazas a la salud pública mundial, siendo responsable de un número significativo de casos de morbilidad y mortalidad a nivel global. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se proyecta que la tasa de mortalidad por cáncer aumentará considerablemente en los próximos años, alcanzando cifras alarmantes debido a factores como el envejecimiento de la población y el aumento demográfico. Se estima que para el año 2030, el número de muertes atribuibles a esta enfermedad se incrementará en un 45%, pasando de 7,9 millones a 11,5 millones, lo que refleja la creciente magnitud del problema a nivel mundial. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento clínico, el cáncer sigue siendo una de las principales causas de muerte, especialmente en países en desarrollo, como Bolivia, donde la incidencia y mortalidad por cáncer se mantienen entre las más altas de América Latina.

En Bolivia, el cáncer se ha convertido en un problema de salud pública de gran importancia, con una tasa de incidencia que sigue en aumento. Según las estadísticas, los departamentos más afectados son Cochabamba, La Paz y Santa Cruz, donde las enfermedades crónicas, como el cáncer, tienen un impacto significativo en la población. En particular, el cáncer cervicouterino y el cáncer de mama son las patologías oncológicas más frecuentes en las mujeres bolivianas. En el departamento de La Paz, por ejemplo, hasta el año pasado, se diagnosticaron 2.370 casos de cáncer cervicouterino, que representaron aproximadamente el 40% de los casos, mientras que el cáncer de mama ocupó el 16% de los diagnósticos. Los datos expuestos en gran parte reflejan un aumento en la prevalencia de la enfermedad, además una necesidad urgente a corto plazo para mejorar las políticas de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento especializado en el país.

Más allá de cambio significativo que se llevó a cabo en este último siglo para combatir el cáncer a nivel nacional e internacional aun existen varios desafíos que dificultan la atención adecuada a los pacientes oncológicos. Entre los principales desafíos es un déficit de recursos humanos capacitados en áreas de

oncología y psicología, lo que se convierte en una limitante para mejorar la capacidad del sistema de salud y así brindar un apoyo más íntegro a los pacientes. El Hospital El Alto Sur, como un centro de referencia a nivel municipal, departamental y nacional, hoy en día tiene como desafío a una creciente demanda de pacientes oncológicos, se podría decir que se cuenta con la infraestructura pero no con el personal suficiente para atender adecuadamente las necesidades clínicas y más aún psicosociales de los pacientes. En este sentido el acceso a tratamientos especializados en oncología y cuidados paliativos sigue siendo una limitante, que en este momento afecta directamente la calidad de vida de los pacientes y la evolución de la enfermedad. Algo que más llama la atención es la falta de apoyo psicológico especializado también ha sido identificada como un factor clave en el bienestar biopsicosocial de los pacientes, ya que el diagnóstico y tratamiento del cáncer suelen generar una serie de reacciones en el ámbito biopsicosocial que pueden agravar el pronóstico de la enfermedad.

La problemática del cáncer no solo implica un cambio fisiológico en el cuerpo de los pacientes, sino así también desencadena importantes efectos emocionales, sociales y económicos en ellos y en sus familias. El problema de tener que enfrentar un diagnóstico de enfermedad oncológica está marcado por una serie de experiencias difíciles, entre las más comunes el miedo a la muerte, la incertidumbre sobre su futuro, la preocupación por el impacto de la enfermedad en la familia y su ambiente laboral, y la adaptación a los cambios en la vida cotidiana. La evolución y pronóstico de la enfermedad oncológica a menudo dependen en gran medida de la forma en que los pacientes y sus familiares manejan estos factores psicosociales. En varios de los casos el apoyo emocional y social adecuado quizá pueda tener un impacto positivo en la perspectiva del paciente para hacer frente a la enfermedad, mejorando su calidad de vida y, en algunos casos, su pronóstico.

El presente estudio se enfoca en los efectos psicosociales que enfrentan los pacientes con cáncer en el Hospital el Alto Sur, con el objetivo de comprender cómo la enfermedad afecta en la vida cotidiana, en sus emociones, también su entorno familiar y social, y cómo estos factores influyen en su tratamiento y

pronóstico a corto y mediano plazo. Con este estudio a través de un enfoque cualitativo se busca explorar y estudiar las experiencias de los pacientes y sus familiares desde una perspectiva completa, identificando las necesidades psicosociales que surgen a lo largo del proceso salud enfermedad. Asimismo, se pretende evaluar el impacto que tiene el apoyo tanto emocional y social en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, y también cómo este apoyo puede mejorar su capacidad de asimilar y en última instancia que no afecte al conocimiento de su pronóstico.

El Hospital El Alto Sur como centro de referencia oncológico en el departamento de La Paz, representa un escenario clave para el estudio de estos factores psicosociales. Cada día el aumento de la demanda de atención oncológica y la falta de recursos humanos en áreas importantes, como psicología y oncología clínica y quirúrgica hacen necesario un enfoque más integral en la atención de los pacientes. Con este estudio se pretende contribuir a la identificación de varias de las principales necesidades psicosociales de los pacientes con cáncer y así proponer estrategias para mejorar la calidad de vida y atención integral, lo que podría tener un impacto significativo en el bienestar biopsicosocial de los pacientes.

Uno de los principales objetivos es la búsqueda para resaltar la importancia de poder ver los aspectos psicosociales en el tratamiento del cáncer con el fin de mejorar la atención integral de pacientes oncológicos, El diagnóstico y tratamiento del cáncer no solo cambia la vida física de los pacientes, sino también su vida emocional, social y económica por todo esto es fundamental que el sistema de salud en el ámbito públicos y privados puedan desarrollar estrategias que aborden estos aspectos y así promover el bienestar biopsicosocial de los pacientes y en última instancia mejorar su pronóstico y calidad de vida. Este estudio pretende aportar un conocimiento valioso sobre el impacto psicosocial del cáncer en el Hospital El Alto Sur y contribuir a la creación de políticas de salud.

1.1 Antecedentes del tema de investigación

El cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto a nivel mundial, debido a su elevada tasa de mortalidad y al impacto que genera en la salud pública. Se caracteriza por la proliferación descontrolada de células anormales en cualquier parte del organismo, formando tejidos tumorales que pueden comprometer la función de distintos órganos. Existen dos categorías principales: los tumores benignos, que aunque pueden crecer no se diseminan, y los malignos, que pueden invadir otros tejidos y propagarse a través del torrente sanguíneo o del sistema linfático.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008 se proyectó un incremento significativo de la mortalidad por cáncer a nivel global, con estimaciones que preveían un aumento del 45% para el año 2030. Este incremento se atribuye al envejecimiento poblacional y a cambios en los estilos de vida, factores que han incrementado la prevalencia de enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer.

Años después, Holland y Weiss (2018) destacaron en su investigación la importancia del apoyo psicosocial en pacientes oncológicos, señalando que la intervención psicológica y el soporte emocional son determinantes para mejorar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento. Estos hallazgos reforzaron la necesidad de incorporar la atención emocional como parte del abordaje integral del paciente oncológico.

En América Latina, estudios realizados en México, Colombia y Argentina entre 2019 y 2021 evidenciaron que las limitaciones en el acceso a servicios de salud mental y la escasa presencia de redes de apoyo social aumentan el impacto psicosocial del cáncer. Se identificaron niveles elevados de ansiedad, depresión y estrés en pacientes oncológicos, lo cual no solo afecta su estado emocional, sino también su respuesta al tratamiento.

En Bolivia, aunque se cuenta con datos sobre la incidencia de cáncer, las investigaciones sobre sus efectos psicosociales son escasas. Datos recientes señalan que los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz concentran la mayor cantidad de casos oncológicos. En La Paz, el cáncer de

cuello uterino representa el 40% de los diagnósticos en mujeres, seguido por el cáncer de mama con un 16%, según reportes hospitalarios. Sin embargo, pocos estudios han abordado las consecuencias emocionales y sociales que enfrentan los pacientes con cáncer en el país, evidenciando la necesidad de profundizar en esta problemática.

Al momento se cuenta con varios datos estadísticos de la incidencia del cáncer en Bolivia, por ejemplo: El cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres en Bolivia. Actualmente, el país registra una alta tasa de incidencia, con 55.56 casos por cada 100,000 mujeres, y una tasa de mortalidad de 26.3 por cada 100,000. Entre 2016 y 2023, se reportaron más de 13,000 casos confirmados, representando el 26% de los cánceres en mujeres. Pero aún existe un vacío en la información de la relación con las consecuencias psicológicas, sociales y económicas de esta enfermedad que genera tanto en los pacientes como en sus familiares. Al hablar de cáncer podemos deducir la gran relevancia no solo afecta la salud física de quienes lo padecen también tiene su impacto profundo en su bienestar emocional, su dinámica familiar y su estabilidad financiera. En tal sentido, la presente investigación se justifica en la necesidad de comprender con mayor profundidad estos efectos y de establecer lineamientos que permitan analizar cómo influyen en la vida cotidiana de los pacientes y su entorno más cercano. Al estudiar estos factores, podemos encontrar que se proporciona un enfoque completo que contribuya a tomar estrategias de apoyo y acompañamiento más efectivas para quienes enfrentan esta enfermedad.

1.2 El problema

1.2.1 Identificación del Problema

En Bolivia, el cáncer se ha consolidado como una de las principales causas de mortalidad, con un incremento sostenido en su incidencia en los últimos años. Según reportes del Ministerio de Salud (2023), las enfermedades oncológicas representan aproximadamente el 16% de las muertes por enfermedades no transmisibles en el país. Los tipos de cáncer con mayor prevalencia en Bolivia son el cáncer de cuello uterino, el de mama, el gástrico y el de próstata. En el

departamento de La Paz, se ha reportado que el cáncer de cuello uterino representa el 40% de los casos oncológicos en mujeres, seguido por el cáncer de mama con un 16%. Estas cifras reflejan no solo la magnitud del problema físico, sino también su potencial impacto psicosocial.

Estudios realizados a nivel internacional y regional han evidenciado que los grupos más afectados en el ámbito psicosocial por el diagnóstico de cáncer corresponden principalmente a mujeres en edad reproductiva y adultos mayores. Según un análisis realizado en Argentina y Colombia (2020), las mujeres jóvenes y de mediana edad tienden a presentar mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés, debido a su rol familiar y social, y al temor de afectar su imagen corporal y sus relaciones personales. Asimismo, los adultos mayores enfrentan dificultades emocionales asociadas a la percepción de pérdida de autonomía y al aislamiento social.

Entre los factores que agravan el impacto psicosocial del cáncer se encuentran la falta de acceso a servicios de salud mental, la carencia de redes de apoyo social, los prejuicios culturales sobre la enfermedad y la limitación de recursos económicos para costear tratamientos prolongados y cuidados especializados. En Bolivia, la atención oncológica se ha concentrado históricamente en el aspecto clínico y terapéutico, dejando de lado los factores emocionales, familiares y sociales que pueden incidir en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida de los pacientes.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado desde 2017 incluir en los servicios de atención oncológica programas de intervención psicosocial, con el fin de brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias, promover su bienestar mental y mejorar la adherencia al tratamiento médico. Algunos países de América Latina, como México, Chile y Uruguay, han incorporado estos lineamientos a través de unidades de psicooncología en hospitales públicos, logrando disminuir el impacto emocional del cáncer y facilitar la adaptación de los pacientes a su diagnóstico.

En Bolivia, aunque el Ministerio de Salud ha reconocido la necesidad de un enfoque integral en la atención oncológica, los avances en este sentido han sido limitados. El Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer se ha centrado principalmente en campañas de detección precoz y tratamiento clínico, sin consolidar de manera efectiva servicios de apoyo psicosocial. Por su parte, el Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz ha priorizado el fortalecimiento de infraestructura médica y la dotación de insumos para diagnóstico, sin contemplar la implementación de estrategias psicosociales específicas para pacientes oncológicos.

Actualmente, aspectos como la atención psicológica sistemática, el acompañamiento familiar, y la creación de grupos de apoyo comunitario para pacientes oncológicos continúan siendo necesidades insatisfechas en el sistema de salud boliviano. Esta carencia de recursos especializados y de políticas públicas orientadas al manejo integral del paciente con cáncer evidencia una problemática vigente que afecta tanto la evolución médica como el bienestar emocional de quienes enfrentan esta enfermedad, situación que sigue sin resolverse a pesar de las recomendaciones internacionales y las experiencias exitosas en países vecinos.

1.2.2 Definición del problema

¿Cuáles son los efectos psicosociales y su impacto en la calidad de vida de los pacientes oncológicos adultos del Hospital El Alto Sur durante la gestión 2024?

1.3 Justificación y uso de los resultados

El cáncer puede definirse como un conjunto de enfermedades caracterizadas por el crecimiento anormal y descontrolado de distintos tipos de células en el organismo. Este proceso se origina generalmente por alteraciones genéticas que afectan la regulación celular. Si bien en algunos casos existe predisposición hereditaria, la mayoría de estas mutaciones ocurre de manera espontánea a lo largo de la vida debido a factores ambientales y biológicos. El cáncer no solo provoca un deterioro físico considerable, sino que su diagnóstico conlleva profundas repercusiones en la esfera emocional, psicológica y social tanto del paciente como de su entorno familiar.

El simple hecho de recibir un diagnóstico de cáncer genera temor y ansiedad, no solo por la enfermedad en sí, sino también por los tratamientos y sus efectos, las modificaciones en la rutina diaria, las posibles complicaciones a corto y largo plazo, y las consecuencias sociales y económicas. La carga emocional que enfrentan tanto el paciente como su familia suele ser significativa, afectando la estabilidad familiar, social y laboral. Incluso en fases tempranas, el impacto psicológico puede ser considerable, y se intensifica en estadios avanzados o terminales, donde la incertidumbre sobre el futuro incrementa la angustia.

Los factores psicológicos y sociales desempeñan un papel determinante en la vida del paciente oncológico, pues su bienestar emocional y el apoyo familiar inciden directamente en su percepción de la enfermedad, en su calidad de vida y en su adherencia a los tratamientos. La angustia, el estrés, el aislamiento social y el miedo pueden acelerar el deterioro físico y emocional, agravando su estado general. No obstante, también puede representar una oportunidad para replantear hábitos de vida, fortalecer vínculos familiares y construir recursos emocionales que contribuyan a sobrellevar mejor la enfermedad.

En Bolivia, las investigaciones sobre cáncer se han orientado principalmente al diagnóstico, tratamiento clínico y seguimiento médico, dejando de lado el análisis de los efectos psicosociales en los pacientes y su entorno familiar. Este vacío dificulta reconocer que, además de los efectos físicos, la enfermedad genera importantes cambios emocionales, sociales y económicos, alterando rutinas, relaciones sociales y estabilidad financiera. Por ello, resulta imprescindible adoptar un enfoque integral que contemple no solo la dimensión clínica, sino también el bienestar biopsicosocial del paciente y su familia.

La presente investigación tiene como propósito analizar los efectos psicosociales que experimentan los pacientes diagnosticados con cáncer, identificando los cambios ocurridos en su vida personal y familiar desde el diagnóstico hasta el proceso de tratamiento y recuperación. Asimismo, busca comprender la percepción que los pacientes tienen sobre su enfermedad y la atención médica recibida. Como estrategia, se pretende generar información local actualizada que permita fundamentar la elaboración de propuestas para implementar programas

de acompañamiento psicológico y social en los servicios oncológicos, contribuyendo así a una atención integral que favorezca el bienestar emocional, familiar y social de los pacientes oncológicos en Bolivia.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Determinar los efectos psicosociales y su impacto en la calidad de vida de los pacientes oncológicos adultos del Hospital El Alto Sur durante la gestión 2024.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar los principales efectos psicológicos que experimentan los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital El Alto Sur durante la gestión 2024.
2. Determinar la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención psicosocial recibida en el hospital, y si este influye en su bienestar.
3. Explorar como la situación social y económica de los pacientes oncológicos influyen en el acceso a tratamiento.
4. Identificar las causas de rechazo al tratamiento de los pacientes oncológicos que acuden al Hospital el Alto Sur.
5. Proponer recomendaciones para mejorar los servicios de atención psicosocial en el Hospital el Alto Sur basadas en los resultados obtenidos de los estudios.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL

2.1 Marco teórico

La patología del cáncer es una enfermedad en la cual las células de nuestro organismo se multiplican incontrolablemente y proliferan por todas las partes del cuerpo (1).

La patología oncológica puede iniciar en diferentes áreas del cuerpo está conformada por millones de células. En parámetros fisiológicos las células humanas se multiplican a través de la división celular y así crear células humanas nuevas según la necesidad que nuestro organismo necesita. En el momento que las células cumplen su ciclo de vida o sufren algún tipo de alteración estas mueren y se inicia nuevamente el ciclo de desarrollo.

En muchas oportunidades este ciclo no sigue su orden y las células con alteración estructurales se multiplican de forma rápida las mismas pueden llegar a crear tumores malignos o benignos.

Las células anormales invaden a los órganos proximales. Estos mismos se diseminan hacia áreas distales de nuestro organismo y multiplicar los tumores, ocasionando metástasis. Muchas de estas neoplasias malignas crean masas sólidas y otras se forman vía hematológica como la leucemia. Y las neoplasias benignas estas mismas no se propagan hacia diferentes órganos proximales y/o distales. Cuando se realiza extirpación de los tumores malignos en la gran mayoría suelen volver a propagarse en cambio así no los tumores benignos posterior a su extirpación estos mismos ya no reaparecen. Se debe de tomar en cuenta las neoplasias benignas por el gran alcance o tamaño y área donde se encuentre pueden ocasionar riesgo de vida a los pacientes.

Debemos de identificar el funcionamiento de la enfermedad del cáncer ya que la misma es muy compleja ya que la misma presenta diversidad de entidades clínicas como ser cáncer de próstata, astrocitomas cáncer de cuello uterino I leucemias etc.

A pesar de las distintas manifestaciones clínicas de esta enfermedad, ha sido posible generar un consenso en ciertos principios comunes que se observan en

las distintas entidades clínicas cuya complejidad se ha ido descifrando gracias a los avances tecnológicos **(2)**.

Muchas veces las células cancerosas para que se multipliquen o realicen la mutación y las mismas logren permanecer en un celular alterado y crear un clon tumoral se deben iniciar diferentes fenómenos los mismos son:

Alteración en la inestabilidad genómica y transformación: la asistencia y almacenamiento de cambios responsables de un incremento de las células anormales esta favorecida por la transformación genómica de las células tumorales, la forma peculiar y común se realiza en gran cantidad de células tumorales incrementa la acumulación de alteración genética. Este fenómeno muchas veces se presenta con gran cantidad de alteraciones cromosómicas y alteraciones estructurales en la ploidía, además de presentarse diferentes cambios o alteraciones en los nucleótidos. Los cambios en los cromosomas ocurren en primera instancia cuando con neoplasias malignas lo que ocasiona la transformación genómica esta crea capacidades que favorecen la progresión de las células tumorales.

Las células fisiológicas presentan distintos tipos de fenómenos los mismos identifican la mutación o cambios de manera inmediata al evidenciarse algún tipo de alteración la misma detiene el ciclo celular normal, la reestructuración del ADN y la eliminación de una célula dañada se realiza mediante la apoptosis que es la muerte celular programada. En este evento participan las macromoléculas formadas de aminoácidos de los genes que realizan la reparación del ADN y los genes que realizan la eliminación de las células alteradas una de las principales proteínas que realizan la supresión es la p53, la misma se denomina como guardián de genoma. La característica de las células tumorales es la acumulación de cantidad de cambios es mayor por la sensibilidad a agentes de cambios en las células tumorales o alteraciones en uno o más estructuras de control genética ocasionada por cambios en los genes de eliminación tumoral o reparadores del ADN, por lo que la célula alterada presenta de forma espontánea la apoptosis.

Las diferentes características hereditarias crearan un gran desarrollo de cambios en las células. Un ejemplo el síndrome de Lynch, los portadores heredan los genes reparadores del ADN mutados. Existirán alteraciones en las proteínas, las cadenas de secuencia génicas están mismas nos son generadas ni preservadas de forma adecuada en el momento que se realiza la replicación y por los mismos se generan nuevos fragmentos, en el cual ocasiona alteración en la estabilidad micro satelital, la misma puede ser utilizada como un marcador, en estos pacientes presentan alteración basal en los cambios de sus células y las mismas ocasionar desarrollo de diferentes tipo de tumores las cuales pueden ser oligodendroglioma, próstata, cervicouterino, estomago ovario, colon.

Seguidamente con la falla de los factores de control existe la pérdida del ADN con la ausencia de los telómeros estas mismas son secuencias de ADN que se encuentran en las partes distales de los cromosomas, ocasionando alteración genómica lo que nos indica alteraciones estructurales en el cariotipo de células tumorales ocasionando agrandamiento y corte de los segmentos de cromosomas.

Los cambios que existen varían por la selección o tipos de tumores, tomando en cuenta la cantidad y identificación de las características del genoma tumoral la misma que indica alteraciones genómicas la misma es inherente a los tumores están a final indican alta probabilidad de que ocurran cambios en la oncogénesis los mismos modifican la capacidad de mejora de vida de las células tumorales.

Inflamación tumorigenica: las células fisiológicas de nuestro cuerpo están identificadas por distintos tipos de células, tomando en cuenta las neoplasias interactúan con células cancerosas estas mismas generan la multiplicación tumoral ocasionando estabilidad funcional y nutricional, lo que nos identifica un microambiente tumoral. Se identifican como fibroblastos alterados, acompañado de células endoteliales, sistema inmune innato y adaptativo.

El sistema inmune con sus células son las primeras responsables de la vigilancia tumoral y apoptosis de los clones tumorales. Durante este mecanismo se produce el estado de inflamación crónica esta es mediada por lo macrófagos y

los mastocitos que se introducen a la célula cancerosa estos producen mecanismos ocasionando multiplicación tumoral en diferentes etapas.

Por una parte, la inflamación promueve la iniciación tumoral al generar un estrés genotóxico, que favorecen nuevas mutaciones; participa en la promoción al inducir la proliferación tumoral y a la progresión tumoral al incrementar la producción de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis) alrededor del tumor y la invasión tisular al favorecer la extravasación celular, lo que facilita el desarrollo de metástasis. Los factores generados por las células inmunes como factores pro angiogénesis y de crecimiento, enzimas modificadoras de la matriz extracelular y otras señales son capaces de inducir las capacidades de las células tumorales y se han descrito como eventuales blancos terapéuticos **(33)**.

Entre las causas que ocasionan la patología oncológica se identifica una serie de factores externos e internos los mismos en estos últimos años se encuentran identificados, los que son externos se identifican son el fumar, el alcohol, la dieta transgénica y la radiación, los diferentes tipos de trabajos siendo factores ocupacionales donde se inhala arsénico, cuero, níquel, asbesto además de algunos fármacos y determinados microorganismos.

Las características de la etiología endógena se identifican a diferentes alteraciones estructurales genéticas, que en la actualidad se indica como principales desencadenan de las oncogénesis dominantes estos mismos genes son genes supresores de las células tumorales o la anti oncogénesis.

Se identifican diferentes tipos de cánceres y terminación médica de los mismos en la cual indica de las células y tejidos donde estos nacen, los mismos donde genera su crecimiento es en la mesénquima y estos se identifican como sarcomas estos crean los epitelios, carcinomas. Los carcinomas se diferencian de los adenocarcinomas en estas las células toman en cuenta un patrón de crecimiento glandular epidermoide o escamoso.

Una vez identificando el órgano o tejido donde se originado el proceso se definirá la entidad como por ejemplo, osteosarcoma, sarcoma de Kaposi adenocarcinoma de mama carcinoma epidermoide de esófago. Existe una gran posibilidad curación de diferentes tipos de cánceres malignos estos dependen

de diferentes circunstancias siendo la más importante la extensión y el estadio de la patología en el momento actual.

Esta adaptación en la difusión tumoral se producirá en invasión identificando una sola área, como a una sola área distal que indicará la metástasis. La multiplicación se produce por tres vías identificadas como fundamentales las mismas pueden ser por vía linfática, invasión directa y vía hematógena.

Las mismas se características para el sistema de estadiaje representada por sus siglas que indican T que representa tamaño del tumor primario, N presencia de metástasis en ganglios linfáticos y M metástasis a distancia. Los mismos indican tumor primario además de menor a mayor tamaño como T1, T2, T3 Y T4, y presencia de afectación ganglionar creciente como N0, N1, N2 Y N3 ademas de falta o presencia de invasión o metástasis como M0 y M1

Basados en estos datos se han desarrollado dos sistemas paralelos de estadios clínicos, el de la UICC (Unión Internacional contra el Cáncer) y el de la AJC (American Joint Committee for Cancer Staging and End Result Reporting), usados indistintamente por las diferentes escuelas **(33)**.

Se toma en cuenta este modelo médico y a partir del mismo la patología oncológica agrupa enfermedades caracterizado por acumulación de cambios celulares de genomas, y alteraran la fisiología a nivel molecular, celular de los sistemas y generando posteriormente la muerte del paciente en algunos casos, es por lo cual la patología oncológica trata de identificar de forma oportuna y específica así mismo poder realizar un tratamiento eficaz.

También, encontramos desde la biología y la evolución comprensiones del cáncer como resultado de los cambios evolutivos de las especies y estos cambios son debidos a mutaciones al azar que pueden llegar a generar un fallo en el sistema inmunológico, estos se daría en las especies más débiles (ser humano con cáncer), mientras que la selección natural del más fuerte, es capaz de neutralizar las células en crecimiento excesivo y asegurar su descendencia, según este modelo, también explica que ese conflicto biológico que se expresa en forma de cáncer, se debe a las relaciones entre el medio y el ser vivo en las diversas pautas de comportamiento adquirido a lo largo de la evolución de la vida

(34). Ya en el comienzo del estudio de esta enfermedad, en 1838, se describió que el tejido canceroso estaba conformado por células con morfología alterada, y se postuló que la causa de esta enfermedad yacía en lesiones celulares. (3).

2.1.1 Tipos de cáncer

Se revisaron diferentes tipos de metaanálisis de estudios epidemiológicos de patologías oncológicas las mismas nos ayudan a verificar los casos nuevos y antiguos de cada tipo de cáncer además de la etiología, distribución, factores de riesgo de cada uno de los mismos, para identificar los mismos se toma en cuenta registros de células cancerígenas de diferentes áreas geográficas de una ciudad o de un país esta misma tiene que ser evaluada anualmente (3).

En el año 2022 la organización mundial de la Salud indica que los tipos de patologías oncológicas más comunes alrededor del mundo son el cáncer de mama , seguida de cáncer pulmonar , el cáncer de colon y recto el cáncer prostático, el cáncer en la piel y el cáncer gástrico, mientras que los más mortales durante el 2020 fueron el cáncer pulmonar el cáncer colon-rectal, el cáncer hepático el cáncer gástrico y el cáncer de mama Los tipos de cáncer diagnosticados con mayor frecuencia entre los hombres son: próstata , pulmón vejiga y melanoma de la piel Entre las mujeres, los tipos de cáncer con mayor incidencia son: mama , pulmón , colorrectal , tiroides y cervicouterino Los tipos de cáncer que causaron más muertes entre los hombres son: pulmón, próstata, colorrectal, hígado y estómago. En las mujeres son: mama, pulmón, colorrectal, cervicouterino y ovario (4)

Los diferentes tipos de neoplasias se definen por el órgano o tejido afectado en el que se ha originado y posteriormente generando metástasis. Desde diferentes puntos de vista se ha definido las patologías oncológicas según las alteraciones celulares y moleculares pero las mismas que al final se identifican o se agrupan por el tejido u órgano afectado.

Carcinomas: estos se identifican a partir de las células epiteliales las mismas recubren la superficie de los órganos y/ o tejidos corporales afectados, se toma en cuenta más del 80% de la totalidad de los canceres y la mayoría o por

prevalencia más comunes son cáncer de mama, próstata, colon, páncreas, estómago y de pulmón.

Sarcomas: esta neoplasia se origina a partir del tejido conectivo o conjuntivo donde se originan los músculos, los huesos, el tejido graso y cartílago, la prevalencia son los sarcomas óseos.

Leucemias: Es la patología oncológica que se prolifera a través de la medula ósea mismo que está a cargo de la generación de glóbulos rojos, blancos y plaquetas. Las alteraciones estructurales de este tipo de células generasen anemia, infecciones acompañado de alteración en la coagulación.

Linfomas: Se generan a través del tejido linfático es decir a través de los ganglios y órganos linfáticos **(34)**.

Los diferentes mecanismos evolutivos del cáncer estas pueden ser avanzado la cual identifica y toma en cuenta la extensión más allá del órgano que lo inicio la misma en la cual se evidencia como situación incurable con pronóstico malo, se toma en cuenta los nuevos alcances de tratamiento y terapia los mismos asociados al número de neoplasias de la enfermedad avanzada con probabilidad de remisión de cuadro oncológico, además se toma en cuenta la extensión local y muchas veces de difícil acceso lo cual dificulta el abordaje del mismo son difícilmente tratables mediante abordajes regionales cirugía o radioterapia

Tomamos en cuenta la extensión de la enfermedad y así denominándola estadificación las cuales se clasifican en fases evolutivas o posibles estadios cada una de las mismas nos ayuda a identificar el pronóstico evolución y muchas veces el tratamiento específico dependiendo la extensión y origen de la neoplasia a mayor estadio peor pronóstico.

Muchas veces se trata el cáncer con diferentes tratamientos o diferentes tipos de escenarios así evitar que la enfermedad progrese a pesar de combinación de tratamiento ya instaurado el paciente puede permanecer estable durante el tratamiento durante la radioterapia esta misma puede disminuir su tamaño o desaparecer la misma, es lo que tomamos en cuenta como progresión, estabilización, respuesta parcial o respuesta completa. En centros oncológico se

realiza la gradación se toman en cuenta criterios los mismos evalúan cambios en el tamaño, diámetros de las lesiones tumorales además de pruebas de imagen. Que se realizan antes y después del tratamiento instaurado,

Muchas de estas pruebas pueden ser equivocadas y en la mayoría de los casos se realiza otros tipos de estudios adicionales de confirmación. Donde se prioriza el estado clínico de paciente siendo fundamental independientemente de los estudios realizados previamente. Se toma en cuenta el término recurrente el mismo indicaría la reaparición de cáncer tras su curación o remisión completa al tratamiento. Se toma en cuenta además términos de local la cual se produce la reaparición en un área específica o donde creció el tumor primario y además de tomar en cuenta el término regional que esta se encontraría de manera distal al mismo de origen (5).

2.1.2 Factores de riesgo de cáncer:

Se toma en cuenta los diferentes tipos de factores desencadenantes como ser sociales, económicas conductuales, biológicas o ambientales identificando las mismas están generan un incremento para alguna patología oncológica específica (5).

2.1.2.1 Factores de riesgo identificados con el cáncer de mama

- **Menarquia prematura:** esta misma identifica con presencia de la menstruación antes de los 12 años
- **Menopausia retardada:** se identifica que las mujeres sometidas a ooforectomía bilateral antes de los 45 años, alto riesgo desarrollar cáncer de mama en comparación con mujeres con una menopausia a los 55 años o más.
- **Edad avanzada:** se toma en cuenta una edad mayor a 40 años.
- **La exposición a hormonas externas:** la presencia de terapia hormonal antes y posterior a la menopausia genera alto riesgo de presencia de cáncer de la a, antes de iniciarse terapia hormonal se debe realizar una evaluación clínica exhaustiva y posterior seguimiento de la misma. Además, contar con un estudio de imagen de inicio como ser la

mamografía y realizar controles posterior no mayor a los 6 meses iniciada la terapia hormonal.

- **Antecedentes familiares con patología de cáncer de mama.**
- **Condiciones o mutaciones genéticas:** estas pueden ser hereditarias los más comunes genes BRCA 1 y BRCA 2.
- **Exposición a radiaciones:** esta misma puede ser en actividades laborales o durante la niñez
- **Antecedentes personales de cáncer de mama o diferentes tipos de patologías de las mamas que no son cancerosas:** estas mismas son identificadas como: densidad mamaria aumentada, lesiones proliferativas sin atipia, hiperplasia atípica, carcinoma lobulillar in situ. Adenosis del seno, fibroadenomas del seno, tumores filoides del seno, papilomas intraductales.
- **Paridad:** Se identificó que mujeres que no presentaron embarazo con mayor riesgo que las multíparas, en la prevalencia mujeres mayores de 40 años, además de menor espacio intergenésico se asocian a mayor riesgo de cáncer de mama.
- **El Primer embarazo a término posterior a los 30 años de edad:** se identificó el extenso termino o intervalo entre la menarquia y la primera gestación, los cual ocasionara alteraciones celulares los cuales condicionan cáncer de mama.
- **Lactancia:** se toma en cuenta que mientras se extienda la lactancia existe menor riesgo de contraer cáncer de mama.
- **Factores dietéticos:** estos son identificados como la obesidad en mujeres s evidencio mayores niveles de estrógeno endógeno y alto riesgo de cáncer de mama.
- **Ausencia o escaso ejercicio físico o sedentarismo.**
- **Presencia de toxicomanías como Consumo de nocivo de alcohol y tabaquismo.**

Tomando en cuenta la literatura y mencionados los últimos factores de riesgo los mismos son modificables significa que si evitamos los mismos se prevendría el cáncer de mama.

2.1.2.2 Factores de riesgo relacionados con el cáncer de próstata

Dentro de los factores existen una gran variedad de los mismos estos se toman en cuenta los externos o ambientales (6). Se evalúa un meta análisis que indica que los hombres japoneses corren menor riesgo de presentar cáncer de próstata que los hombres estadounidenses.

Se indica como importantes los siguientes factores de riesgo para el desarrollo de cáncer:

Los siguientes factores de riesgo se consideran importantes en el desarrollo del cáncer de próstata:

- Susceptibilidad genética
- Dominio hormonal
- Síndrome metabólico
- Antidiabéticos orales
- estatinas
- Obesidad

2.1.2.3 Factores de riesgo relacionados que condicionan cáncer cérvico uterino

- **Habito de Fumar.** Este mismo incrementa el riesgo para cáncer del cuello del útero. Cuando se identifican cuadro de Virus del papiloma humano en personas fumadoras, el cuadro suele durar mayor tiempo El Virus del papiloma humano.
- **Incremento del número de parejas sexuales.** Se toma en cuenta la promiscuidad de parejas sexuales mayor será la probabilidad de contraer el virus del papiloma humano. Y por ende contraer cáncer de cuello uterino.

- **Inicio de actividad sexual a edad temprana.** Esta misma incrementa el riesgo de contraer cáncer de cuello uterino por presencia de virus del papiloma humano.
- **Diferentes tipos de infecciones de transmisión sexual.** Presentar otra patología como ser infecciones de transmisión sexual, aumenta el riesgo de contraer Virus del papiloma humano que puede causar cáncer del cuello del útero.
- **Tener un sistema inmunitario debilitado.** El mismo es un factor de alta probabilidades de presentar cáncer de cuello uterino si nuestro sistema inmunitario está debilitado por otra afección de salud y contraemos el virus del papiloma humano.
- **Evitar la Exposición a medicamentos para prevenir un aborto espontáneo.** un medicamento llamado dietilestilbestrol durante el embarazo, incrementa el riesgo de padecer cáncer de cuello del útero. el mismo está identificado como un tipo de cáncer de cuello del útero llamado adenocarcinoma de células claras **(7)**.

2.1.3 Prevención del cáncer

Se debe tomar en cuenta el hecho que la mayoría de estos agentes cancerígenos son modificables lo que significa que los factores de riesgo los podemos dirigir para la prevención de patología oncológica y así eliminar del agente nocivo.

Por lo cual se debe eliminar el mismo o disminuirá el contacto

- Evitar fumar.
- No exponerse al sol por tiempo permanente
- Se debe mantener una adecuada higiene en el área genital.
- Controlar o evitar r el consumo de alcohol.
- Consumir una dieta adecuada, la misma rica en fibras vegetales, frutas y baja en grasas.

- Identificares unidades de trabajo de alto riesgo como lo son los trabajadores de ciertas industrias protegerlos de agentes nocivos y realizar controles médicos por lo menos cada 6 meses.
- Evitar la exposición a radiaciones

Se dice que los canceres tomando en cuenta un 50% de las células malignas con curables por lo cual el diagnóstico precoz la importancia de la misma.

2.1.4 Diagnóstico del cáncer:

Para determinar el origen de la neoplasia se realiza diferentes tipos de estudios como ser:

Cáncer de cuello Uterino:

Se realiza la citología el mismo no ocasiona ningún tipo de dolor y realiza con la toma de una muestra de secreción de cuello uterino así obtener células y las mismas extenderlas sobre una lámina y mediante técnica de fijación para posteriormente ser leídas con el microscopio.

Esta prueba no solo indica sospecha o detecciones de cáncer sino también así de otras infecciones **(8)**.

Se recomienda que toda mujer que haya iniciado relaciones sexuales se le practique un examen periódicamente cada 6 meses o una vez al año

Existen diferentes tipos de exámenes las cuales son:

- Identificación de células anormales malignas en sangre
- Ecografía
- Tomografía computarizada
- Resonancia magnética

Además de localización y Tipo de examen

- Estómago: Radiología de doble contraste
- Pulmón: Radiología, Citología del esputo, Broncoscopía.
- Útero: Citología cervical o Papanicolaou

- Mama: Autoexamen de la mama, Examen clínico y Mamografía

2.1.5 Tratamiento del cáncer

Las características terapéuticas se plantean de diferente forma está distinguiendo el objetivo que queremos obtener y pueden ser **(9)**:

- Curación
- Remisión de los síntomas
- La utilización de ensayos clínicos fase I

El tipo de tratamiento que se designara según los objetivos que se propongan para la erradicación de la neoplasia, dependiendo la extensión además de la hemodinamia del paciente es decir el estado de salud, su edad y los diferentes tipos de comorbilidades que presente.

Las diferentes modalidades de tratamiento utilizadas pueden ser unitarias o combinadas para la terapéutica del cáncer: radioterapia, quimioterapia y la cirugía además está la terapia inmunológica.

La radioterapia y cirugía las mismas combinadas son efectivas mas que la terapia farmacológica en las neoplasias localizadas al contrario es poco confiable en neoplasias diseminadas.

En la última década se lograron muchos avances no solo tecnológicos sino también en la comprensión de la complejidad de las características y tratamiento de la patología oncológica. Debido al incremento de los casos nuevos el tratamiento del cáncer es un desafío para este siglo, los diferentes tipos de tratamiento serán cirugía, radioterapia quimioterapia, terapia hormonal e inmunoterapia.

La radioterapia es un tratamiento fundamental para el cáncer ya que más del 50% revisen este tratamiento durante el transcurso de su enfermedad y este mismo aproximadamente el 40% es efectivo para el cáncer.

El objetivo primordial de este tratamiento será limitar a las células cancerígenas de su replicación o multiplicación.

En los últimos cien años los avances en las modalidades de tratamiento con la radioterapia y el progreso que se realiza en el entendimiento del funcionamiento de la respuesta a las células cancerosas a la radiación incrementaran la supervivencia y estos mismos lograrán la disminución de efectos secundarios que llegaran a presentar en los pacientes con patologías oncológicas **(35)**.

2.1.5.1 Cirugía

Dentro de la patología oncológica la cirugía es el tratamiento mas antiguo el objetivo de la misma es la resección de tumores sólidos que se encuentran delimitados en una zona designada. Esta misma técnica tiene diferentes objetivos como ser tomas de biopsia para posteriormente realizar un estudio histopatológico, preventivas esta se realiza para excresis de lesiones premalignas y terapéuticas la división de la misma nos coadyubara a trabajar con diferentes tipos de modalidades de tratamiento **(10)**:

- El tratamiento quirúrgico que se utilice para una neoplasia primaria se determinara una terapia local asociada a cirugía y se evaluara si se utilizara otro tipo de tratamiento para la erradicación de la misma.
- La Cirugía reductiva esta se caracteriza por la disminución de la masa de neoplasia residual.
- La extirpación quirúrgica de la neoplasia metastásica con la característica de intención curativa.
- La cirugía de descompresión esta se utiliza para la realización de cirugías de emergencias oncológicas.
- La cirugía paliativa para remitir los síntomas por ejemplo esta puede ser secundario a una obstrucción.
- La cirugía de rehabilitación o reconstructiva

2.1.5.2 Radioterapia

El tratamiento de la radioterapia se caracteriza por la administración de radiaciones ionizantes, estas mismas varían según la localización de la fuente radioactiva la modalidad de radioterapia puede ser externa se caracteriza esta

porque las radiaciones ionizantes están alejadas del paciente. La braquiterapia esta se une directamente al tejido a tratar, metabólica esta se administra vía endovenosa y será captada por el órgano afectado.

La técnica de radioterapia se indica en el 30% de las patologías neoplásicas estas mismas asociadas a diferentes tipos de modalidades de esta enfermedad (11).

Por su finalidad la técnica de radioterapia esta puede ser paliativa, coadyuvante o curativa, la radio curabilidad depende de la extensión, localización de la masa tumoral, característica de la misma, sensibilidad, la radioterapia curativa se limita a lesiones localizadas al igual que la cirugía la radioterapia complementaria asociada a quimioterapia o cirugía.

Debemos de tomar en cuenta que la radioterapia paliativa esta enfocada a mejorar específicamente la situación que este comprometiendo la calidad de vida como ser manejo de dolor o tratamiento de la compresión.

2.1.5.3 Quimioterapia

Esta técnica de tratamiento está limitado para neoplasias localizadas, es fundamental para tratamiento en tumores diseminados en los cuales las diferentes técnicas mencionadas previamente como cirugía y radioterapia tiene escaso valor. La modalidad de tratamiento del cáncer diseminado de clasifica en diferentes situaciones clínicas (12):

- Neoplasias que a su inicio o su naturaleza se caracterizan por su gran diseminación estas son patologías hematológicas y de primera intención se utiliza quimioterapia como tratamiento primario para que esta sea curativa de supervivencia.
- Neoplasias con diseminación metastásica pocos casos se evidenciaron como curativa en tumores sólidos metastásicos, la función de este tratamiento es prolongar la vida o remitir los síntomas.
- Neoplasias que aparentan estar localizados en un área o de contraste indetectables, se indica la quimioterapia con el intento de erradicar o asociar a diferentes tipos de tratamiento como cirugía o radioterapia.

La ventaja principal del tratamiento de la quimioterapia respecto a la radioterapia es de llegar a las células corporales en su gran mayoría y esta es captada en áreas específicas para eliminar las neoplasias localizadas denominadas santuarios como por ejemplo testículos el sistema nervioso central donde los diferentes tratamientos no ingresan.

Tipos de quimioterapia (13):

- La quimioterapia de provocación se utiliza como tratamiento primario esta se utiliza en pacientes con patología neoplásica ya avanzada o como tratamiento alternativo.
- La quimioterapia auxiliar es la administración de un tratamiento biológico posterior a que el tumor primario se trató con terapia local esta puede ser radioterapia o cirugía.
- La misma se administra cuando la lesión primaria es eliminada con antineoplásicos como en tratamiento de leucemias agudas en las cuales se utiliza el tratamiento de mantenimiento o de consolidación.
- La quimioterapia primaria en el cual se evidencia la neoplasia localizada y muchas veces no es efectiva por lo cual se utiliza como tratamiento alternativo.

Evaluación de la respuesta:

Se toma en cuenta diferentes métodos para evaluar la respuesta de una lesión neoplásica específica o de un paciente con tratamiento terapéutico determinado.

Los criterios aceptados de la OMS destacan la valoración de la respuesta de una enfermedad esta se determinada según la masa tumoral:

- Remisión completa: es la desaparición de toda la clínica de la lesión neoplásica en cuatro semanas estas separadas en dos observaciones.
- Remisión parcial: es la reducción de un 50% en todas las lesiones neoplásicas, sin reversión en ninguna o reaparición de algunas nuevas, durante cuatro semanas de observación.

- Enfermedad estable: es la reducción menor del 50% o incremento inferior al 25% en alguna de las lesiones neoplásicas medibles.
- Inicio o progresión de la enfermedad: es el crecimiento de un 25% o más de cualquiera de las lesiones neoplásicas medibles o aparición de nuevas lesiones neoplásicas.

Para las lesiones tumorales específicas existen diferentes clasificaciones que valoraran la respuesta de acuerdo a sus características de crecimiento extensión y/o localización. **(13)**

2.1.6 Cuestiones psicosociales

El diagnosticar una patología oncológica conlleva muchos desafíos para beneficio del paciente con un impacto en la salud mental ocasionando emociones como aislamiento, miedo, angustia. En este impacto juega un rol importante el personal de salud por la interacción antes durante y después del diagnóstico y tratamiento, además la buena comunicación fortalecerá el tratamiento y efectividad de la misma teniendo una adecuada relación médico – paciente e así mejorar la supervivencia.

El soporte efectivo debe construirse en torno a iniciativas personalizadas y basadas en la necesidad de garantizar que el soporte adecuado esté disponible en el momento justo. **(36)**. Los sobrevivientes de cáncer informan tasas más altas de preocupaciones psicosociales y necesidades generales de salud mental en comparación con aquellos sin antecedentes de cáncer **(14)**. Por lo tanto, es esencial abordar estas preocupaciones psicosociales en los sobrevivientes de cáncer para mantener la calidad de vida, prevenir el deterioro de conductas de salud críticas y reducir la morbilidad y la mortalidad prematura. Los sobrevivientes de cáncer con depresión clínica o cualquier diagnóstico de salud mental tienen un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas.

Desafortunadamente, los datos sugieren que no estamos satisfaciendo estas necesidades de los sobrevivientes de cáncer tan bien como deberíamos. Por ejemplo, en una encuesta de sobrevivientes de trasplante de células hematopoyéticas, entre aquellos que informaron sentirse angustiados, el 50 por

ciento dijo que no había recibido ningún tratamiento para sus necesidades emocionales **(15)**.

Tanto los sobrevivientes de cáncer mayores (más de 75 años) como los adultos jóvenes informan dificultades para obtener ayuda para sus necesidades psicosociales, con un 25 por ciento informando ansiedad y un 42 por ciento informando dificultades con sus relaciones. Algunas preocupaciones psicológicas, como el miedo a la recurrencia del cáncer, son específicas de los sobrevivientes de cáncer solamente

Los problemas psicosociales comunes entre los sobrevivientes de cáncer incluyen depresión, ansiedad, síntomas de estrés postraumático, miedo a la recurrencia del cáncer y angustia relacionada con el cáncer. La resiliencia y el crecimiento postraumático son impactos positivos que pueden moderar las preocupaciones psicosociales. Los factores sociales, el funcionamiento social y las condiciones físicas (como la disfunción sexual y la fertilidad) también pueden afectar estos problemas en los sobrevivientes de cáncer.

Tomando en cuenta los resultados en la cual se evidencia la necesidad de adicionar una atención psicológica o psiquiátrica al equipo de atención de pacientes con patología oncológica por la evidencia en la cual se obtiene posterior a la confirmación del diagnóstico que a su vez genera estrés, angustia y ansiedad los que nos ocasiona posteriormente un mal pronóstico presencia de alteración psicosocial afectando la calidad de vida. En los pacientes oncológicos.

Por lo cual es de vital importancia identificar los mismos de forma adecuada para iniciar de forma oportuna los cual nos llevara a realizar diferente tipo de estrategias para el manejo psicología y evitar los cuadros de ansiedad y depresión que en su gran mayoría son presentados en los pacientes con patología oncológica lo cual genere traumas no solo al paciente, sino que también a su entorno.

Especialmente con respecto a las diferencias de género, existe consenso en que los hombres son más propensos a no buscar atención especializada por esta causa y, a sufrir de mayores afectaciones por la presencia de altos niveles de ansiedad, depresión y trastornos relacionados con el estrés. **(16)**.

Deterioro del auto concepto es una noción compleja que comprende varios componentes. La investigación psico oncológica ha examinado los siguientes subconceptos: autoestima, imagen corporal, auto descontento y autovaloración.

La interacción entre el cáncer y el yo, que se refiere a la interacción entre la fluctuación del auto concepto de un individuo y el proceso completo del cáncer, es una relación bidireccional. Por un lado, en la década de 1990, los investigadores afirmaron que el cáncer no solo causa dolor físico, sino que también puede socavar el auto concepto de los pacientes. Como enfermedad crónica, algunos aspectos típicos del cáncer (por ejemplo, la incertidumbre) y los tratamientos contra el cáncer (por ejemplo, el daño físico agresivo) hacen que los pacientes y los sobrevivientes sean especialmente vulnerables a los cambios en sus autopercepciones. Por otro lado, se demostró que el auto concepto es una variable dependiente e independiente del desarrollo y la progresión del cáncer, el resultado del tratamiento del cáncer y la adaptación a la enfermedad. Por ejemplo, la baja autoestima está relacionada negativamente con el funcionamiento social, lo que induce una disminución recíproca de la autoestima.

Para investigar más a fondo, el cambio en la auto discrepancia, que se refiere a la brecha entre el yo real y el yo ideal, es una dimensión crítica para comprender el auto concepto en psicooncología. Por ejemplo, un estudio descubrió que los pacientes con cáncer que presentaban más síntomas físicos, tenían peor salud y percibían su cáncer como una enfermedad crónica en lugar de aguda tenían mayor auto discrepancias. Por el contrario, los niveles bajos de auto discrepancia se correlacionaban con un propósito de vida más elevado, relaciones más positivas con los demás y menos síntomas depresivos.

Sin embargo, el cáncer puede reconstruir el concepto que uno tiene de sí mismo de diversas maneras. Un estudio cualitativo que investigó a 26 adolescentes y adultos jóvenes sobrevivientes de cáncer encontró que 15 consideraban que el cáncer era "parte del pasado", mientras que otros 5 dijeron que la "identidad de los sobrevivientes del cáncer rara vez influía en la forma en que se definían a sí mismos en la vida diaria. Por lo tanto, las autopercepciones de los pacientes y

sobrevivientes de cáncer deben entenderse caso por caso en circunstancias clínicas.

Se debe tomar muy en cuenta que muchos pacientes oncológicos llegan a presentar alteración en su imagen corporal por una percepción directa existirá una insatisfacción corporal lo que ocasionará alteración en la salud mental esta alterada la misma. La patología oncológica cambia profundamente la apariencia esta misma se evidencia en las etapas del tratamiento debido a los métodos de tratamiento a usar, ocasionando presencia de cicatrices, alopecia dismorfia estas pueden ser temporales o definitivas. Ocasionando miedo antes de cualquier método terapéutico a utilizar, la preocupación excesiva generara di confort emocional acompañado en los cambios de humor caracterizado por presencia de depresión, ansiedad o estrés.

Aunque los problemas de imagen corporal afectan a una gran variedad de pacientes con cáncer, los grupos más típicos y sutiles, como los que padecen cáncer de cabeza y cuello y las pacientes con cáncer de mama, han atraído la mayor atención en investigaciones anteriores. Por ejemplo, un estudio afirmó que las percepciones de las pacientes con respecto a la pérdida de sus senos estaban llenas de contradicciones, tensión e incertidumbres mientras negociaban la discrepancia entre ellas mismas, el cuerpo y las expectativas y percepciones sociales de la feminidad y la condición de mujer **(37)**.

2.1.6.1 Depresión

La depresión es perjudicial para la salud física y la calidad de vida y está asociada con un riesgo dos veces mayor de mortalidad por cualquier causa en los sobrevivientes de cáncer **(16)**. La depresión también puede ser una respuesta a una enfermedad crónica y a factores estresantes físicos, sociales y ambientales que refuerzan sentimientos de inutilidad o falta de iniciativa, como "nada mejorará nunca" y "nada de lo que haga marcará una diferencia". Los síntomas depresivos incluyen síntomas emocionales, cognitivos y físicos o conductuales.

Los síntomas físicos o conductuales suelen confundirse en los sobrevivientes con efectos tardíos del tratamiento, como fatiga, dificultad para concentrarse y

trastornos del sueño. Por lo tanto, antes de diagnosticar la depresión, es esencial confirmar que los síntomas incluyen sentirse deprimido, desesperanzado o una pérdida de interés en experiencias que antes disfrutaba.

Existen múltiples factores asociados con una mayor incidencia de depresión, entre ellos:

- Ansiedad Tiempo más temprano desde el diagnóstico de cáncer (particularmente dentro de los primeros dos años después de finalizar el tratamiento)
- Antecedentes de depresión o antecedentes de tratamiento de salud mental.
- Un estilo de vida sedentario
- Historial de tabaquismo activo
- La evitación como estrategia de afrontamiento
- Nivel de educación inferior

2.1.6.2 Ansiedad

Los sobrevivientes de cáncer que sufren ansiedad pueden presentar una combinación compleja de síntomas físicos y psicológicos, lo que puede dificultar el diagnóstico. Los síntomas de ansiedad pueden expresarse de la siguiente manera:

- Tensión
- Inquietud
- Nerviosismo
- Hiperactividad autonómica
- Hipervigilancia ante síntomas y eventos
- Insomnio
- Distracción
- Dificultad para respirar

- Entumecimiento emocional
- Aprensión
- Preocuparse

Aunque muchos de estos síntomas pueden considerarse reacciones normales al diagnóstico y tratamiento del cáncer, los síntomas que interfieren con la calidad de vida o la capacidad de realizar actividades cotidianas de la vida diaria requieren una evaluación y un tratamiento más exhaustivos.

Prevalencia: Se informa que entre el 18 y el 25 por ciento de los sobrevivientes de cáncer a largo plazo padecen ansiedad

Factores de riesgo:

Existen muchos factores de riesgo identificados para la ansiedad entre los sobrevivientes. En un estudio, los factores asociados con un mayor riesgo de ansiedad incluyeron **(17)**.

- Edad más joven
- Vivir solo
- Un diagnóstico de cáncer de pulmón o melanoma.

Otros factores reportados asociados con la ansiedad incluyen:

- Evitación de sentimientos y pensamientos relacionados con el cáncer
- Una historia previa de tratamiento de salud mental
- Sobrevivientes de cáncer, más mujeres que hombres
- Enfermedad avanzada y presencia de síntomas físicos
- Menor tiempo desde el diagnóstico
- Mayor número de condiciones comorbilidades
- Aislamiento social
- Sobrevivientes de cáncer lesbianas, gays o bisexuales

2.1.6.3 Estrés postraumático

El síndrome de estrés postraumático y el trastorno por estrés postraumático están subdiagnosticados en los sobrevivientes de cáncer. Los sobrevivientes de cáncer pueden estar subdiagnosticados por diversas razones. Muchas medidas

clínicamente relevantes y bien estandarizadas se utilizan con poca frecuencia en las evaluaciones de salud mental de los sobrevivientes de cáncer. Además, muchos sobrevivientes de cáncer pueden no presentar síntomas que alcancen el nivel de Estrés postraumático, y algunos pueden usar estrategias de afrontamiento evitativas, que sirven para reducir la ansiedad y la evidencia de los síntomas. No obstante, los síntomas de Estrés postraumático aún pueden alterar la calidad de vida y el funcionamiento.

Síntomas:

Todos los pacientes con Estrés postraumático presentan algún elemento de las características cardinales, que incluyen la experiencia de un evento traumático (en el caso de los sobrevivientes de cáncer, relacionado con el diagnóstico y/o tratamiento del cáncer), síntomas de intrusión, síntomas de evitación, alteraciones negativas en la cognición o el estado de ánimo y cambios en la excitación o la reactividad. Sin embargo, si bien los síntomas del Estrés postraumático a menudo no alcanzan el nivel de trastorno en la mayoría de los sobrevivientes de cáncer, aún pueden alterar la calidad de vida y el funcionamiento.

2.1.6.4 Miedo a la recurrencia del cáncer

Síntomas: el miedo a la recurrencia del cáncer puede ser un síntoma dominante y muy común después del cáncer, tanto para los pacientes como para los cuidadores familiares **(18)**.

Si bien un cierto grado de FCR puede considerarse normal, los síntomas pueden ser lo suficientemente graves como para impedir la atención clínica o la calidad de vida. Algunos ejemplos de esto incluyen

- Evitar visitas a profesionales sanitarios y al consultorio
- Hipervigilancia ante cambios en las sensaciones o aparición de nuevos síntomas.
- Mayor utilización de la atención sanitaria, incluido un mayor número de visitas ambulatorias y a salas de emergencia

2.1.6.5 Angustia

La angustia relacionada con el cáncer es más común en los sobrevivientes de esta enfermedad que la mayoría de los otros diagnósticos de salud mental. La angustia relacionada con el cáncer a menudo se basa en las consecuencias de vivir con una mayor conciencia de las incertidumbres de la vida. La angustia relacionada con el cáncer no siempre se generaliza a ansiedad clínica, depresión o trastorno de estrés postraumático en todos los aspectos de la vida. En la práctica clínica, la angustia relacionada con el cáncer se diagnostica con mayor frecuencia como un "trastorno de adaptación", ya que los síntomas pueden no cumplir con los criterios de diagnóstico de ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático. La angustia relacionada con el cáncer puede comprender múltiples componentes, dependiendo de las complicaciones de salud del paciente, la situación ambiental y social y los métodos internos de afrontamiento. La angustia relacionada con el cáncer también puede fluctuar con el tiempo a medida que los síntomas u otras tensiones reavivan los sentimientos y temores relacionados con el diagnóstico y el tratamiento,

Los síntomas de preocupación o reacciones de estrés a causa de la angustia relacionada con el cáncer incluyen con mayor frecuencia

- Vivir con incertidumbre y miedo a la recurrencia
- La carga de gestionar las necesidades de salud
- Preocupaciones sobre la familia y las relaciones
- Cambios en la autopercepción y la imagen corporal
- Carga financiera y estrés en la gestión del seguro de salud
- Exigencias de comunicación con los sistemas y proveedores de atención sanitaria
- Mayor conciencia de la vulnerabilidad
- Hipervigilancia sobre síntomas nuevos o persistentes

No hay consenso sobre qué factores de riesgo comunes predisponen a los sobrevivientes a sufrir angustia relacionada con el cáncer. En parte, esto se debe a que los investigadores miden diferentes factores de riesgo potenciales en distintas poblaciones: en diferentes momentos después del tratamiento. Se han

observado asociaciones notificadas entre la angustia relacionada con el cáncer y lo siguiente:

- Problemas persistentes de salud física
- Signos físicos persistentes, que también pueden afectar negativamente la imagen corporal
- Bajos niveles de bondad y compasión hacia uno mismo, con una mayor tendencia a la autocrítica
- Sobrevivientes de cáncer de raza negra
- Sobrevivientes de cáncer lesbianas, gay o bisexuales
- Menor acceso al apoyo, ya sea educativo, financiero o social
- Preocupaciones financieras
- Ingresos más bajos
- Sobrevivientes solteros y sobrevivientes casados con bajo nivel de apoyo
- Cánceres primarios múltiples

2.1.6.6 Resiliencia

La resiliencia es un tema central en la psicooncología y puede ser una habilidad natural o aprendida. La resiliencia se refleja en la capacidad de mantener o restablecer la salud mental y el funcionamiento estables cuando se enfrentan a grandes desafíos de la vida **(19)**. Tiene componentes cognitivos, conductuales, sociales y biológicos. Las habilidades que se utilizan para desarrollar la resiliencia incorporan muchos de los enfoques utilizados en los tratamientos cognitivos conductuales, como el replanteamiento, en particular la normalización, la atención plena, la mejora de los comportamientos de salud (por ejemplo, el ejercicio y la nutrición) y el uso de apoyos sociales, así como otros recursos disponibles.

2.1.6.7 Crecimiento postraumático

Los resultados positivos de la experiencia del cáncer pueden ocurrir simultáneamente con los negativos, como el Crecimiento postraumático o la búsqueda de beneficios.

Esto se define como cambios psicológicos positivos que surgen como resultado del diagnóstico de cáncer y el posterior viaje de tratamiento. Es más probable que lo informen las mujeres, los adultos mayores y aquellos con mejor apoyo social (20).

La espiritualidad también se ha relacionado con el Crecimiento postraumático y es más a menudo un factor positivo para aliviar el estrés relacionado con el cáncer, en lugar de una crisis espiritual que aumenta el estrés después del cáncer. Si bien pocos dirían que están "contentos" de tener cáncer, hasta el 83 por ciento puede identificar los beneficios que surgieron de su viaje, como hacer cambios positivos en sus vidas y tener una mayor apreciación de la vida.

El Crecimiento postraumático también puede tener impactos positivos en las relaciones interpersonales y una mayor conciencia de la fortaleza personal o la resiliencia.

2.1.6.8 Culpa del sobreviviente

La culpa del sobreviviente se describe como la sensación de haber hecho algo mal o de tener una deuda que nunca se podrá pagar por completo como resultado de haber sobrevivido al cáncer, cuando otras personas que eran igualmente dignas de ello han muerto. Es una condición psicológica compleja que abarca sentimientos de culpa, dolor y pérdida. En una encuesta, más del 60 por ciento de los sobrevivientes de cáncer informaron que tenían problemas con el duelo o la identidad.

2.1.6.9 Carga sintomática

Las limitaciones físicas y los síntomas persistentes tienen consecuencias importantes para los resultados psicosociales (21).

Los síntomas comunes a largo plazo que requieren evaluación para cualquier sobreviviente con necesidades de salud mental incluyen:

- Calidad del sueño
- Fatiga
- Disfunción cognitiva
- Dolor y neuropatía

- Incontinencia urinaria
- Disfunción sexual

Otros síntomas que no se alivian y que requieren evaluación dependen del tipo de cáncer y de los efectos de su tratamiento.

Estos síntomas afectan el estado de ánimo, así como la capacidad para trabajar, socializar y participar en otras actividades que ayudan a mantener una vida plena. Los sobrevivientes de cáncer pueden tener nueve o más síntomas simultáneos que claramente afectan la salud mental, lo que varía en parte según el tratamiento recibido.

El primer paso para mejorar la salud mental de estos sobrevivientes incluye una evaluación integral y un plan para abordar estos síntomas residuales, junto con otras intervenciones terapéuticas.

2.1.6.10 *Disfunción sexual*

La salud sexual es un concepto multidimensional que va más allá de las relaciones sexuales e incluye la intimidad, la imagen corporal y las fases de respuesta sexual del deseo, la excitación, el orgasmo y la satisfacción. La disfunción sexual que surge del tratamiento del cáncer es uno de los problemas más comunes y angustiantes en los sobrevivientes de cáncer. Se analiza por separado una descripción general de la disfunción sexual en sobrevivientes de cáncer masculinos y femeninos.

2.1.6.11 *Fertilidad y reproducción*

Algunos sobrevivientes de cáncer, tanto hombres como mujeres, pueden volverse infértiles después del tratamiento con radioterapia en la pelvis o con dosis más altas de quimioterapia, en particular con agentes alquilantes. No obstante, pueden seguir deseando ser padres de sus propios hijos biológicos. También es importante evaluar la autopercepción de la fertilidad después de la terapia contra el cáncer, no solo la capacidad física para tener un hijo; estas preocupaciones pueden persistir incluso si no existen dificultades conocidas con respecto a la fertilidad.

Los impactos psicosociales de la infertilidad son especialmente angustiantes y duraderos en aquellas mujeres que no tienen hijos. En un estudio que evaluó a sobrevivientes a largo plazo del trasplante de células madre hematopoyéticas, las sobrevivientes sin hijos antes del trasplante de células madre tenían un riesgo tres veces mayor de tener mayores preocupaciones sobre la infertilidad que sus contrapartes que tenían hijos antes del trasplante **(22)**.

La evaluación del potencial de fertilidad en las sobrevivientes de cáncer es un desafío, en particular durante los primeros dos años de haber completado el tratamiento, porque la función gonadal puede verse afectada transitoriamente. Además, incluso si la función gonadal se recupera después del tratamiento, las sobrevivientes pueden tener menos años de fertilidad que aquellas que no recibieron tratamiento para el cáncer. Se deben examinar cuidadosamente y de forma individualizada las distintas opciones de reproducción para cada superviviente que desee tener hijos. Existen numerosas formas de tener hijos, entre ellas el embarazo, la gestación subrogada y la adopción. El uso de madres sustitutas es posible si se almacenaron óvulos o espermatozoides antes del tratamiento. La adopción también es una opción, pero los antecedentes de cáncer podrían ser un obstáculo importante para algunos supervivientes adultos de cáncer.

2.1.7 Impacto de los problemas sociales.

2.1.7.1 Factores sociales

Los factores sociales como la preferencia sexual, la cultura, la etnia y el nivel socioeconómico pueden afectar la angustia psicológica en los sobrevivientes de cáncer.

2.1.7.2 Orientación sexual

Los sobrevivientes de cáncer lesbianas, gays y bisexuales tenían entre dos y tres veces más probabilidades de presentar depresión elevada o mala salud mental, independientemente de que fueran pacientes blancos, negros o hispanos **(23)**.

Dentro de estos grupos sexuales sub representados, las mujeres hispanas tenían las tasas más altas tanto de depresión (59 por ciento) como de mala salud mental (40 por ciento).

2.1.7.3 Cultura y etnicidad

Las diferencias culturales y la etnicidad pueden afectar la angustia psicológica en las sobrevivientes de cáncer. Se encontró tasas más altas de depresión y pensamientos intrusivos, particularmente en aquellas que estaban menos acculturadas o tenían más restricciones sociales para expresar sus pensamientos y sentimientos. Otro estudio encontró que el 53 por ciento de las sobrevivientes de cáncer de mama latinoamericanas tenían síntomas depresivos elevados en comparación con las sobrevivientes que no eran latinoamericanas. Curiosamente, aunque las sobrevivientes de cáncer negras tienen una salud mental más pobre que las sobrevivientes de cáncer blancas en algunos estudios, estas diferencias no son mayores que las diferencias observadas entre pacientes negras y blancas sin cáncer, lo que sugiere que el cáncer no es el factor moderador de estas diferencias.

2.1.7.4 Nivel socioeconómico

De manera similar a las diferencias culturales, los recursos socioeconómicos pueden distinguir qué sobrevivientes de cáncer buscan atención, a quién acuden para recibirla y su capacidad para utilizar la atención disponible (24). La preocupación financiera está fuertemente asociada con la angustia psicológica. De manera similar, un nivel socioeconómico más bajo está asociado con una peor salud mental.

2.1.7.5 Funcionamiento social

El cáncer y su tratamiento pueden tener un amplio impacto en el funcionamiento social de los sobrevivientes de cáncer, sus cuidadores y su red social (por ejemplo, amigos, comunidad, lugares de culto religioso).

2.1.7.6 Apoyo y aislamiento

Los sobrevivientes de cáncer que carecen de apoyo en el hogar o lo tienen limitado (ya sea que vivan solos o con una persona con la que no puedan

expresar sus pensamientos y sentimientos) tienen un mayor riesgo de sufrir trastornos de salud mental. Un componente esencial de todo examen de salud mental es evaluar los apoyos y recursos disponibles para el sobreviviente de cáncer, tanto prácticos como emocionales.

2.1.7.7 Reanudación del empleo

Volver al trabajo es esencial para los sobrevivientes de cáncer tanto por su salud psicológica como financiera. Sin embargo, volver al trabajo puede ser difícil para muchos sobrevivientes de cáncer mientras se recuperan de los problemas físicos y psicosociales relacionados con el cáncer y su tratamiento.

Esto puede ser importante porque el trabajo proporciona no solo beneficios financieros, sino también significado y apoyo social. A pesar de estos hallazgos, se ha sugerido que las sobrevivientes de cáncer que son mujeres luchan más que los hombres para volver a trabajar, y hasta el 50 por ciento de las sobrevivientes de cáncer femeninas no es probable que regresen al trabajo. Se han identificado numerosos factores de riesgo que reducen la probabilidad de volver al trabajo, entre ellos:

- Diagnóstico previo de cáncer de mama, gastrointestinal o del aparato reproductor femenino
- Edad avanzada
- Estatus de ingresos más bajos
- Falta de seguro médico
- Déficits cognitivos
- Nivel educativo más bajo
- Limitaciones físicas o efectos residuales del tratamiento
- Vivir en una zona remota
- Entorno de trabajo/empleador inflexible

Otras barreras incluyen problemas psicológicos (depresión, ansiedad), fatiga, limitaciones físicas (dificultades con el rango de movimiento que pueden dificultar el levantamiento) y síntomas menopáusicos para las mujeres.

Problemas adicionales están relacionados con la percepción del cáncer del sobreviviente de cáncer, como la creencia de que el tratamiento del cáncer dificultaría trabajar, los efectos secundarios crónicos de la terapia y la percepción de más consecuencias negativas del cáncer **(25)**. Los sobrevivientes autónomos también tienen más dificultades para volver al trabajo debido a diferentes tareas laborales o menos apoyo laboral. Otros factores que se han asociado con la incapacidad de volver al trabajo incluyen la falta de adaptaciones laborales como horarios flexibles, tiempo de enfermedad, horas reducidas temporalmente o responsabilidades ajustadas.

Se necesitan pautas y programas consistentes para la transición de los sobrevivientes de cáncer de regreso a la fuerza laboral.

2.1.7.8 Cuidadores

Los cuidadores también experimentan angustia relacionada con el cáncer. En un estudio, los cuidadores de sobrevivientes de cáncer de cabeza y cuello tenían una prevalencia similar de síntomas de estrés postraumático (PTS; 33 por ciento) y trastorno de estrés postraumático (PTSD; 25 por ciento) que los sobrevivientes **(26)**. Las cuidadoras también informan más angustia, ansiedad y depresión que los cuidadores masculinos. El cuidado de un paciente también puede afectar su salud, y este puede tener sus propias necesidades insatisfechas. Una revisión sistemática encontró que los cuidadores que dedicaban más tiempo al cuidado de un paciente informaron tener peor salud. Un estudio que utilizó la Encuesta de Panel de Gastos Médicos encontró que los cónyuges de sobrevivientes de cáncer tenían menos probabilidades de recibir tratamiento para la depresión en comparación con los controles sin cáncer, y los cuidadores rurales estaban especialmente en riesgo.

La mayoría de los datos sobre la experiencia del cáncer para los cuidadores se han centrado en el primer año después del diagnóstico de cáncer, y hay datos limitados disponibles sobre la experiencia longitudinal del cuidador **(27)**. Las intervenciones exitosas de los cuidadores pueden requerir dos componentes centrales: cómo apoyar a sus seres queridos y cómo apoyarse a sí mismos. Los cuidadores exitosos también necesitan sentir algún apoyo del paciente. La

comunicación y la reciprocidad, donde tanto el sobreviviente de cáncer como el cuidador comparten sus pensamientos y sentimientos sobre la experiencia del cáncer, se ha utilizado como una herramienta para disminuir la angustia y/o la depresión en los pacientes y sus cuidadores.

Un estudio mostró que, entre las hijas adolescentes de sobrevivientes de cáncer de mama, aquellas que mostraban mayor ansiedad tenían madres que demostraban mayor ansiedad en su relación. Desafortunadamente, la mayoría de los estudios han empleado un diseño transversal, por lo que se sabe poco sobre cómo les va a estos niños a lo largo de sus vidas.

2.1.8 Detección y evaluación

Debemos identificar los efectos que podrían presentar los pacientes con patologías oncológicas y los supervivientes lo que se debe realizar como equipo en la atención de los pacientes es la interacción así evaluar o realizar un pre diagnóstico, diagnóstico y post diagnóstico antes del tratamiento la misma la podemos evaluar a corto o largo plazo después del tratamiento.

Se evaluarán las distintas etapas y se identificarán las demandas y problemas que las mismas conllevan.

En cuanto a los dominios funcionales, el cáncer genera desafíos a nivel individual, como problemas somáticos, angustia psicológica y cuestionamiento sobre el espíritu y el existencialismo; y a nivel interpersonal y social, como el deterioro del funcionamiento y las relaciones sociales **(28)**.

Aunque los pacientes que han sobrevivido a una enfermedad potencialmente mortal a menudo experimentan angustia, muchos pacientes pueden no expresar directamente estos síntomas a los proveedores de atención médica ni articular sus experiencias. Como resultado, es importante que los médicos evalúen regularmente a los sobrevivientes de cáncer para detectar angustia psicológica y escuchen palabras clave que puedan indicar necesidades de salud mental subyacentes. Cuando se examina a los pacientes para detectar problemas psicosociales, se deben disponer de recursos apropiados que incluyan información educativa, derivaciones a tratamientos y atención aguda para afecciones potencialmente mortales, como la ideación suicida.

2.1.8.1 Evaluación general

La evaluación sistemática de problemas psicológicos en sobrevivientes de cáncer, incluidos síntomas de depresión clínica, ansiedad y estrés postraumático debe ser parte del seguimiento estándar de los sobrevivientes al menos una vez al año. La evaluación se puede realizar utilizando medidas informadas por el paciente que se administran en línea o en papel. Algunas herramientas están diseñadas para medir múltiples afecciones de salud mental o la salud mental general como una herramienta de investigación o como una prueba clínica para identificar a los pacientes que necesitan una evaluación adicional, en lugar de como una herramienta de diagnóstico clínico para determinar las necesidades de tratamiento.

2.1.8.2 Medidas de detección para afecciones específicas

También hay disponibles múltiples herramientas de detección bien validadas para evaluar a los pacientes en busca de afecciones psicosociales específicas, como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y angustia relacionada con el cáncer, incluido el miedo a la recurrencia de la enfermedad (39). Estas medidas también se pueden administrar de manera confiable a los pacientes en línea antes o durante una visita clínica. Estas medidas informadas por los pacientes se utilizan ampliamente, se prueban psicométricamente, son útiles para el diagnóstico y están validadas para la atención clínica y la investigación en sobrevivientes de cáncer. La mayoría de ellas están adaptadas al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. También tienen puntos de corte clínicos para su uso como herramientas de detección y tratamiento y se han validado con entrevistas clínicas de "estándar de oro" o medidas informadas por los pacientes.

Depresión: el Cuestionario de salud del paciente se utiliza ampliamente para detectar la depresión. Las primeras dos preguntas por sí solas pueden utilizarse de manera confiable como evaluación de detección.

Ansiedad: el trastorno de ansiedad generalizada se utiliza ampliamente para detectar el trastorno de ansiedad generalizada. Las primeras dos preguntas por sí solas se pueden utilizar de forma fiable como evaluación de detección [también

puede evaluar los síntomas de pánico, ansiedad social y trastorno de estrés postraumático.

Depresión y ansiedad combinadas: la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria es una medida de detección de una combinación de ansiedad y depresión que se utiliza con más frecuencia en Europa y con fines de investigación. Esta medida consta de preguntas que evalúan la depresión, la ansiedad y ambas afecciones. En estudios limitados, ha demostrado resultados mixtos para detectar síntomas combinados de ansiedad y depresión entre sobrevivientes de cáncer que han completado la terapia.

Estrés postraumático: las medidas de detección del estrés postraumático incluyen: • Lista de verificación de estrés postraumático.

Angustia relacionada con el cáncer: las medidas de detección de la angustia relacionada con el cáncer incluyen:

- Termómetro de la angustia. Sin embargo, la sensibilidad y especificidad de esta medida son menores para los pacientes con cáncer que han completado el tratamiento en comparación con aquellos que están recibiendo tratamiento de forma activa

Se han desarrollado numerosas medidas para evaluar las preocupaciones específicas del cáncer, aunque aún no cuentan con pruebas psicométricas ni se utilizan ampliamente entre los sobrevivientes de cáncer para respaldar las recomendaciones de detección. Algunas medidas notables incluyen:

Inventario de miedo a la recurrencia del cáncer:

- Escala de preocupación por el cáncer
- Adaptación mental al cáncer
- Impacto del cáncer

2.1.9 Intervenciones

Posterior a tratamiento oncológico de culminación se debe realizar la referencia y seguimiento por psicología para manejo de cuadro previo y así realizar seguimiento de salud mental. Según la necesidad psicosocial, los tratamientos pueden incluir intervenciones farmacológicas y/o no farmacológicas. Se han

desarrollado intervenciones para ayudar a los sobrevivientes de cáncer con problemas psicosociales, muchas de las cuales pueden brindarse en persona o de manera digital. Las intervenciones que mejoran la autoeficacia, o la creencia de que uno puede actuar para marcar una diferencia en objetivos específicos, pueden mejorar los resultados psicosociales (29). La autoeficacia es el elemento central de las intervenciones psicoeducativas, de autogestión y cognitivo-conductuales para las necesidades psicosociales de los sobrevivientes de cáncer.

Se necesitan más estudios para evaluar específicamente las intervenciones eficaces en los supervivientes de cáncer. La mayoría de las intervenciones se han probado en pacientes con cáncer durante el diagnóstico o el tratamiento, en lugar de en supervivientes de cáncer que han completado la terapia.

Además, muchas intervenciones que se probaron con supervivientes de cáncer se centran en la actividad física o incluyen un pequeño número de pacientes, y hay pocos ensayos controlados aleatorizados o estudios de replicación.

2.1.9.1 Terapia farmacológica

En general, el tratamiento farmacológico de los problemas psicosociales, como la depresión, la ansiedad, el insomnio y la fatiga, en los supervivientes de cáncer es similar al enfoque utilizado en los pacientes con cáncer.

2.1.9.2 Psicoeducación y autogestión

Muchos sobrevivientes de cáncer presentan síntomas leves o moderados de depresión, ansiedad, estrés postraumático o disfunción cognitiva. Por lo tanto, en la mayoría de los sobrevivientes de cáncer, las intervenciones psicoeducativas y de "autogestión" que son suficientes para controlar los síntomas incluyen aquellas que normalizan la experiencia, brindan estrategias de afrontamiento adaptativas, alivian la preocupación e incluyen la oportunidad de expresar las emociones. Las intervenciones para los problemas psicosociales pueden ser tan simples como brindar educación sobre qué esperar durante la recuperación y la supervivencia. Las intervenciones más amplias brindan no solo educación, sino también herramientas, habilidades y recursos para ayudar al sobreviviente a manejar sus propias necesidades de salud. Estas intervenciones

de "autogestión" han mejorado los resultados psicosociales en los sobrevivientes de cáncer. La mayoría se han realizado digitalmente, y las que mejoraron la autoeficacia son generalmente más efectivas. Se necesitan más estudios para evaluar si estas intervenciones relativamente menos intensivas pueden demostrar efectos clínicamente significativos o sostenidos (30).

2.1.9.3 Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual capacita a los pacientes para identificar y corregir creencias desadaptativas. La terapia cognitivo-conductual también ofrece educación, capacitación en habilidades de afrontamiento, establecimiento de metas, manejo del estrés y ejercicios de relajación (p. ej., atención plena, relajación, visualización, hipnosis, meditación o yoga).

2.1.9.4 Programas de rehabilitación multidimensional y de regreso al trabajo

Los programas de rehabilitación con componentes físicos y psicosociales son particularmente adecuados para las necesidades multidimensionales de los sobrevivientes de cáncer. Sin embargo, los datos son contradictorios en cuanto a si dichos programas mejoran las necesidades psicosociales. Se necesitan más estudios con evaluaciones estandarizadas para evaluar con precisión los resultados de los programas de rehabilitación y regreso al trabajo. Además, los empleadores pueden necesitar ayudar con intervenciones que puedan ayudar a los sobrevivientes de cáncer a regresar al trabajo (31).

Los programas de rehabilitación demuestran mejores resultados en lo físico que en lo emocional.

- Los programas de intervención breves (es decir, de menos de 6 meses de duración) centrados en un objetivo a la vez fueron más eficaces.
- Las intervenciones multidisciplinarias son mejores que la atención habitual para mejorar la capacidad de los sobrevivientes de cáncer para regresar al trabajo.

Por el contrario, otros estudios sugieren que los programas de rehabilitación psicológica y médica tuvieron un impacto limitado en la capacidad laboral o las tasas de retorno al trabajo de los sobrevivientes de cáncer (40).

Realizar un diagnóstico diferencial este modificara de forma crucial el caso de supervivientes de patologías oncológicas por los síntomas presentara ansiedad, depresión están pueden ser por diferentes circunstancias y así no ocasionadas al tratamiento específico iniciado. Es así que el personal de salud debe realizar una evaluación exhaustiva y así permitirá contar con un diagnóstico diferencial que permita ayudar a determinar la estrategia para el tratamiento específico. Es imprescindible identificar que un superviviente de patología oncológica puede tener agitación acompañado de síntomas de ansiedad, muchos síntomas de estrés postraumático generan agitación e irritabilidad, dificultad para la concentración e insomnio.

Por lo cual es necesario utilizar diferentes tipos de técnicas de diagnóstico para distinguir los síndromes o inestabilidad emocional (40)

2.1.9.4.1 Actividad física

La actividad física es segura y mejora la angustia y la depresión en los sobrevivientes de cáncer, además de mejorar numerosos aspectos de la salud física, el bienestar emocional, la imagen corporal y la calidad de vida en general.

2.1.9.4.2 Interacciones mente-cuerpo

Las actividades que mejoran las interacciones mente-cuerpo, como el yoga, el qigong y la meditación, pueden mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer con angustia psicosocial. También se ha descubierto que otras intervenciones mente-cuerpo, como la meditación, reducen el miedo a la recurrencia del cáncer.

2.1.9.4.3 Métodos digitales y de tele salud para la intervención

Los métodos de teléfono, videoconferencia e Internet pueden brindar apoyo psicosocial a los sobrevivientes de cáncer. Estas intervenciones también pueden brindar acceso a la atención a quienes tienen barreras de distancia. Un desafío es facilitar la participación continua de los sobrevivientes de cáncer con estas

modalidades digitales, en particular para aquellos con menor alfabetización tecnológica que también pueden tener la mayor necesidad **(32)**. Los métodos telefónicos han sido los más utilizados y se ha comprobado que son útiles para brindar servicios psicosociales. Los métodos para satisfacer dichas necesidades de supervivencia incluyen programas en línea, aplicaciones móviles, redes sociales y mensajes de texto. Los datos aún no son concluyentes para el uso de aplicaciones móviles para brindar atención psicosocial a los sobrevivientes de cáncer.

El diagnóstico en paciente que recibieron en diagnóstico confirmatorio de patología oncológica reciente muchas veces se presenta aparición de alteraciones mentales como ser ansiedad, traumas, estrés, depresión y tomando en cuenta el tipo de patología neoplásica la relaciona con el pronóstico y evolución.

Cuando aparecen, estos trastornos tienen un impacto negativo en la calidad de vida, sintomatología, estilo de vida y la supervivencia de los pacientes oncológicos; por esta razón, es preciso garantizar un diagnóstico y tratamiento oportunos, mediante un abordaje psicoterapéutico personalizado; de acuerdo con las necesidades de los pacientes, encaminado a fortalecer las habilidades de resiliencia, la autoestima; el afrontamiento y la resolución de crisis. **(38)**.

2.2 Hipótesis

Los pacientes oncológicos del Hospital El Alto Sur experimentan efectos psicosociales negativos significativos, como ansiedad, depresión y aislamiento social, que afectan su calidad de vida y bienestar emocional durante su tratamiento.

2.3 Marco teórico contextual

La oncología es una rama de la medicina dedicada al diagnóstico y tratamiento de los cánceres. En este contexto, el impacto psicosocial sobre los pacientes diagnosticados con cáncer es un aspecto relevante y multifacético que influye de manera significativa en su bienestar general.

Debemos de tomar en cuenta que la patología oncológica no solo genera alteración en la salud física del paciente además se evidencia consecuencias emocionales y sociales por lo cual en la terapéutica se debe realizar un tratamiento integral, es por lo mismo que el marco teórico del presente estudio se basa en los efectos psicosociales de los pacientes oncológicos tomando en cuenta el contexto de Hospital de la Ciudad de El Alto La Paz Bolivia durante la gestión 2024.

Cáncer y su impacto en el paciente:

La patología oncológica es una de las principales enfermedades que ocasionan muerte en el mundo esta misma se caracteriza por la multiplicación anormal de células cancerígenas las mismas pueden generar diseminación a diferentes órganos del cuerpo. En la actualidad en Bolivia se evidencia incremento en los casos nuevos, lo que resalta la importancia de no solo tratar el aspecto físico de la patología, sino, además

Aspectos psicosociales.

El diagnóstico confirmatorio de cáncer genere una alteración significativa a nivel psicosocial desencadenando respuestas emocionales y psicológicas.

Efectos Psicosociales del Cáncer:

El diagnóstico de cáncer presenta diferentes tipos de efectos psicosociales las cuales son:

Ansiedad y Depresión: Los pacientes oncológicos en su gran mayoría experimentan elevación de datos de ansiedad por la incertidumbre respecto a su futuro con los tratamientos y la presencia de efectos secundarios. Uno de los efectos es la depresión es la que más se presenta debido al concepto que identifiquen respecto a la enfermedad como amenaza a la vida.

Estrés postraumático: durante el tiempo del diagnóstico y tratamiento el mismo puede ser traumático, ocasionando diferentes tipos de respuestas como estrés agudo y trastornos relacionados con el trauma, muchos de los pacientes oncológicos cursan con procedimientos dolorosos, acompañados de internación prolongada y muchos casos, una carga emocional considerable.

Impacto en la identidad: muchas veces está afectada la identidad personal de los pacientes oncológicos esta se ve alterada debido a la patología, el tratamiento y sus efectos secundarios están pueden ser físicas lo que ocasionaría inseguridad en la imagen corporal y disminuir la autoestima.

Aislamiento Social: algunos pacientes con patología oncológica experimentan aislamiento social por la percepción de ser diferentes a otros. Es un estigma asociado con la enfermedad oncológica, especialmente en una cultura conservadora y restringida de información lo que puede llevar a que los pacientes se alejen de sus redes sociales y familiares.

Apoyo Familiar y Redes Sociales: el apoyo familiar son factores importantes en la respuesta emocional de los pacientes oncológicos. Sin embargo, la enfermedad también puede poner a prueba la estructura familiar, creando muchos conflictos o, en algunos casos, fortaleciendo lazos de apoyo.

Perspectiva Sociocultural de la Oncología en Bolivia: En Bolivia, el diagnóstico de cáncer patología oncológica enfrenta a una serie de obstáculos que incluyen factores económicos, culturales y sociales. La creencia del cáncer en algunas comunidades puede estar vinculada a información no efectiva ocasionando estigmatización. Como en la ciudad de El Alto, donde la pobreza y la falta de recursos son desafíos importantes, muchos pacientes enfrentan dificultades para acceder a servicios de salud adecuados, lo que aumenta casos de efectos psicosociales negativos. Las creencias culturales y la religión también juegan un papel fundamental en la forma en que los pacientes enfrentan la enfermedad oncológica.

El Hospital El Alto Sur y su Rol en la Gestión Psicosocial: los pacientes del El Hospital El Alto Sur, al ser un hospital de referencia para la patología oncológica es importantes en la ciudad de El Alto, ya que indica presentar un papel fundamental en el manejo de pacientes oncológicos. En términos psicosociales, el hospital El Alto Sur ofrece recursos y programas destinados a abordar no solo las necesidades médicas, sino también las emocionales y psicológicas de los pacientes. Desde el año de 2024, lo que se quiere lograr es mejorar la atención integral al paciente oncológico, brindando asistencia

psicológica, acompañado de grupos de apoyo e información educacional que apoyen a los pacientes a comprender o entender su enfermedad y tratamiento.

Modelos Psicosociales en la Atención Oncológica:

El modelo biopsicosocial, identifica la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales e identifica que es útil en el contexto de la patología oncológica. Este mismo resalta la importancia y la necesidad de mejorar la salud de los pacientes de manera integral y no solo enfocándose en los aspectos médicos de la patología oncológica, sino además en los factores emocionales, psicológicos y sociales que dificultan la calidad de vida del paciente. Acompañado de enfoques de apoyo psicosocial la cuales pueden ser la terapia cognitivo-conductual y la terapia de grupo estas nos coadyuvaran a los pacientes a sobrellevar con el estrés, la ansiedad y la depresión originados por la patología oncológica estos efectos psicosociales son un desafío importante que requiere atención especializada y abordajes multidisciplinarios. Tomando en cuenta el contexto boliviano esencialmente del Hospital El Alto Sur, es necesario reconocer las barreras culturales, económicas y sociales que afectan la gestión psicosocial de los pacientes oncológicos. Mientras se sigan identificando casos nuevos se debe comenzar a crear planes o estrategias las mismas que favorezcan no solo a la patología sino también a nivel emocional favoreciendo la salud mental.

Existen tres razones por las que se debería considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial.

- Primero, hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios.
- En segundo lugar, la satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, como, por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención.
- Tercer lugar, la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque, tipo y diseño de la investigación

3.1.1 Enfoque de la investigación.

El presente trabajo de investigación adopta un enfoque cualitativo, debido a que se busca comprender, desde la percepción de los propios pacientes oncológicos, los efectos psicosociales que experimentan a partir del diagnóstico de su enfermedad y durante el tratamiento. Este enfoque permite explorar en profundidad las vivencias, emociones, significados y cambios sociales que atraviesan las personas diagnosticadas con cáncer, aspectos que difícilmente podrían ser captados mediante instrumentos cuantitativos estandarizados. La elección de este enfoque se sustenta en que el fenómeno estudiado involucra dimensiones subjetivas, sociales y emocionales que requieren ser interpretadas desde la experiencia de los propios actores, para así comprender la manera en que enfrentan su enfermedad y cómo esta impacta en su calidad de vida y entorno familiar.

El tipo de estudio que se empleará es **descriptivo de tipo fenomenológico**, ya que se pretende describir y analizar las experiencias psicosociales vividas por los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital El Alto Sur durante la gestión 2024. La fenomenología permite acceder al sentido y significado que los sujetos otorgan a su vivencia frente al diagnóstico de cáncer, permitiendo comprender cómo perciben su estado de salud, los cambios en su vida emocional, social y familiar, así como la manera en que enfrentan el proceso de enfermedad y tratamiento. Este tipo de estudio resulta pertinente, porque prioriza las voces de los propios pacientes, rescatando sus relatos y experiencias desde una mirada integral y humana, que permita posteriormente generar propuestas contextualizadas de acompañamiento psicosocial para este grupo vulnerable.

3.1.2 Diseño de la investigación

¿QUE? Es la situación negativa	¿A QUIEN? Es el grupo humano afectado por la situación	¿DONDE? Es la organización, el sector la comunidad o el país al cual pertenece el grupo humano	¿CUANDO? Periodo de tiempo en que se presenta el problema
Efectos psicosociales	Pacientes oncológicos	Hospital El Alto sur del municipio de El Alto	gestión 2024

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

El Universo de estudio es de 121 pacientes nuevos que acudieron al servicio de oncología del Hospital de El Alto Sur en la gestión 2024,

3.2.2 Muestra

Muestreo Intencional de 82 pacientes, Selección de participantes basándose en características específicas y relevantes para el estudio.

Se justifica porque, en estudios cualitativos, el objetivo no es obtener representatividad estadística, sino alcanzar saturación de información, es decir, cuando las entrevistas comienzan a repetirse y no surgen datos nuevos. Este número se consideró de acuerdo a criterios, para asegurar diversidad en las experiencias y obtener información suficiente y relevante para cumplir con los objetivos del estudio.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

3.3.1 Inclusión

- Pacientes oncológicos mayores de 18 años y hasta 75 años.
- Pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer por biopsia.
- Pacientes en tratamiento oncológico activo en el Hospital El Alto Sur.
- Pacientes hospitalizados en el servicio de oncología

3.3.2 Exclusión

- Pacientes que presenten tumores benignos.
- Pacientes que rechacen hospitalización
- Pacientes que rechacen participación en el estudio
- Pacientes con diagnóstico de trastornos psiquiátricos severos que limiten su participación adecuada.

3.4 Variables de Estudio

3.4.1 Identificación de variables

Variable Dependiente:

Efectos psicosociales en pacientes oncológicos

Dimensiones:

- Bienestar emocional (ansiedad, depresión, angustia, miedo)
- Relaciones sociales (aislamiento, cambios en dinámicas familiares y sociales)
- Calidad de vida (impacto en rutina, trabajo, actividades cotidianas)

Esta variable es la que se pretende describir y analizar, ya que el estudio busca conocer cómo se ven afectados los pacientes oncológicos a nivel psicosocial tras su diagnóstico y tratamiento.

Variable Independiente:

Condición oncológica de los pacientes hospitalizados en el Hospital El Alto Sur

Dimensiones:

- Diagnóstico de cáncer (tipo, estadio)
- Tratamiento oncológico (quimioterapia, radioterapia, cirugía)
- Hospitalización actual
- Edad y sexo (como datos sociodemográficos asociados)

Esta variable es la que se asume influye o condiciona los efectos psicosociales que se analizan en el estudio.

3.4.2 Definición y operacionalización de variables

Objetivos específicos	Variable	definición conceptual	definición operacional	categoría	nivel de medición	instrumento
Identificar los principales efectos psicológicos que experimentan los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital El Alto Sur durante la gestión 2024.	Bienestar emocional	Estado de equilibrio mental y emocional, donde una persona puede gestionar sus emociones, afrontar las presiones diarias, trabajar productivamente y mantener relaciones positivas	Emociones positivas Emociones negativas Estrés Interacciones sociales La resiliencia	Salud mental Bienestar emocional	ordinal	entrevista
	efectos psicosociales	Son las consecuencias emocionales, que se generan en una persona, familia o sociedad	tipos de efecto: estrés carga mental fatiga mental problemas de relación desmotivación laboral	ansiedad depresión aislamiento social miedo al sufrimiento muerte	ordinal	entrevista
Determinar la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención psicosocial recibida en el hospital, y si este influyo en su bienestar.	Calidad	La (OMS), define la calidad en salud como "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr la máxima satisfacción del paciente con el proceso".	Tipos de calidad: Estructura Proceso Resultado	buena o regular o mala	nominal	entrevista
	atención psicosocial	Conjunto de procesos que busca abordar las necesidades psicológica, emocionales y sociales de una persona	Puede ser: Preventiva o curativa	recibió o no recibió	ordinal	entrevista
	bienestar	Conjunto de las cosas necesarias para vivir bien	Tipos de bienestar: Física Mental Emocional Social Laboral	buena o regular o mala	nominal	entrevista

			Espiritual financiera			
Explorar como la situación social y económica de los pacientes oncológicos influye en el acceso a tratamiento.	situación social	Es la posición que ocupa una persona en una sociedad, con el entorno en que se encuentra	Los tipos de: Clase social La condición socioeconómica El estatus social El contexto social	apoyo familiar sí o no	nominal	entrevista
	situación económica	El estado actual de la actividad económica de un país, empresa o persona.	Son las: Crisis económica Nivel socioeconómico Activos pasivos e ingresos	clase baja media y alta ingreso económico	nominal	
Identificar las causas de rechazo al tratamiento de los pacientes oncológicos que acuden al hospital el alto sur.	causas de rechazo	Es una acción o efecto de rechazar algo dentro de un entorno.	Son los siguientes: Miedo al rechazo Baja autoestima Experiencias negativas Nuevas experiencias sociales Preocupación Decepción	económico, familiar, distancia	ordinal	entrevista
	tratamiento	Conjunto de acciones que realizan los profesionales de la salud para aliviar, controlar mejorar la salud.	Tipos de tratamiento oncológico: Cirugía Quimioterapia Radioterapia Inmunoterapia Terapia emocional Trasplante de células madre	tipos de tratamiento	nominal	entrevista entrevista

3.5 Procedimientos para la recolección de información

- Entrevista revisión de expediente clínico

3.5.1 Fuente de recolección de la información

Fuente primaria

Porque la información será obtenida directamente de los pacientes oncológicos del Hospital El Alto Sur, mediante entrevistas semiestructuradas, diseñadas para explorar de manera profunda sus experiencias, emociones, percepciones y efectos psicosociales desde el momento del diagnóstico hasta su proceso de tratamiento.

Técnica: Entrevista semiestructurada

Instrumento: Guía de entrevista

Se utiliza una guía de preguntas abiertas organizadas por temas o dimensiones (como bienestar emocional, social, familiar, percepción del diagnóstico, afrontamiento), pero permitiendo que el paciente amplíe, exprese libremente sus vivencias.

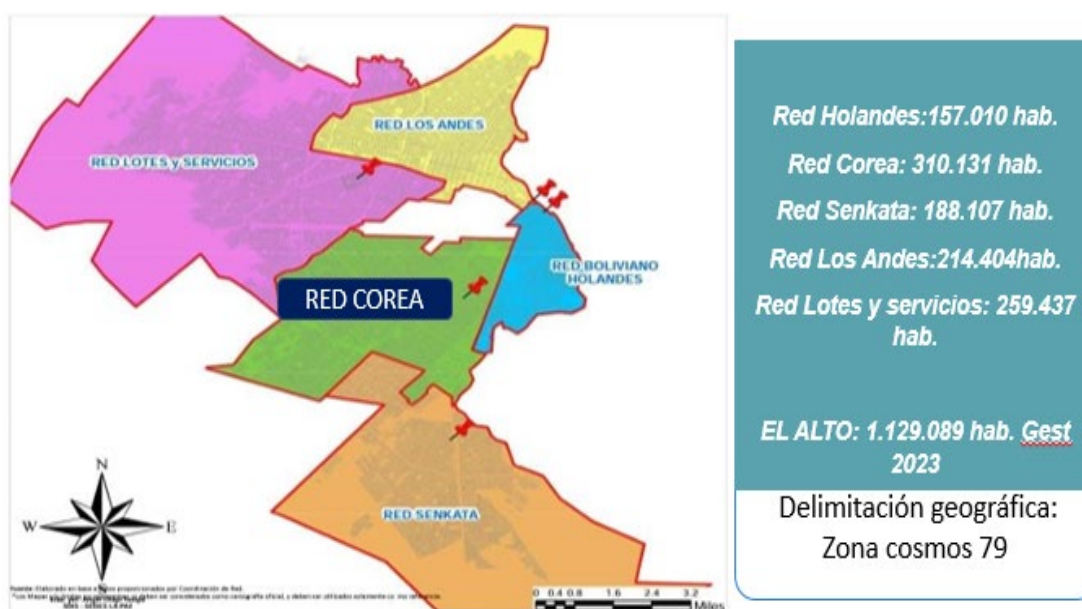
3.6 Delimitación de la investigación

3.6.1 Delimitación geográfica

MAPA DEL MUNICIPIO EL ALTO Y SUS REDES DE SALUD.

Figura 1.

Mapa de la 5 Redes de El Alto



Nota: SERES El Alto.

Los beneficiarios que son atendidos por el Hospital El Alto Sur son los usuarios adscritos al Sistema Único de Salud - SUS, polivalentes de acuerdo a la especialidad que requieran, así como pacientes oncológicos y pacientes que requieren atención de urgencia/emergencia (independientemente del seguro a corto plazo al que pertenece).

3.6.2 Sujetos y/u objetos

- Pacientes oncológicos

3.6.3 Delimitación temporal

- Gestión 2024

3.7 Procedimientos que garantizan aspectos éticos de la investigación

- Consentimiento informado

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados descriptivo

En el presente capítulo se exponen los resultados descriptivos obtenidos a partir de la investigación sobre los efectos psicosociales en los pacientes oncológicos del Hospital El Alto Sur durante la gestión 2024. El objetivo principal de este estudio fue comprender cómo la enfermedad oncológica afecta el bienestar emocional, social y psicológico de los pacientes, abordando variables como el nivel de estrés, la calidad de vida, el apoyo social y las percepciones sobre el tratamiento.

Se realizó un análisis detallado de las respuestas obtenidas a través de encuestas, entrevistas y observación directa a los pacientes, así como la evaluación de factores que pueden influir en la adaptación psicológica durante el tratamiento oncológico. Los datos fueron procesados y organizados con el fin de presentar una visión clara y comprensible de los efectos emocionales y sociales que enfrentan los pacientes durante su diagnóstico y tratamiento en el contexto boliviano.

Según los resultados obtenidos se puede permitir detallar de forma literal, de acuerdo a los siguientes objetivos:

- A.** Reacciones que tuvieron las personas que viven con cáncer al recibir este diagnóstico.
- B.** Reacciones que tuvieron los familiares de las personas que viven con cáncer al conocer el diagnóstico de su familiar
- C.** Percepción de la persona que viven con cáncer sobre su enfermedad
- D.** Cambios familiares, sociales y económicos que se realizaron en la vida de las personas que viven con cáncer.
- E.** Apreciación que tienen las personas que viven con cáncer sobre la atención medica que recibieron antes, durante y después de su diagnóstico.

A partir de los cinco conceptos fundamentales, se establecieron las categorías que agruparon las preguntas formuladas a los pacientes durante las entrevistas,

organizándolas según el área de investigación correspondiente. Con las categorías ya determinadas, se procedió a codificar y reducir la información recopilada en las entrevistas, utilizando como códigos las respuestas más significativas de los pacientes, que fueron transcritas textualmente. A continuación, se llevó a cabo un análisis cualitativo de las respuestas, obteniendo los resultados a partir de las declaraciones de los entrevistados.

A. Reacciones que tuvieron las personas que viven con cáncer al recibir este diagnóstico.

A.1 ¿Que sintió cuando recibió el diagnóstico?

SENTIMIENTOS MAS COMUNES DE LOS PACIENTES			EJEMPLOS
1. Sentimientos predominantes	Miedo y preocupación	Muchas personas expresaron temor por su salud, el dolor de los exámenes y la posibilidad de dejar a sus seres queridos.	“Miedo a perder la familia, dejarlos solos.” “Me asusté, me dijeron que tenía cáncer y que se puede tratar, sentí miedo, pensé que me iba a morir.” “Susto, no pensé que sería hasta ese extremo, no sabes si lograrás recuperarte totalmente.”
	Tristeza y desesperanza	Se percibe una sensación de desolación y una visión negativa del futuro. Algunas respuestas reflejan incluso pensamientos relacionados con la muerte. Ejemplos:	“Me sentí devastada y mi mundo se terminó, lo primero que pensé fue que moriría.” “Sentí que moría en algún momento a causa de la enfermedad.” “Sentí que ya estaba muerta, pensaba que mañana me iba a morir.”
	Impotencia y frustración:	Hay un sentimiento de no tener control sobre la situación, acompañado de rabia y culpa por no haber	“Depresión, culpabilidad, rabia, impotencia emocional.” “Sentí rabia, frustración y tristeza.” “Sentí de caída, impotencia, rabia por no cuidar mi cuerpo.”

		cuidado su salud. Ejemplos:	
	Choque e incredulidad:	Algunas respuestas reflejan sorpresa y dificultad para aceptar el diagnóstico, lo que muestra una fase inicial de negación. Ejemplos:	“Me sorprendí, nunca pensé que pasaría por esta enfermedad.” “No pensé que sería tan grave la verruga, no creí yo en la valoración médica.” “Al inicio se sentía mal, no creía nada donde la primera prueba, sino desde la tercera prueba.”
2. Impacto en la vida diaria	Alteraciones en el sueño y la alimentación:	Muchas personas mencionaron no poder dormir o perder el apetito debido a la angustia.	“Me sentí muy mal, no pude creer el diagnóstico que me dieron, no podía dormir en la noche, estaba muy preocupada.” “Me sentí devastada, sin ganas de hacer nada.” “Estaba sin poder dormir, no comía bien.”
	Pensamientos sobre la familia:	Varios testimonios mencionan la preocupación por sus seres queridos, especialmente sus hijos.	“Miedo, preocupación por cómo estaban sus hijas, no quieren que le vean sufrir.” “Solo pensaba que sería de mis hijos.”

CUADRO A1: La lectura de los testimonios impactó significativamente la vida emocional de los encuestados. Cada parte expresó miedo, tristeza, desesperanza e impotencia; la noticia fue devastadora para la mayoría de ella y afectó su bienestar mental y físico. Asimismo, cada parte demostraba la preocupación recurrente por el futuro, la familia y la capacidad de superar la enfermedad. Por lo tanto, este análisis sugiere la necesidad de un apoyo emocional y psicológico para quienes reciben un diagnóstico difícil, que los ayudaría a procesar sus propias emociones y la realidad de una manera más resiliente. Las respuestas también reflejan una intensidad de emoción al recibir

un diagnóstico, ya sea de miedo, tristeza, impotencia o frustración. Muchas personas hablaron de desesperanza, de pensar en la muerte, de temer y preocuparse por sus hijos. Muchas personas manifestaron sentir un impacto en su bienestar físico o mental, incapaces de dormir y perder el apetito. Algunas respuestas trayecto abrumador y shock. En general, el impacto emocional es significativo, lo que resalta la importancia del apoyo psicológico para afrontar la situación con mayor resiliencia.

B. Reacciones que tuvieron los familiares de las personas que viven con cáncer al conocer el diagnóstico de su familiar

B.1 ¿Como reacciono su familia cuando le informaron de su diagnóstico?

REACCIONES MAS IMPORTANTES DE LOS PACIENTES	
Reacciones emocionales:	"Reaccionaron muy mal." / "Se angustiaron cuando les informé de lo que me estaba pasando." / "Mi familia reaccionó mal, se sintieron angustiados con lo que me pasaba." / "Lloraron mucho, tuvieron miedo, me apoyaron, fueron conmigo a todos mis controles." / "Se pusieron muy tristes, no saber cuál será el fin de esta enfermedad." / "Lloraron mucho, pensaron que ya me moriría." / "Se puso triste y se preguntaron si yo moriría." / "Mi familia reaccionó muy triste, apenas, muy nostálgicos y se pusieron a llorar junto conmigo."
Reacciones de negación e incredulidad:	"No podían creer, no sabían de la existencia de esta enfermedad." / "No cree nada sobre la enfermedad." / "No entendieron la gravedad del caso, solo estaba con su cuidadora." / "Se sorprendieron y preguntaron el porqué del diagnóstico."
Reacciones de apoyo y comprensión:	"Tuve el apoyo de toda mi familia recomendándome que haga lo que el médico indique." / "Me apoyaron con lo que sucedía." / "Bien, me entendieron y me brindaron apoyo, mi esposo y comprensión acerca de mi enfermedad por lo que estoy pasando." / "Mi familia reacciona de buena manera y estuvieron dispuestos a apoyarme en todo lo que yo decía." / "Mi familia reaccionó de una manera comprensible y decidieron apoyarme en todo lo que necesito." / "Mi esposo se sintió mal y se consolaba siempre apoyándome, dándome fuerzas, me decía que esto iba a acabar pronto."
Reacciones de preocupación y desesperación:	"Preocupación y angustia por la economía que atraviesan por los gastos de medicamentos." "Mi familia se desespera y preguntaron al doctor si el cáncer que tengo es maligno o benigno." / "Le insistieron sus hijos para ir al hospital porque notaron que estaba perdiendo sangre." / "Cuando se enteraron, él vivía solo, su familia se

	enteró después de un año. Por eso se asustaron y están pendientes cuando va al médico." / "Todo el mundo se cayó en mil pedazos, fue algo muy raro."
Reacciones indiferentes o neutrales:	"Mi familia ha reaccionado de una manera normal, pareciera no haber importado mi enfermedad."

CUADRO B1: El cuadro revela las diversas reacciones emocionales que experimentan los pacientes y sus familias al recibir un diagnóstico grave, categorizadas en cinco grupos: **Reacciones emocionales**, Son las más frecuentes, reflejando emociones intensas como tristeza, angustia y miedo, tanto en los pacientes como en sus familiares, quienes muestran una respuesta emocional significativa ante el diagnóstico. **Reacciones de negación e incredulidad**, Los pacientes y sus familiares, en algunos casos, no pueden creer el diagnóstico, lo que genera una fase de desconcierto y búsqueda de segundas opiniones médicas. **Reacciones de apoyo y comprensión**, A pesar del impacto emocional, muchos familiares brindan un apoyo incondicional, comprendiendo la situación del paciente y participando activamente en su proceso de tratamiento. **Reacciones de preocupación y desesperación**, Los familiares manifiestan una gran preocupación y temor por el futuro del paciente, mostrando una actitud activa al buscar respuestas y soluciones. **Reacciones indiferentes o neutrales**, Aunque menos frecuentes, algunas personas reaccionan de manera neutral o indiferente, lo que podría reflejar desconexión emocional o falta de comprensión.

B.2 ¿Tuvo apoyo de su familia durante su tratamiento?

FACTORES QUE INFLUYERON EN EL APOYO FAMILIAR		
Factores que influyeron en el apoyo familiar positivo:	Compromiso familiar cercano	"si siempre me animan" / "si el apoyo económico y moralmente" / "si van conmigo a todos mis tratamientos" / "si ellos son los más preocupados que tenga un tratamiento" / "si solo de mis hijos menores de edad y mi actual pareja" / "si silo que no cumple con la medicación toma cuando
	Apoyo económico y moral	
	Acompañamiento constante	

	Apoyo limitado a ciertas personas	quiere no hace caso a lo que dicen los médicos”
Factores que influyeron en la falta de apoyo familiar:	Distancia física y falta de convivencia	“no mucho la verdad ya que cada uno de ellos tiene su familia y no viven conmigo mi esposa falleció hace 3 años atrás” / “al principio no tuvo apoyo de nadie, después del año decidieron llevarlo a vivir con ellos para poder atenderlo” / “no porque están ocupados e intento hacerlo por mi propia manera” / “la verdad no”
	Perdida de miembros clave de la familia	
	Falta de comprensión o desconocimiento de la situación	
	Ocupación de los familiares	

CUADRO B2: El cuadro claramente refleja un análisis de los factores favorecedores al apoyo familiar, se podrían identificar dos macro grupos: factores de apoyo familiar positivo: la venida del familiar cercano: por lejos el factor más destacado, en la observación de este estudio recibe un gran apoyo emocional. Esta venida, se manifiesta en palabras de ánimo, en apoyo económico o moral, y en acompañamiento a sus días de tratamiento, creando un entorno de confort para el paciente .Apoyo proporcionado únicamente a personas específicas. A pesar de la claridad con la que se ha expresado el apoyo, se aclara que está destinado a los familiares más cercanos como hijos o cónyuge. Es un hecho que resalta la importancia de las relaciones más estrechas para las funciones de apoyo señaladas. La inclusión de estos factores influye positivamente en la recuperación y la estabilidad emocional del paciente, ya que la cercanía emocional y la presencia física contribuyen a la reducción del estrés y la incertidumbre asociados con el tratamiento de la enfermedad. Factores que limitan el apoyo familiar: Distancia física y falta de convivencia: un factor clave que impacta negativamente en el apoyo es la distancia física y la falta de convivencia con la familia, lo cual reduce las oportunidades de apoyo constante. Especialmente cuando no viven cerca o están ocupados con sus propias tareas.

Llegada de miembros clave de la familia: la muerte de personas cercanas, como en el caso de la esposa de uno de los pacientes, puede llevar a la falta de apoyo emocional significativa. Falta de comprensión o desconocimiento de la situación: la falta de exposición a la gravedad de la situación por parte de los médicos en uno de los casos impediría el apoyo adecuado desde el punto de vista emocional. Ocupación de los familiares: La forma de vida y las responsabilidades de las familiares también son factores limitantes, ya que los pacientes a menudo pueden enfrentan a una falta de tiempo disponible para ser atendidos.

C. Percepción de la persona que viven con cáncer sobre su enfermedad

C.1 ¿Que cree usted que fue lo que le produjo la enfermedad?

PERCEPCIONES SOBRE LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD	
PERCEPCIONES	CATEGORIA
Descuidos personales y falta de cuidado preventivo	No me cuidaba, El descuido por parte de mi persona, No ir a los controles femeninos, El descuido por no acudir al hospital a tiempo, No cumplir con los tratamientos
Factores relacionados con la alimentación y el estilo de vida	Mala alimentación, La dieta rica en condimentos frituras y picantes, Comidas procesadas, No comer saludable, El estrés, la alimentación que tenía
Accidentes o traumas físicos	Los golpes que recibí en la adolescencia, Los golpes que tuve en la infancia, Un golpe, Por un legrado en el tercer mes del embarazo, Por el accidente que tuvo en 2018
Factores genéticos y antecedentes familiares	Tenía un tío que tenía cáncer de próstata, Su mamá y su abuela sufrían cáncer de tiroides, Puede ser hereditario
Falta de conocimiento o información	Desconozco cómo pudo ser, No sabía nada, No sé cómo sucedió
Condiciones laborales y estrés	El exceso de trabajo al ser pesado las labores de casa, El trabajo porque trabajo de chofer, El estrés

CUADRO C1: El análisis del cuadro de las percepciones de los pacientes sobre las posibles causas de su enfermedad revela una serie de factores comunes que los pacientes asocian con el origen de su padecimiento. A continuación, se presenta un desglose de los principales temas que emergen del cuadro. **Descuidos personales:** Muchos pacientes atribuyen su enfermedad al **no cuidado personal**, como la falta de controles médicos regulares, mala higiene y

no atender las señales del cuerpo. **Factores genéticos:** Algunos pacientes mencionan antecedentes familiares de cáncer, sugiriendo que la **herencia genética** juega un papel en el desarrollo de la enfermedad. **Estilo de vida:** El **estrés** y la **alimentación no saludable** (comidas procesadas y malas dietas) son considerados factores importantes. **Accidentes físicos:** Varios pacientes creen que **golpes o traumas** previos podrían haber causado la enfermedad. **Desconocimiento:** Algunos pacientes no saben cómo se originó la enfermedad, lo que señala una falta de información. En resumen, los pacientes asocian su enfermedad con una combinación de **factores personales, genéticos y ambientales**, destacando la importancia de la **educación en salud** y el **apoyo familiar** para la prevención y tratamiento.

C.2 ¿Que se encuentra realizando para superar su enfermedad?

PERCEPCIONES DE LOS PACIENTES PARA SUPERAR LA ENFERMEDAD	
Acción	Descripción
Tratamiento médico	La mayoría de los pacientes está realizando tratamientos médicos, principalmente quimioterapia y radioterapia, con la finalidad de combatir el cáncer y mejorar su salud. Algunos pacientes mencionan que ya finalizaron la quimioterapia y la radioterapia, y están tomando medicamentos adicionales o realizando controles periódicos. Otros se sienten debilitados por estos tratamientos pero continúan con el seguimiento médico.
Adaptación de hábitos alimenticios	Algunos pacientes mencionan que también iniciaron un cambio en sus dietas. Esto incluye reducir el consumo de alimentos poco saludables, como azúcar y comidas procesadas, y aumentar el consumo de frutas y verduras para fortalecer su organismo.
Uso de tratamientos alternativos	Los pacientes encuestados reflejan dentro de las respuestas como una terapia alternativa el uso de tratamiento médico tradicional como plantas medicinales y otros remedios caseros, lo que no siempre resulta efectivo.
Apoyo familiar	Así también existe referencia de apoyo familiar a los pacientes lo que destaca más el apoyo emocional así también el acompañamiento, apoyo en el tratamiento, ánimo y consuelo ante esta situación.
Distracciones y actividades	Para hacer frente al estrés y las limitaciones físicas causadas por la enfermedad, algunos pacientes se distraen con actividades como tejer, jugar ajedrez, realizar trabajos manuales, o incluso trabajar en oficios como la venta de ropa o accesorios. Estas actividades contribuyen a

	mantener una actitud positiva y reducir la preocupación por la enfermedad.
Resignación y afrontamiento	En algunos casos, los pacientes expresan una actitud de aceptación pasiva ante su situación. Algunos mencionan la resignación ante la enfermedad, esperando el final de su vida, mientras que otros muestran una disposición más activa hacia la recuperación, aunque con incertidumbre sobre el futuro.

CUADRO C2: En el siguiente cuadro se puede observar: Estrategias de afrontamiento: **Tratamiento médico:** La mayoría de los pacientes sigue tratamientos médicos como quimioterapia y radioterapia para combatir el cáncer y mejorar su salud. Algunos pacientes mencionan que ya finalizaron la quimioterapia y la radioterapia, y están tomando medicamentos adicionales o realizando controles periódicos. **Adaptación de hábitos alimenticios:** Los pacientes están cambiando su dieta como parte de su tratamiento, reduciendo el consumo de alimentos poco saludables y aumentando el consumo de frutas y verduras para fortalecer su organismo. **Uso de tratamientos alternativos:** Algunos pacientes también mencionan que están recurriendo a remedios caseros o plantas medicinales como complemento a sus tratamientos médicos, aunque reconocen que este tipo de tratamientos no siempre resultan efectivos. Apoyo emocional y práctico: **Apoyo familiar:** Un número considerable de pacientes destaca el apoyo emocional y práctico de sus familiares durante el proceso de tratamiento. Este apoyo incluye acompañamiento a consultas médicas y tratamientos, así como ofrecer ánimo y consuelo emocional. **Distracciones y actividades:** Los pacientes se distraen con actividades como tejer, jugar ajedrez, realizar trabajos manuales, o incluso trabajar en oficios como la venta de ropa o accesorios. Estas actividades contribuyen a mantener una actitud positiva y reducir la preocupación por la enfermedad. Actitud ante la enfermedad: **Resignación y afrontamiento:** Algunos pacientes expresan una actitud de aceptación pasiva ante su situación, mencionando la resignación ante la enfermedad y esperando el final de su vida. Otros, en cambio, muestran una disposición más activa hacia la recuperación, aunque con incertidumbre sobre el futuro.

D. Cambios familiares, sociales y económicos que se realizaron en la vida de las personas que viven con cáncer.

D.1 ¿Como se sintió durante su tratamiento?

SENTIMIENTOS Y SENSACIONES QUE TUVIERON DURANTE EL TRATAMIENTO	
A. Impacto físico (síntomas y efectos secundarios)	Fatiga y debilidad: "Me sentía cansada", "solo quería dormir", "siente debilidad y sueño"
	Dolor: "Dolor aunque te calma un poco", "dolor de cabeza", "dolor cansancio"
	Náuseas y vómitos: "En el tercer día me sentí muy mal tenía náuseas vómitos"
	Falta de apetito y problemas alimenticios: "Me daban asco las comidas", "falta de apetito", "no tenía ganas de comer nada"
B. Impacto emocional y psicológico	Pérdida de peso y cabello: "Me sentí con autoestima baja por pérdida de cabello y peso"
	Ansiedad y preocupación: "Preocupación impotencia de no poder salir de esta enfermedad"
	Miedo e incertidumbre: "Un poco de miedo pero no quería que me avance mi enfermedad".
	Desánimo y tristeza: "Me sentí nostálgica sin poder comer y dormir bien".
C. Adaptación y evolución del tratamiento	Falta de apoyo: "Ni siquiera tuve apoyo de mis familiares tanto socialmente y económicamente".
	Dificultades iniciales y adaptación progresiva: "Al inicio le dañó después el cuerpo se fue acostumbrando".
D. Percepción de esperanza y motivación	Mejoría con el tiempo: "Muy mal al principio luego ya mejor".
	Esperanza de recuperación: "Tranquilo porque puede tener una esperanza de vida".
	Determinación por sanar: "Tengo ganas de curarme".
	Alivio por avances positivos: "Aliviada porque le dieron el resultado que con el tratamiento podía eliminar de forma definitiva el cáncer".

CUADRO D1: Este cuadro evalúa las respuestas de los pacientes reflejan un impacto significativo del tratamiento en **tres dimensiones principales: Efectos físicos:** La mayoría experimentó **fatiga, debilidad, dolor, náuseas, vómitos y pérdida de apetito.** Algunos mencionaron la caída del cabello y pérdida de peso

como factores que afectaron su bienestar. **Impacto emocional:** Muchos expresaron **miedo, ansiedad, preocupación e incertidumbre**, especialmente al inicio del tratamiento. Algunos también mencionaron sentimientos de **desánimo y tristeza**, agravados en ciertos casos por la falta de apoyo familiar y dificultades económicas. **Adaptación y esperanza:** A pesar de los efectos adversos, algunos pacientes lograron adaptarse con el tiempo y destacaron una **mejoría gradual, alivio y esperanza en su recuperación**. El tratamiento genera un impacto tanto físico como emocional en los pacientes. Es fundamental proporcionar **apoyo médico, psicológico y social** para mejorar su calidad de vida y ayudarles a afrontar mejor el proceso de recuperación.

E. Apreciación que tienen las personas que viven con cáncer sobre la atención médica que recibieron antes, durante y después de su diagnóstico.

E.1 ¿Usted acudía periódicamente a realizarse controles médicos o solo lo hacía cuando tenía alguna dolencia?

REALIDAD DE LOS CONTROLES MEDICOS DE LOS PACIENTES		EJEMPLOS
A. Controles médicos periódicos (Prevención) – Minoría de respuestas	Algunas personas mencionaron que asistían regularmente a sus controles médicos , ya sea por conciencia preventiva o por un tratamiento que debían seguir.	"Sí acudía periódicamente, no quería arruinar el tratamiento." "Acudía a todas mis consultas." "Iba a todos sus controles para no fallar porque tenía miedo a que empeore." "Sí revisión periódica en el hospital del Norte."
B. Controles solo ante síntomas o dolencias – Mayoría de respuestas	La mayoría solo acudía al médico cuando presentaban dolencias o síntomas evidentes , lo que indica una falta de prevención y un enfoque más reactivo en el cuidado de la salud.	"Solo cuando tenía dolencias, no me atendían rápido." "Solo cuando tenía dolores, pero después de ello creí que no era

		<p>necesario asistir al hospital."</p> <p>"No acudía periódicamente, solo iba cuando tenía alguna dolencia."</p> <p>"Generalmente solo cuando tenía dolencias, en las privadas solo me querían operar."</p>
<p>C. Falta total de controles médicos – Factores económicos, miedo o automedicación</p>	<p>Un grupo de personas indicó que no asistía al médico por miedo, falta de acceso o preferencia por medicina natural o automedicación. Este grupo es el más vulnerable a diagnósticos tardíos.</p>	<p>"No, nunca por miedo."</p> <p>"Nunca asistió, no le gusta los hospitales, solo le gusta ir a naturista o utilizar medicamento natural."</p> <p>"No acudí al hospital para ninguna molestia, me auto medicaba si sentía alguna molestia."</p> <p>"No realizaba ningún tratamiento ni iba al centro de salud para que me atiendan, yo me auto medicaba con hierbas y mates."</p>
<p>D. Cambio de actitud después del diagnóstico de una enfermedad</p>	<p>Algunas personas mencionaron que, tras ser diagnosticadas con una enfermedad, comenzaron a asistir regularmente a controles médicos. Esto refleja que la enfermedad funcionó como un "llamado de atención" para cambiar sus hábitos de salud.</p>	<p>"No asistía a los controles médicos hasta que me detectaron la enfermedad, después de ello asistí sin falta."</p> <p>"Sí, pero tuve la mala suerte de que todo se complicó y al final terminó en esta situación."</p> <p>"Eso fue el descuido más grande que tuve, solo iba a mis controles cuando</p>

		presentaba alguna dolencia."
E. Interrupción de controles médicos debido a la pandemia o a restricciones externas	Algunas respuestas mencionaron que antes sí asistían a controles, pero dejaron de hacerlo por la pandemia o por falta de permisos laborales.	"Antes de la pandemia sí cumplía mis controles, pero después me descuidé." "Solo cuando tenía dolencias, no me daban permiso en su trabajo."

CUADRO E1: En este cuadro se puede observar la mayoría de las personas **solo acudía al médico cuando presentaba síntomas o dolencias**, reflejando una falta de prevención en la salud. Algunos **nunca realizaban controles** por miedo, falta de acceso o preferencia por la automedicación. Otros cambiaron su actitud tras ser diagnosticados con una enfermedad. Factores como la pandemia y restricciones laborales también afectaron la asistencia médica. Existe un **riesgo alto de diagnósticos tardíos** debido a la baja cultura de prevención. Es clave **fomentar la educación en salud y mejorar el acceso a controles médicos periódicos.**

E.2 ¿En alguna de sus consultas médicas le hablaron sobre los riesgos para contraer esta enfermedad?

ANÁLISIS DE SI CONSIDERA QUE SI FUE INFORMADO SOBRE LOS RIESGOS DE PADECER ESTA ENFERMEDAD		EJEMPLOS
A. Recibieron información clara sobre los riesgos (Grupo informado)	Algunos pacientes afirman haber recibido información detallada sobre los riesgos de la enfermedad, sus consecuencias y la importancia del tratamiento.	"Sí me hablaron de los riesgos." "Sí me dijeron que podía haber consecuencias y que necesitaba mucho cuidado y apoyo de mi familia." "Sí me informaron los riesgos para contraer esta enfermedad que estoy padeciendo."

<p>B. Recibieron información parcial o tardía (Grupo con información insuficiente)</p>	<p>Otros pacientes mencionaron que recibieron información incompleta, imprecisa o tardía, lo que pudo afectar su percepción del riesgo.</p>	<p>"No recibí toda la información sobre los riesgos de mi enfermedad, solo que si no me trato a tiempo puedo llegar a complicarme." "Solo en la última consulta me explicaron la gravedad de la enfermedad y la importancia de cuidar mi salud." "Sí me decían que tenía que hacer controles de rutina, pero no lo hice por motivos de trabajo."</p>
<p>C. No recibieron información o no la recuerdan (Grupo desinformado)</p>	<p>Un grupo importante de personas afirma no haber recibido información sobre los riesgos de la enfermedad, lo que refleja una posible deficiencia en la comunicación médico-paciente. Algunos tampoco prestaron atención a la información recibida.</p>	<p>"No me dijeron nada." "Nadie habló con la paciente." "Sí, pero no tomé atención en su momento y creo que por ello estoy así." "En mi pueblo nunca llegaron a dar charlas sobre el riesgo de esta enfermedad."</p>

CUADRO E2: En este cuadro se puede observar que las respuestas reflejan **tres grupos principales**: **Informados**: Recibieron información clara sobre los riesgos y la importancia del tratamiento. **Información parcial o tardía**: No recibieron explicaciones completas o solo fueron informados cuando la enfermedad ya estaba avanzada. **Desinformados**: Nunca les hablaron de los riesgos o no prestaron atención a la información. Existe una **falta de comunicación efectiva** sobre los riesgos de la enfermedad, lo que puede afectar la prevención y detección temprana. Se recomienda **fortalecer la educación en salud y mejorar la información en consultas médica**

E.3 ¿Usted considera que en el Hospital recibió un diagnóstico y tratamiento oportuno?

CONSIDERACION QUE DE SU DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO FUE OPORTUNO		EJEMPLOS
1. Diagnóstico y tratamiento oportuno (Grupo satisfecho)	Un número significativo de pacientes considera que recibió un diagnóstico y tratamiento adecuado , destacando la calidad de la atención médica y el profesionalismo del personal.	"Sí considero que en este hospital me trataron muy bien y con mucha paciencia." "Sí, porque me dieron la valoración y la atención adecuada para determinar mi diagnóstico."
2. Diagnóstico tardío o dificultades en el proceso (Grupo con demoras o barreras)	Algunos pacientes mencionan que su diagnóstico tardó o tuvieron que buscar atención en varios lugares antes de recibir una respuesta clara .	"Sí, lo recibí aquí después de ir a deambular por todo lugar en busca de un diagnóstico oportuno." "Sí, pero creo que fue tarde, ya que estoy en un estadio avanzado que afecta mi salud."
3. Problemas con medicamentos y recursos (Grupo con dificultades de acceso)	Aunque la mayoría recibió un diagnóstico, algunos mencionan problemas con la disponibilidad de medicamentos y recursos en el hospital .	"Sí, son muy buenos profesionales, pero los medicamentos son caros." "Sí, solo que no hay medicamentos en el hospital."

CUADRO E3: En este cuadro se observa que la mayoría de los pacientes considera que **recibió un diagnóstico y tratamiento adecuado**, aunque algunos experimentaron demoras o tuvieron que buscar atención en varios lugares. **Las principales barreras identificadas son el acceso a medicamentos y el costo del tratamiento**, lo que resalta la necesidad de mejorar la disponibilidad de insumos médicos. Se requiere mejorar la disponibilidad de insumos para optimizar la atención.

E.4 ¿Está satisfecho con la atención recibida en el hospital? (si, ¿no porque?).

ANÁLISIS DEL ÍNDICE DE SATISFACCIÓN EN EL HOSPITAL		EJEMPLOS
1. Alta satisfacción (Grupo satisfecho)	La mayoría de los pacientes se siente satisfecha con la atención , destacando la amabilidad, paciencia y profesionalismo del personal de salud.	"Sí, porque me atendieron con paciencia y explicaron bien mi enfermedad." "Sí, muy satisfecho con la atención y el tratamiento del personal, son muy cálidos y amables."
2. Satisfacción parcial (Grupo con observaciones)	Algunos pacientes están conformes con la atención, pero mencionan problemas como demoras y costos elevados .	"Sí, pero las filas para los exámenes de laboratorio son largas." "Más o menos, el tratamiento es muy caro y el SUS no cubre todo."
3. Baja satisfacción (Grupo insatisfecho)	Un grupo menor expresa insatisfacción, principalmente por falta de medicamentos y tiempos de espera en emergencias e internación .	"No, porque no me dan los medicamentos que pido." "Insuficiente la atención en emergencia e internación."

CUADRO E4: En el siguiente cuadro podemos observar que la mayoría de los pacientes **está satisfecha con la atención**, valorando el trato humano y la explicación médica. Sin embargo, se identifican **áreas de mejora en el acceso a medicamentos, tiempos de espera y costos del tratamiento**, aspectos que afectan la experiencia del paciente. Sin embargo, lo que más preocupa, algunos mencionan **demoras, costos elevados de medicamentos externos y falta de medicamentos**, lo que afecta su experiencia.

E.5 ¿Cómo le gustaría que fuera la atención en el hospital?

ANÁLISIS DEL COMO LE GUSTARIA QUE FUERA LA ATENCION EN EL HOSPITAL		EJEMPLOS
1. Mejorar el acceso a medicamentos	La mayoría de los pacientes resalta la necesidad de más medicamentos disponibles , debido a que son costosos y, en algunos casos, no están accesibles .	"Que haya más medicamentos, son muy caros." "Me gustaría que me apoyen con mi tratamiento, ya que es muy costoso." "Que los medicamentos sean más accesibles para el bolsillo."
2. Mayor empatía y trato humanizado	Muchos sugieren que el personal de salud debería mostrar más empatía y paciencia , especialmente con los pacientes que enfrentan enfermedades graves.	"Me gustaría que tengan mucha empatía y paciencia." "Me gustaría que la doctora fuera más amable y empática." "Que haya empatía y buen trato por parte del personal administrativo."
3. Mejora en los tiempos de atención	Algunos pacientes sugieren que se aceleren los tiempos de atención , sobre todo en cuanto a la atención médica y los laboratorios .	"Que los exámenes y laboratorios sean más rápidos." "Me gustaría que la atención fuera más rápida para los pacientes que llegamos temprano."
4. Apoyo económico y accesibilidad	Varios pacientes mencionan la falta de recursos económicos y solicitan mayor apoyo económico , como la provisión de medicamentos gratuitos o más accesibles.	"Que algunos medicamentos sean gratis." "Me gustaría que me apoyen porque no tengo muchos recursos para el tratamiento." "Que haya colaboración con los medicamentos, ya que son muy costosos."

CUADRO E5: En este cuadro podemos observar que la mayoría de los pacientes solicita un **Acceso a medicamentos**: Los pacientes piden más **medicamentos disponibles** y que sean **más accesibles económicamente**. **Empatía y trato**

humano: Solicitan más **empatía y paciencia** de parte del personal médico y administrativo. **Mejorar tiempos de atención:** Se sugiere **agilizar la atención médica** y los **laboratorios**. **Apoyo económico:** Los pacientes piden **ayuda económica** para los tratamientos y medicamentos. En general, las sugerencias apuntan a mejorar el acceso a medicación, el trato humano y la rapidez en la atención.

4.2 Discusión de los resultados

El presente estudio permitió identificar y analizar las experiencias emocionales, percepciones y estrategias de afrontamiento de pacientes con diagnóstico de cáncer, así como las respuestas de sus familiares. A través del análisis cualitativo de entrevistas semiestructuradas a 122 personas, se exploraron múltiples dimensiones de la vivencia oncológica en un contexto hospitalario. Los resultados se analizan a continuación en función de los objetivos específicos de la investigación.

4.2.1 Reacciones emocionales de los pacientes al recibir el diagnóstico

Uno de los hallazgos más relevantes fue la aparición de emociones intensas tras el diagnóstico, especialmente miedo, tristeza, preocupación y rabia. Estas emociones reflejan el impacto psicológico inmediato del diagnóstico, marcado por la percepción de amenaza vital y ruptura del proyecto de vida. Los pacientes manifestaron preocupación no solo por sí mismos, sino especialmente por sus seres queridos, lo que evidencia el componente relacional del sufrimiento. La rabia y la culpa emergieron también como respuestas ante la percepción de no haberse cuidado, lo que sugiere la internalización de responsabilidades frente a la enfermedad.

4.2.2 Reacciones de los familiares ante el diagnóstico

Los familiares, por su parte, mostraron una gama de reacciones emocionales, desde negación e incredulidad hasta empatía activa y apoyo. La respuesta de evitación en algunos casos indica una dificultad para afrontar emocionalmente la enfermedad del ser querido. Otros familiares demostraron una fuerte implicación afectiva y acompañamiento constante. También se identificaron reacciones neutrales o incluso de desconexión emocional, lo cual es relevante, ya que revela

la heterogeneidad del vínculo familiar ante una situación límite. Es importante destacar que en varias familias el diagnóstico generó preocupación por el impacto económico del tratamiento, reflejando un sufrimiento adicional de carácter estructural.

4.2.3 Apoyo familiar durante el tratamiento

El apoyo familiar se configuró como un factor protector fundamental para los pacientes, tanto a nivel emocional como práctico. Los casos donde hubo acompañamiento activo se asociaron con una mejor adaptación al tratamiento, mayor motivación y menor percepción de soledad. En cambio, la ausencia de apoyo, ya sea por distancia, problemas familiares o desconocimiento de la enfermedad, intensificó el malestar emocional de los pacientes. La figura del cuidador principal, generalmente un hijo o cónyuge, emergió con fuerza, mostrando la distribución desigual de las tareas de cuidado dentro de la familia.

4.2.4 Percepciones sobre la causa de la enfermedad

Los pacientes construyen explicaciones subjetivas sobre las causas de su cáncer, en las que predominan ideas como negligencia personal, estrés, alimentación inadecuada y antecedentes familiares. Estas percepciones muestran una necesidad de sentido frente a una enfermedad disruptiva, pero también señalan la carencia de información clara y oportuna sobre los factores de riesgo reales. La atribución personal de la causa puede tener implicancias psicológicas, ya que algunos pacientes experimentan culpa, mientras que otros encuentran en ello una motivación para cambiar su estilo de vida.

4.2.5 Estrategias de afrontamiento

Los pacientes emplearon diversas estrategias para afrontar la enfermedad, desde seguir estrictamente el tratamiento médico, hasta realizar cambios en su alimentación y adoptar prácticas que les brinden bienestar emocional. El apoyo familiar nuevamente fue clave como estrategia de contención. La participación en actividades recreativas también fue mencionada como una vía para disminuir el estrés. El uso de tratamientos alternativos, aunque minoritario, refleja la búsqueda de control y esperanza ante una enfermedad que impone incertidumbre.

4.2.6 Impacto del tratamiento en los pacientes

El tratamiento oncológico fue vivido con ambivalencia. Por un lado, generó efectos físicos adversos como fatiga, dolor o náuseas, que impactaron en la calidad de vida. Por otro lado, algunos pacientes desarrollaron mecanismos de adaptación, resignificación del tratamiento y esperanza de recuperación. Esta evolución emocional muestra la capacidad de resiliencia que pueden desarrollar los pacientes en el transcurso de su tratamiento, y pone en evidencia la necesidad de un abordaje integral que no se limite a lo médico.

4.2.7 Realidad de los controles médicos

Se identificó una escasa cultura de prevención médica entre los pacientes, con controles esporádicos o ausentes antes del diagnóstico. Esto refleja una visión reactiva de la salud, influida por factores económicos, miedo al diagnóstico o desinformación. La experiencia del cáncer parece haber generado conciencia en algunos pacientes, quienes ahora acuden con más regularidad a controles. No obstante, las barreras estructurales siguen presentes, como la dificultad de acceso o el impacto de la pandemia, lo cual requiere atención desde las políticas públicas.

4.2.8 Información sobre los riesgos de contraer la enfermedad.

El grado de información recibido sobre el cáncer fue muy desigual. Algunos pacientes indicaron que nunca fueron informados adecuadamente, mientras que otros recibieron explicaciones incompletas o tardías. Esto sugiere fallas en la comunicación médico-paciente y en la estrategia educativa del sistema de salud. La desinformación dificulta la prevención y alimenta mitos o falsas creencias sobre la enfermedad. Es necesario fortalecer los programas de educación sanitaria con un enfoque claro, accesible y empático.

4.2.9 Diagnóstico y tratamiento oportuno.

Los relatos muestran que aunque muchos pacientes recibieron atención adecuada, otros enfrentaron demoras en el diagnóstico y dificultades para iniciar tratamiento. La peregrinación por distintos centros médicos y la limitación de recursos reflejan las inequidades del sistema de salud. La falta de insumos o

medicamentos genera frustración tanto en los pacientes como en los equipos de salud, que reconocen sus propias limitaciones estructurales. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de una atención oportuna, accesible y equitativa.

4.2.10 Satisfacción con la atención recibida

La mayoría de los pacientes valoraron positivamente la calidad humana del personal de salud, destacando el trato empático y respetuoso. No obstante, también se expresaron quejas relacionadas con la demora en la atención, la falta de medicamentos y la insuficiente cobertura económica. Estas percepciones reflejan una atención que, aunque valorada en lo humano, enfrenta serias limitaciones materiales que afectan la experiencia del paciente.

4.2.11 Propuestas de mejora en la atención hospitalaria

Los propios pacientes formularon propuestas concretas para mejorar el sistema de atención, como el acceso garantizado a medicamentos, reducción de tiempos de espera, mejor trato por parte del personal y apoyo económico. Estas sugerencias emergen directamente de su experiencia vivida y reflejan una comprensión clara de las carencias del sistema. Incluir estas voces en la formulación de políticas públicas es clave para avanzar hacia un modelo de atención verdaderamente centrado en el paciente.

Los resultados obtenidos permiten comprender que la experiencia del cáncer no se limita a la dimensión biomédica, sino que atraviesa profundamente lo emocional, lo social y lo económico. El cáncer implica una ruptura vital que transforma a los sujetos y su entorno, revelando tanto fortalezas como vulnerabilidades. Las emociones, el apoyo familiar, el acceso al sistema de salud y la información brindada, constituyen elementos centrales que deben ser considerados en cualquier estrategia de atención integral. Este estudio pone de manifiesto la necesidad urgente de articular atención médica de calidad con contención psicosocial, educación preventiva y justicia sanitaria.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1.- Los efectos psicosociales del cáncer en los pacientes oncológicos del Hospital El Alto Sur durante la gestión 2024 fueron profundos y multidimensionales, afectando no solo su estado emocional con sentimientos de miedo, tristeza, culpa y ansiedad sino también sus relaciones familiares, su capacidad de afrontamiento y su percepción de la calidad de vida. La carencia de información adecuada, el apoyo familiar desigual y las limitaciones en el acceso a un tratamiento oportuno contribuyeron a un mayor desgaste emocional. A pesar de estas dificultades, muchos pacientes demostraron resiliencia y adoptaron estrategias adaptativas frente a la enfermedad, lo que evidencia la necesidad de fortalecer los componentes psicosociales dentro del modelo de atención integral oncológica.

2.- Además se evaluó la calidad y calidez de atención psicosocial brindada por el personal de Hospital El Alto Sur en el cual los pacientes indicaron que reciben apoyo emocional pero existen deficiencias aun en la comunicación sobre el cuadro patológico y tratamiento que sufren los mismos acompañado de horas de espera, ausencia de insumos y la suficiente colaboración económica que sufren la misma generando a nivel emocional cuadros de frustración, ansiedad y llegando a ocasionar alteraciones conductuales dentro de su entorno.

3.- Se pudo identificar la situación económica y social de los pacientes oncológicos del Hospital El Alto Sur la misma juega un papel primordial para el tratamiento, las dificultades limitan el acceso además de la continuidad y /o controles, compra de medicamentos primordiales para su tratamiento. Acompañado de falta de información y prevención sobre la educación en salud contribuye a la baja adherencia o mal apego al tratamiento.

4.- Las causas que originas rechazo al tratamiento pacientes identifican presencia de reacciones adversas a los fármacos, desconfianza al sistema de salud y ausencia o falta de apoyo familiar lo que ocasiona un déficit en le tratamiento, acompañado de creencias erróneas sobre la enfermedad

oncológica son factores que influyen a rechazo de atención médica y posterior complicación de la misma.

5.- Respecto a los resultados obtenidos en el presente trabajo se proponen diferentes estrategias y así mejorar la atención a nivel psicosocial en el Hospital El Alto Sur. Por lo cual se sugiere apoyar y así fortalecer programas de apoyo psicosocial para el paciente y su entorno, mejorando la comunicación médico-paciente y familia, acompañado de cobertura de medicamentos. Como estrategia fundamental crear estrategias en las cuales se puedan realizar atención de promoción y prevención de detección temprana del cáncer, contar con área de trabajo social la cual nos pueda colaborar respecta a dificultades económicas que cursen los pacientes oncológicos.

En conclusión, el presente estudios identifica la necesidad que debe realizarse un enfoque integral de pacientes oncológicos ya que los mismos deben trabajarse no solo en el tratamiento médico sino además del bienestar emocional, conductual, social de los pacientes oncológicos. Seguido de la mejora en la implementación de infraestructura hospitalaria contar con áreas de bienestar social, estrategias de promoción y prevención acompañado de apoyo económico lo mismo mencionado previamente podrá contribuir a brindar calidad de vida y eficiencia de atención en salud de los pacientes oncológicos.

5.2 Recomendaciones

1.- Se recomienda implementar un programa institucional de atención psicosocial integral dentro del Hospital El Alto Sur, que contemple acompañamiento psicológico permanente, orientación familiar, educación sobre la enfermedad y soporte social. Este enfoque debe estar orientado a mejorar la calidad de vida del paciente oncológico desde el momento del diagnóstico, reforzando la red de apoyo emocional y garantizando una atención humanizada, oportuna y equitativa, que responda a las necesidades reales expresadas por los propios pacientes.

2.- Mejorar la comunicación médico-paciente-familia Es prioritario capacitar al personal de salud en habilidades de comunicación efectiva, especialmente al momento de informar diagnósticos y tratamientos. Una comunicación clara,

empática y oportuna puede reducir la frustración y ansiedad de los pacientes y sus familiares, y contribuir a una mejor adherencia al tratamiento.

3.- Fortalecer el acceso y la continuidad del tratamiento oncológico. Se sugiere mejorar la cobertura de medicamentos esenciales, reducir los tiempos de espera, garantizar el suministro de insumos médicos, y establecer un área de trabajo social que facilite el acceso económico al tratamiento. Estas acciones buscan disminuir las barreras económicas que limitan la adherencia terapéutica.

4.- Desarrollar campañas de promoción, prevención y educación en salud oncológica. Es necesario implementar programas educativos que informen a la población sobre la detección temprana del cáncer, los efectos secundarios del tratamiento, y la importancia del acompañamiento familiar y social. Esto permitirá reducir el rechazo al tratamiento y combatir creencias erróneas sobre la enfermedad.

5.- Crear e institucionalizar programas de apoyo psicosocial y redes de acompañamiento. Se recomienda establecer grupos de apoyo para pacientes y familiares, integrados por personal especializado y personas que hayan superado experiencias oncológicas similares. Estas redes pueden mejorar el bienestar emocional, la calidad de vida del paciente, y generar entornos sociales de contención y solidaridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Puente J, Velasco G, Sociedad Española de Oncología Médica 2ª edición. Madrid;2024.
2. Hanahan D, Weinberg R, The hallmarks of cancer. 7ed. Cuadecon;2000.
3. Hajdu S. A note from history: the first tumor pathologist. Ann Clin Lab Sci, 34; 2004.
4. Baquero V, Téllez G, Construcción de resiliencia a partir de las redes de apoyo en 3 adultos sobrevivientes de cáncer, Santo tomas; 2020
5. Terrazas A, Aguilar R, Sdenka M. Norma de atención clínica de Cáncer de Mama, Bolivia, Pub 528;2023.
6. Terrazas A, Aguilar R, Sdenka M. Norma de atención clínica de Cáncer de Próstata, Bolivia, Pub 528;2023
7. Terrazas A, Aguilar R, Sdenka M. Norma de atención clínica de Cáncer Cervicouterino, Bolivia, Pub 528;2023
8. Huertas Ríos S, Riesgo de exposición a Agentes cancerígenos y mutágenos, 4ª edición, Mexico,2023
9. Cajaraville G, Carreras O, Oncología, 7ª edición, Guayaquil, 2018
10. Rosenberg S, Principios de tratamiento del cáncer: 5ª ed. Madrid: 2000.
11. Alberro J, Rosa J. Técnicas no farmacológicas en el tratamiento del cáncer: cirugía y radioterapia. 4ª edición Madrid; 1997.
12. Balmer C, Finley RS. Concepts in Oncology Therapeutics. 2ª edición: American Society;1998.
13. De Vita V. Principios del tratamiento del cáncer: quimioterapia. 5ª edición. Madrid;2000.
14. Lu D, Andersson TM, Fall K, et al. Diagnóstico clínico de trastornos mentales inmediatamente antes y después del diagnóstico de cáncer: un estudio de cohorte emparejado a nivel nacional en Suecia. JAMA Oncol 2016.

15. Mosher CE, DuHamel KN, Rini CM, et al. Barreras para el uso de servicios de salud mental entre sobrevivientes de trasplante de médula ósea hematopoyético. 2010.
16. Mols F, Husson O, Roukema JA, Cancer Surviv 2013.
17. Boyes AW, Girgis A, D' Este C, Zucca AC. ¿Prosperidad o fracaso? Prevalencia y correlaciones de la ansiedad y la depresión sobrevivientes de cáncer 6 meses después del diagnóstico 2011.
18. Beckjord EB, Reynolds KA, van Londen GJ, et al. Tendencias a nivel de población en las preocupaciones de los sobrevivientes de cáncer postratamiento y la recepción asociada de atención: Oncol 2014.
19. Seiler A, Jenewein J. Resiliencia en pacientes con cáncer. Front Psychiatry 2019.
20. Wigginton B, Farmer K, Kapambwe S, et al. Muerte, contagio y vergüenza: el potencial de la defensa de los derechos de las sobrevivientes de cáncer en Zambia. Health Care Women 2018
21. Arch JJ, Genung SR, Ferris MC, et al. Presencia y predictores de la aparición de trastorno de ansiedad después del diagnóstico de cáncer entre sobrevivientes de cáncer ansiosos. Support Care Cáncer 2020.
22. Hammond C, Abrams JR, Syrjala KL. Fertilidad y factores de riesgo de elevada preocupación por la infertilidad en sobrevivientes de trasplantes de células hematopoyéticas a 10 años y controles emparejados por casos. J Clin Oncol 2007.
23. Li Y, Theodoropoulos N, Fujiwara Y, et al. Autoevaluación del estado de salud entre sobrevivientes de cáncer lesbianas, gays y bisexuales en los Estados Unidos. Cáncer 2021.
24. Dibble KE, Kaur M, Lyu J, Connor AE. Evaluación de las percepciones de salud y la utilización de la atención médica entre mujeres sobrevivientes de cáncer y mujeres sin cáncer de la población. Cáncer Causes Control 2022.

25. Chidobem I, Tian F, Mgbodile C, et al. Evaluación de la relación entre el estatus socioeconómico, la raza y el sufrimiento psicológico en sobrevivientes de cáncer: un estudio poblacional. *Oncol* 2022.
26. Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C. Revisión de la literatura sobre los efectos del cuidado de un paciente con cáncer. *Psychooncology* 2010
27. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013
28. Moreno PI, Ramírez AG, San Miguel L, et al. Satisfacción con la atención del cáncer, autoeficacia y calidad de vida relacionada con la salud en sobrevivientes de cáncer latinos. *Cáncer* 2018.
29. Cramer H, Lange S, Klose P, et al. Yoga para pacientes y sobrevivientes de cáncer de mama: una revisión sistemática y metaanálisis. *BMC Cáncer* 2012
30. Ullrich A, Rath HM, Otto U, et al. Regreso al trabajo en sobrevivientes de cáncer de próstata: hallazgos de un estudio prospectivo sobre la reintegración laboral después de un programa de rehabilitación del cáncer. *Cáncer* 2018.
31. Smith SK, O'Donnell JD, Abernethy AP, et al. Evaluación de Pillars4life: un programa virtual de habilidades de afrontamiento para sobrevivientes de cáncer. *Psychooncology* 2015.
32. Yun YH, Lim CI, Lee ES, et al. Eficacia del coaching de salud y un programa en línea sobre la actividad física, el peso y el manejo del estrés entre los sobrevivientes del cáncer: un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico. *Psychooncology* 2020.
33. Bernier J, Hall EJ, Giaccia A. Oncología radioterapéutica: un siglo de logros. *Nature*. 2004
34. Jackson SP, Bartek J. La respuesta al daño del ADN en la biología y la enfermedad humanas. *Nature*. 2009;

35. Bernier J, Hall EJ, Giaccia A. Oncología radioterapéutica: un siglo de logros. *Nature*. 2004
36. Ellis F. Dosis, tiempo y fraccionamiento: una hipótesis clínica. *Clin Radiol*. 2021
37. Williamson TJ, Kwon DM, Riley KE, Sheen MJ, Hamann HA, Ostroff JS. Lung Cancer Stigma: Does Smoking History Matter? *Ann Behav Med*. 2020.
38. Verihy, jufragv, Shen, Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5. Washington DC: 2013
39. Cohee AA, Adams RN, Johns SA, et al. Miedo a largo plazo a la recurrencia en sobrevivientes jóvenes de cáncer de mama y sus parejas. *Psychooncology*. 2015
40. Holland JC, Andersen B, Breitbart WS, et al. Manejo de la angustia. *Revista de la Red Nacional Integral del Cáncer*. 2013

Entrevista

Nombres y apellidos:.....

Edad:..... Sexo:.....

A. Reacciones que tuvieron las personas que viven con cáncer al recibir este diagnóstico.

A.1 ¿Que sintió cuando recibió el diagnóstico?

R.-

B. Reacciones que tuvieron los familiares de las personas que viven con cáncer al conocer el diagnóstico de su familiar.

B.1 ¿Como reacciono su familia cuando le informaron de su diagnóstico?

R.-

B.2 ¿tuvo apoyo de su familia durante su tratamiento?

R.-

C. Percepción de la persona que viven con cáncer sobre su enfermedad

C.1 ¿Que cree usted que fue lo que le produjo la enfermedad?

R.-

C.2 ¿Que se encuentra realizando para superar su enfermedad?

R.-

D. Cambios familiares, sociales y económicos que se realizaron en la vida de las personas que viven con cáncer.

D.1 ¿cómo se sintió durante el tratamiento?

R.-

E. Apreciación que tienen las personas que viven con cáncer sobre la atención médica que recibieron antes, durante y después de su diagnóstico.

E.1 ¿Usted acudía periódicamente a realizarse controles médicos o solo lo hacía cuando tenía alguna dolencia?

R.-

E.2 ¿En alguna de sus consultas médicas le hablaron sobre los riesgos para contraer esta enfermedad?

R.-

E.3 ¿Usted considera que en el Hospital recibió un diagnóstico y tratamiento oportuno?

R.-

E.4 ¿Está satisfecho con la atención recibida en el Hospital? (Sí, ¿no porque?).

R.-

E.5 ¿Como le gustaría que fuera la atención en el Hospital?

R.-

Fotografías.

Entrevistas a los pacientes

