



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Actitud del paciente oncológico hacia la enfermedad y el
tratamiento-Instituto Regional de Enfermedades
Neoplásicas IREN-Norte: Trujillo 2009**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Oncológica

AUTOR

Alejandrina Zavala Alvites

LIMA – PERÚ
2010

**“ACTITUD DEL PACIENTE ONCOLOGICO HACIA LA
ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO” - INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
IREN_ NORTE. TRUJILLO 2009.**

INDICE

	Pág.
CAPITULO I: INTRODUCCION	
A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema	6
B. Formulación del Problema	8
C. Justificación	9
D. Objetivos	9
E. Propósito	10
F. Marco Teórico	10
F.1 Antecedentes del Estudio	10
F.2 Base Teórica	13
G. Hipótesis	40
H. Definición Operacional de Términos	40
CAPITULO II: MATERIAL Y METODO	
A. Nivel , Tipo y Método	41
B. Área de Estudio	41
C. Población y Muestra	42
D. Técnica e Instrumento	43
E. Procedimiento de Recolección de Datos	44
F. Procedimiento de Procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación de Datos	45
G. Consideraciones Éticas	45
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION	46
CAPITULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
A. Conclusiones	52
B. Recomendaciones	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS	

RESUMEN

ACTITUD DEL PACIENTE ONCOLOGICO HACIA SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. TRUJILLO. DICIEMBRE 2008- ENERO 2009

El objetivo de la presente Investigación es determinar la Actitud del Paciente Oncológico hacia su Enfermedad y Tratamiento. Método: El estudio es de nivel Aplicativo de tipo descriptivo de corte transversal; cuya población estuvo conformada por los pacientes que asistieron al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. IREN – Norte, durante los meses de Diciembre 2008 y Enero 2009, ubicado en la ciudad de Trujillo. Para la recolección de datos se utilizó una escala tipo Likert modificada; Resultados: Se encontró que la Actitud del Paciente Oncológico hacia el Tratamiento y Enfermedad es desfavorable, con un intervalo de confianza de 42.2 y un 61.8.

Conclusiones: El paciente Oncológico del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas tiene una Actitud Desfavorable hacia su Enfermedad y Tratamiento viéndose afectado el factor cognitivo y el emocional lo que está más ligado a la información que este haya recibido en el transcurso de la aceptación de la enfermedad y tratamiento.

PALABRAS CLAVES: Actitud, Paciente Oncológico, Actitud del Paciente Oncológico, Enfermedad, Tratamiento.

PRESENTACIÓN

El cáncer representa la segunda causa de muerte en el Perú y en el mundo, constituye una palabra que engloba tres tipos de enfermedades, la enfermedad orgánica: aquellas modificaciones que sufre el organismo y que se pueden curar terapéuticamente; enfermedad social: cómo afecta al entorno del paciente, enfermedad emocional como afecta psicológicamente al paciente y a sus familiares cercanos.

Por ello, enfrentarse a un diagnóstico de cáncer representa una situación muy difícil de afrontar, ocasionando en los pacientes diversas actitudes de afrontamiento que pueden no ser las más indicadas. El profesional de enfermería brinda atención holística al paciente dentro de esto se incluye el aspecto emocional, es así que tenemos la obligación moral de ayudar al paciente en el afrontamiento de su enfermedad para que pueda tener una mejor calidad de vida.

El presente estudio titulado "ACTITUD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO HACIA SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO. - INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. IREN_NORTE. DICIEMBRE 2008 – ENERO 2009; tuvo como Objetivo General; Determinar la Actitud del Paciente Oncológico hacia su Enfermedad y Tratamiento; la presente investigación es de tipo descriptiva, de corte transversal y se llevó a cabo en el INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. IREN_ NORTE. TRUJILLO.

Consta de Capítulo I, El problema, antecedentes del estudio, base teórica; Capítulo II, Material y método, Capítulo III; Resultados, conclusiones y recomendaciones finalmente se presentan la Referencia bibliográfica y la bibliografía y los anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. Planteamiento, Delimitación Y Origen Del Problema:

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, tanto por su elevada incidencia como por las distintas consecuencias de la misma. Actualmente se considera la segunda causa de mortalidad, pues así lo demuestran sus altas tasas de incidencia. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y; en el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, ha publicado tasas de incidencia y mortalidad por cáncer globales de 150.7 y 78.3 por cien mil habitantes de nuestra ciudad capital. (1)

Es así que el cáncer no es solo una enfermedad; es un grupo de más de 200 enfermedades diferentes por lo que se le considera como una enfermedad multifactorial. Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer es una de las situaciones más difíciles y temidas de nuestra sociedad. Pocas enfermedades provocan tantos problemas psicológicos, en ellas se unen una serie de molestias que son

generadoras de malestar. Es así que el cáncer supone un proceso de cambio y ruptura en la vida cotidiana visualizándose por la adopción de un conjunto de actitudes que van desde la negación hasta la depresión. (2)(3)

La actitud es un proceso mental y se define como la **predisposición** para responder a un objeto particular de una manera generalmente favorable o desfavorable, esta viene influenciada por el propósito que nosotros percibimos y como respondemos al mundo cómo se adquiere y **aprende**. Una actitud es una expresión del presente, pero parte de una reflexión basada en el aprendizaje de experiencias previas. (4)(5).

Es así que las personas pueden tener diferentes actitudes frente a la enfermedad y tratamiento del cáncer, la actitud que la persona con cáncer adopte dependerá de las estrategias de adaptación que ésta tenga, pues recibir un diagnóstico de cáncer puede producir una dificultad emocional llevándolo a adoptar una **Actitud Favorable** en la que la persona ve a la enfermedad como un reto un obstáculo que hay que vencer y se le observa perseverante. Ante esta situación, se adaptan bien presentan actitudes de compromiso y participación activa frente a la enfermedad y el desempeño de su vida diaria. Al contrario de estas encontramos **Actitudes Desfavorables**, en donde las personas por sí, ya se sienten derrotados se muestran incrédulos, es posible que empiecen a experimentar depresión, ansiedad, falta de apetito, incapacidad para dormir, concentración deficiente y distintos grados de incapacidad para desenvolverse en las actividades diarias, afectando su calidad de vida. (5)(6)

El profesional de enfermería participa en la prestación de servicios de salud en forma integral en los diversos procesos, es así

que la enfermera en el campo de la oncología tiene una gran responsabilidad con el paciente pues aquí no solo el paciente tiene un problema fisiológico sino que el diagnóstico de cáncer trae consigo muchas implicancias psicológicas y sociales complejas que la enfermera debe de reconocer y estar preparada para enfrentar, pues su labor es: **la promoción del afrontamiento**, el cual comienza con la valoración de los factores estresantes y las respuestas de manejo situacional previos, para poder desarrollar una serie de habilidades con el paciente con la finalidad de hacer que éste acepte la enfermedad y la enfrente de forma positiva, buscando mejorar su calidad de vida. (7)(8)

En el diario que hacer convivimos con personas con este tipo de diagnóstico y observamos en ellos diversas reacciones frente al tratamiento que reciben; es así que algunos sienten incredulidad y preguntan, "¿Está seguro que tiene los resultados correctos de la prueba?" Tal vez se sientan atónitos o en estado de crisis o como si "Esto no me puede estar ocurriendo a mí". A medida que el paciente acepta gradualmente la realidad del diagnóstico, es posible que empiece a experimentar depresión, ansiedad, falta de apetito, concentración deficiente y distintos grados de incapacidad para desenvolverse en las actividades diarias, que pueden perjudicar su Vida.

B.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo descrito anteriormente, por las experiencias obtenidas y por desconocerse investigaciones con la variable en estudio, nos nace la inquietud de realizar la presente investigación

¿Cuál es la Actitud del Paciente Oncológico hacia su Enfermedad y Tratamiento en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. IREN_NORTE. Trujillo. Diciembre 2008 – Enero 2009?

C.- JUSTIFICACIÓN:

La presente investigación se realiza por qué:

- Se observa poca participación del paciente en la afrontación de su enfermedad.
- El profesional de enfermería tiene un compromiso moral con el paciente oncológico en la atención psicosocial ayudándolo a tener un afrontamiento positivo hacia la enfermedad y tratamiento en busca de una mejor calidad de vida del paciente.

D.- OBJETIVOS:

D1.- Objetivo General:

- Determinar la actitud del paciente oncológico hacia su enfermedad y tratamiento en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Trujillo.

D2.-Objetivos Específicos:

- Identificar la actitud del paciente oncológico hacia su enfermedad en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- Identificar la actitud del paciente oncológico hacia su tratamiento en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

E.- PROPÓSITO:

Cabe resaltar que los resultados de la presente investigación permitirán tener información válida para establecer estrategias que mejorarán la atención del paciente oncológico en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, no solo del personal de enfermería sino de todos los profesionales que interactúan con el paciente; Estos resultados servirán para mejorar los programas educativos dirigidos a pacientes nuevos donde se manejen temas sobre: Cáncer, Afrontamiento de estrés, etc.

F.- MARCO TEORICO:

F1.- ANTECEDENTES O REVISION LITERARIA:

En nuestro medio se desconocen investigaciones que relacionen los Factores Actitud del Paciente Hacia Su Tratamiento y Enfermedad sin embargo encontramos investigaciones que han estudiado a la Actitud en diversas situaciones:

Roberto, Gonzales y Alfredo, Pérez; (2006) realizaron un estudio sobre: "El Nivel de Conocimientos y Actitudes Frente Al Humo Del Tabaco en Estudiantes de Pre- Grado De La Universidad Nacional de Trujillo, Teniendo como objetivos: Determinar el nivel de conocimientos sobre el humo del tabaco en el estudiante de pre grado de la Universidad Nacional de Trujillo; Determinar la Actitud frente al humo ambiental del tabaco en el estudiante de Pre- grado de la Universidad Nacional de Trujillo; Determinar la relación entre el Nivel de Conocimientos y la Actitud del estudiante frente al humo Ambiental del Tabaco en los estudiantes de la Universidad Nacional de Trujillo. El estudio es de tipo Básico descriptivo, de corte

transversal, fue realizada en la ciudad Universitaria de la Universidad Nacional de Trujillo; las conclusiones fueron:

"77% de los estudiantes de pre grado de la Universidad Nacional de Trujillo, tienen un nivel de conocimientos alto sobre el humo del tabaco y el 23% un nivel de conocimientos bajo; y el 70% de los estudiantes de pre grado de la Universidad Nacional de Trujillo tienen Actitud Pasiva frente al humo ambiental del Tabaco; el nivel de conocimientos no tiene relación estadísticamente significativa con la actitud frente al humo ambiental del tabaco en los estudiantes de pre grado de la Universidad Nacional de Trujillo". (9)

Juan Carraes y José Flores; (2005); estudiaron "Factores Biopsicosociales y Actitud del Cuidador Familiar Principal del Paciente con la enfermedad de Alzheimer PADOMI. Essalud; tuvieron como objetivos: Identificar los factores Biopsicosociales Nivel de Información, grado de dependencia del paciente, tiempo de enfermedad y grado de estrés en el cuidador familiar principal del paciente con enfermedad de Alzheimer; Identificar el tipo de Actitud que adopta el cuidador familiar principal del paciente con enfermedad de Alzheimer ; determinar la relación de los factores biopsicosociales: Nivel de información, grado de dependencia del paciente, tiempo de enfermedad y grado de estrés con la actitud que asume el cuidador familiar principal del paciente con enfermedad de Alzheimer ; la investigación fue de tipo básica de diseño descriptivo - correlacional, los resultados encontrados fueron:

"66.1 % de los cuidadores familiares principales poseen regular nivel de información, el 81,4/. % de los pacientes con Alzheimer son dependientes totales, el 71.2% presentan actitud positiva hacia el paciente con Alzheimer, además encontraron que existen relación altamente positiva entre las variables Actitud del Cuidador Familiar con el Nivel de Estrés y Tiempo de Enfermedad del Paciente con Alzheimer, y que no existe relación significativa entre la variable Actitud del Cuidador Familiar con el Nivel de Información y el Grado de dependencia del paciente con Alzheimer. (10)

Anna Orbegoso (2004), realizó un estudio sobre "Actitud Familiar y el Nivel de Autoestima en el Adolescente Invidente, en el Centro Educativo Tulio Herrera León-Trujillo, los objetivos planteados fueron: Determinar la actitud Familiar hacia el Adolescente Invidente, establecer la relación que existe entre la Actitud Familiar y el Nivel de Autoestima en el Adolescente Invidente, fue un estudio descriptivo de relación y corte transversal; los resultados encontrados fueron:

"53.3% de familias tienen Actitud Negativa hacia el Adolescente invidente y el 56.7% tienen un nivel de Autoestima Negativo y que existe relación altamente significativamente entre la Actitud Familiar y el Nivel de Autoestima en el Adolescente invidente. (11)

EMMA ACUÑA MADI (2000), Estudió el Nivel de Conocimiento, Actitud, depresión y cumplimiento del tratamiento en mujeres con cáncer Uterino en el Hospital Belén de Trujillo. Los Objetivos fueron Determinar el nivel de cumplimiento del tratamiento Oncológico con mujeres con Cáncer Uterino que acuden al Hospital Belén; Determinar el nivel de conocimiento sobre el cáncer uterino en las mujeres en estudio; Identificar el tipo de Actitud frente a la enfermedad que presentan las mujeres con cáncer uterino; Determinar el estado de depresión de las mujeres con cáncer uterino; Establecer la relación entre el número de conocimiento, tipo de Actitud frente a la enfermedad, estado de depresión con el tipo de cumplimiento al tratamiento de las mujeres con cáncer uterino, esta investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal los resultados fueron:

"67.1% de las mujeres cumplieron con el Tratamiento y 32.9% fueron las que no cumplieron; con respecto al Nivel de Conocimiento sobre cáncer uterino el 32.9% presentaron adecuado nivel de conocimiento y el 67.1% inadecuado nivel de conocimiento; con respecto a la actitud hacia la enfermedad en mujeres con cáncer uterino fue adecuado en un 32.9%, y en un 67.1% inadecuado ; el estado depresivo de las pacientes fue deprimido en un 10% y no deprimido en un 90%.

La revisión de los antecedentes Bibliográficos permitió tener una mejor base para conocer las diversas formas de abordar la variable de la Actitud además nos ayudó para la formulación del instrumento que se empleó en la presente investigación.

F2.- BASE TEÓRICA:

Generalidades de la Actitud:

-Las actitudes son procesos mentales individuales que determinan tanto las respuestas actuales como los potenciales de cada persona en el mundo social. Como la actitud se dirige siempre hacia algún objeto, se puede definir como "un estado de la mente de un individuo respecto a un valor. (13)

-Actitud es una preparación o disponibilidad para la respuesta. (5)

-Es un estado mental o neutral de disponibilidad organizado en base a la experiencia y que ejerce influencia directa o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetivos y situaciones con los que aquella se relaciona. (4)

-La actitud es un "grado de afecto" a favor o en contra de un objeto o valor.

Eiser en 1980, subraya a las siguientes características como las más importantes implícitas en el término actitud

1. Son experiencias subjetivas, es decir, cuando una persona habla sobre una actitud propia lo hace en términos de inferencia a partir de la auto observación y de la propia percepción de su comportamiento.

2. Son experiencias hacia un objeto o situación. Dicha característica no se refiere a que todas las experiencias serán clasificadas como actitud, o como simples reacciones afectivas ante una estimulación externa sino que se refiere a que algunas situaciones y objetos ya que son parte de la experiencia.

3. Las actitudes son experiencias hacia un objeto o situación con una dimensión evaluativa, es decir, la experiencia con el objeto o situación. Incluyen juicios evaluativos. Es frecuente juzgar las actitudes particulares de alguien por lo que socialmente se tiende a condicionar respuestas y actitudes.
4. Pueden expresarse verbalmente. Esta característica es un elemento útil para su evaluación.
5. Las expresiones de las actitudes son en principio inteligibles es decir, si alguien las manifiesta o las expresa aunque de manera subjetiva, percibida por otro (s).
6. Son comunicadas: las actitudes por sí mismas son inteligibles como ya se dijo antes, pero además están "hechas" para ser percibidas y comprendidas por otros ya que el expresarlas es un acto social.
7. Diferentes individuos pueden discernir en sus actitudes, esto depende de dos características mencionadas: una es cuando ésta se expresa mediante lenguaje verbal, intrínsecamente existe la posibilidad de una negación y por otro lado, la noción sobre la referencia social de la actitud.
8. El hecho de que distintas personas tengan actitudes diferentes hacia un mismo objeto-estímulo dependerá de la interpretación individual que tenga sobre el objeto.
9. Se pueden predecir actitudes relacionadas con el comportamiento social. (7)

COMPONENTES:

1) *EL COMPONENTE COGNITIVO:*

Se refieren al componente cognoscitivo como la categoría conceptual de objetos o sucesos a los que se dirige la actitud. Es decir, este componente define al objeto de la actitud, especificando los objetos, personas o eventos a los que la actitud es dirigida. El

concepto de la actitud puede ser una persona en concreto, miembro de una clase social, grupos o instituciones, pero también puede tratarse de una abstracción inteligible (honradez, muerte, enfermedad, etc.). El elemento cognoscitivo es a menudo conocido como las creencias y valores de una persona.

2) EL COMPONENTE AFECTIVO:

Este componente es definido como el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social considerado como el único componente característico de las actitudes. Pero también como el más enraizado y el que más se resiste al cambio.

Las actitudes se distinguen de las creencias y opiniones, las cuales algunas veces integran una actitud provocando reacciones afectivas ya sean positivas o negativas hacia un objeto, es decir, las creencias y opiniones comprenden solamente un nivel cognoscitivo de la conducta humana. En tanto interactúan los componentes cognoscitivos y afectivos dan la posibilidad de ir conformando lo que el término actitud significa. Elemento afectivo en las actitudes incluye los sentimientos y emociones que acompañan a una creencia o idea nuclear.

En síntesis, el componente afectivo de una actitud, se refiere al sentimiento ya sea en pro o en contra de un objeto o situación social para lo cual es necesario que exista un componente cognoscitivo. (7)

3) EL COMPONENTE CONATIVO O CONDUCTUAL:

Se refiere a la acción, a las expresiones verbales, lo concerniente a la conducta en sí.

Las actitudes son la propia fuerza motivadora de la acción y en general la tendencia de los autores que se han venido revisando en el presente capítulo es la de sostener que el componente conductual es el resultado de la interacción entre los componentes cognoscitivo

y afectivo, y aún más que ambos componentes tenderán a la congruencia de la cual hablan.

Hasta este momento, se ha venido especificando que las actitudes están constituidas por lo que las personas piensan y sienten respecto de un objeto-estímulo, así como también a la manera en que se da vida a ese sentimiento y pensamiento por medio de la acción.

El elemento conductual entonces se conoce como la predisposición o tendencia general hacia la acción en una dirección predicha. Este componente está directamente relacionado con el componente afectivo, así los sentimientos positivos tienden a generar disposiciones en las personas para entablar un contacto más estrecho y una experiencia prolongada con el objeto de la actitud y los sentimientos negativos que implican tendencias de escape o evasión con el objeto de aumentar la distancia entre la persona o el objeto de la actitud. (13)

En algunas ocasiones, existe, una relación inestable entre los componentes de la actitud, pero la tendencia general es la de mantener una relación estable.

FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES.

En la literatura sobre actitudes no hay una uniformidad de criterios en cuanto a la existencia de un proceso exacto y único sobre la adquisición de éstas. Sin embargo, la mayoría de los autores le conceden un papel importante al aprendizaje y al proceso de socialización. (5) (13)

Desde el principio de su vida, el niño está sujeto a una serie de prácticas de socialización que, directa o indirectamente, moldean el modo en que verá el mundo. El proceso de socialización va más allá de las influencias iniciales recibidas de padres y maestros, e incluyen toda la vida de una persona. Toda la experiencia social de

un individuo modificará sus actitudes y viceversa, éstas modificarán sus percepciones sociales. Por lo tanto, según este autor, el mecanismo de formación de actitudes más general es "la situación social" por la que se atraviesa a lo largo de la vida. (5)

A continuación se muestran los procesos de formación y adquisición de actitudes propuestas por diferentes autores:

1) Los principios por los cuales se adquieren las actitudes son "el crecimiento y desarrollo". Por lo que los seres humanos adquieren motivos y actitudes a través de procesos de interacción recíproca.

Una actitud favorable o desfavorable específica llega a distinguirse de las demás a través del proceso de diferenciación e integración. De este modo, en sus primeras etapas, las actitudes no están claramente diferenciadas; es decir, en la niñez, una actitud favorable es muy parecida a cualquier otra, y todas las desfavorables son muy semejantes. Las favorables representan un "bien" indiferenciado; las desfavorables representan un "mal" indiferenciado. Con el desarrollo y el crecimiento, los procesos de discriminación se van afinando y las actitudes del individuo también se hacen más precisas.

2) Uno de los procesos fundamentales por el que se adquieren las actitudes es "el aprendizaje social". Una de las principales fuentes por las que se adquieren las actitudes es la interacción con las demás personas. Las preferencias, creencias y tendencias del comportamiento se adquieren de la gente que rodea al individuo. En los primeros años de vida, las actitudes están influenciadas principalmente por las "palabras y acciones de sus padres". Considera que no es de sorprender que la mayor parte de las personas tengan actitudes semejantes a las paternas. Pero junto con el crecimiento aparece la influencia de los coetáneos. (5) (7)

3) El aprendizaje social de las actitudes parece tomar dos formas principalmente:

a) La primera se ilustra por situaciones en las que los padres alaban a sus hijos por expresar puntos de vista similares a los de ellos mismos, pero los critican en cuanto expresan puntos de vista diferentes. En tales casos los niños llegan a enunciar (y a tener) actitudes similares a las aprobadas por sus padres. Este tipo de aprendizaje se conoce como "condicionamiento clásico o instrumental" y se basa en un principio básico del comportamiento humano; los individuos aprenden a ejecutar acciones que tienen resultados positivos y que les ayudan a evitar o escapar de consecuencias negativas. En cuanto a las actitudes, las consecuencias positivas pueden obtenerse al expresar los puntos de vista "correctos" (los que se parecen a los que las personas que pueden dar reforzadores importantes). En el caso de los niños, las personas que dan el reforzamiento son los padres, otros parientes o los maestros. Entre los adultos, las personas clave pueden ser los representantes de la autoridad, los compañeros de trabajo o los miembros de grupos a los que les gustaría pertenecer al sujeto: sin embargo, el proceso es el mismo.

b) La segunda es el "moldeamiento o aprendizaje por observación", aunque los seres humanos pueden aprender por medio de reforzamiento, una forma más eficaz de aprendizaje, es el "aprendizaje por medio de la observación". Los individuos desarrollan puntos de vista específicos al observar las palabras o el comportamiento de otros. Este se llama también "aprendizaje vicario o modelamiento". Sin importar la presencia o ausencia de interacciones conscientes, los efectos del modelamiento son poderosos y pueden ejercer un impacto duradero sobre las actitudes. El aprendizaje por observación se hace evidente en

situaciones en las que los padres no intentan conscientemente enseñar a sus hijos un punto de vista determinado, pero lo muestra con sus propias acciones. Tal sería el típico caso del padre o la madre que se relacionan con terceras personas, pensando que los hijos no se darán cuenta, y una vez que los hijos crecen y llegan a tener la misma actitud de infidelidad aun teniendo pareja, cuando los padres intentan reclamarles o llamarles la atención, los hijos pueden responderles, que si ellos lo hicieron, porque se los prohíben ahora.

(7)

4) Las actitudes se adquieren por observación o por condicionamiento clásico, pero añade la presencia de otro proceso: el condicionamiento operante y señala que si una palabra neutral espontáneamente emitida es repetidamente seguida por una palabra (o cualquier estímulo neutral) que produzca una reacción, finalmente se reaccionará ante la palabra anteriormente neutral. (5)(6)

5) La experiencia que se tenga con un objeto influirá sobre las actitudes hacia éste y, al mismo tiempo repercutirá sobre la conducta respecto al mismo. La experiencia directa que el individuo tiene con el objeto de la actitud es uno de los factores más poderosos en la reacción de actitudes. Lo que ocurre durante el primer contacto con un objeto de la actitud creará una actitud hacia dicho objeto o modificará todas las actitudes que se tenían hacia él anteriormente. Las actitudes que se forman a base de la experiencia directa parecen ser más fuertes que las que se han adquirido de manera menos directa ya sea a través de palabras y acciones de los demás. Es decir, las actitudes formadas por la experiencia directa suelen ejercer efectos más fuertes o más conscientes sobre la conducta que aquellas que se forman en ausencia de dicha experiencia. Sin embargo, no es necesario el frecuente o permanente contacto con el objeto para que se forme una determinada actitud. El vivir algunas

experiencias importantes únicas también puede determinar las actitudes. (13)

6) Otro factor que es necesario tener en cuenta en la creación y modificación de actitudes es el efecto de la comunicación en general. Ésta puede provenir de la ambivalencia de los padres, al establecer que algo es bueno o malo y cómo se comportan y sienten ante dicho objeto de la actitud. Por otra parte, la influencia de los medios masivos de comunicación influye sobre las actitudes de un individuo a cada momento de su vida. (7)

Para concluir, es importante recordar que aunque las actitudes son relativamente permanentes, no son inmutables. Según están en desarrollo y cambio continuo. Este punto de vista es acertado ya que a lo largo de la vida se aprenden continuamente nuevas ideas y conductas. (6)

MEDICIÓN DE ACTITUDES

Al igual que cualquier objeto, un ser humano es susceptible de medición: se le puede medir la estatura, el peso, la temperatura corporal e incluso la personalidad. Por lo que es evidente, que para cada una de las dimensiones a medir se necesita un instrumento específico capaz de lograrlo. Así, si se quiere medir una actitud se debe diseñar un instrumento que mida precisamente eso: actitudes. Ahora bien, puesto que las actitudes no son susceptibles de observación directa, su existencia e intensidad deben inferirse de lo que puede ser observado. En consecuencia, se deben elegir conductas que sean aceptables como base de inferencia de las actitudes. (6)

Cinco bases de inferencias de actitudes:

- a)** Informes de uno mismo sobre creencias, sentimientos y conductas.
- b)** Observación de la conducta manifiesta.

- c) Reacción a estímulos parcialmente estructurados o interpretación de ellos, cuando implican al objeto de la actitud.
- d) Realización de tareas objetivas en la cuales intervengan el objeto de la actitud.
- e) Reacciones fisiológicas al objeto de la actitud o a sus representaciones.

Según Summers (1976), cualquier expresión conductual que refleje o manifieste las cogniciones del individuo, particularmente sus creencias evaluativas con respecto a un objeto, puede servir como base de inferencia de la actitud. De manera análoga, cualquier expresión conductual que manifieste una emoción puede ser importante para hacer inferencias. Las manifestaciones conductuales que revelan la disposición del individuo de actuar hacia un objeto (ya sea positiva o negativamente) también pueden usarse como bases provisionales de inferencia con respecto a la actitud.
(13)

Lo ideal sería inferir una actitud en base a diversos indicadores: al utilizar diferentes métodos o instrumentos para medir los componentes cognitivo, afectivo y conductual de la actitud hacia un determinado objeto, se conseguirá una convergencia de información, Es decir, una confirmación o diferentes procedimientos de medición.
(5)(6)

Sin embargo, el medir una actitud de las tres maneras expuestas en el párrafo anterior, es un procedimiento largo y costoso, por lo que según Summers (1976), históricamente, la medición de las actitudes se ha confiado casi en forma exclusiva al uso de informes sobre sí mismo de creencias, sentimientos y conductas del individuo hacia un objeto de actitud, haciéndose caso omiso de las múltiples características de las manifestaciones de las actitudes personales.(6)

Autores como Lindgren (1972), piensan que el método que se vale del papel y lápiz ofrece ciertos inconvenientes, pero debido a que permite reunir mucha información en poco tiempo y a que los instrumentos pueden ser elaborados y perfeccionados, los psicólogos sociales lo utilizan más que otros métodos de inferencia de actitudes. Además, los resultados obtenidos con el procedimiento de anotación escrita tienen la ventaja de que se analizan con más facilidad por medio de la estadística. (13)

Según este autor, es difícil observar de modo directo y sistemático los actos de un individuo, aunque algunas veces esa sea la única manera de determinar la importancia que una actitud tiene para una persona. Por lo general, es más fácil y también más eficaz basar estos juicios en las declaraciones verbales (escritas u orales) del individuo. Esto puede llevarse a cabo por medio de entrevistas, aunque es más eficaz y se obtiene mayor precisión valiéndose de escalas y cuestionarios escritos. (5)(7)

Casi todas las escalas de actitudes están constituidas por frases, afirmaciones o proposiciones frente a las cuales los interrogados indican, de un modo y otro, su acuerdo (aceptación o aprobación), o su desacuerdo (rechazo o desaprobación). Según Newcomb (1964), el propósito de una escala de actitudes es el de asignar a un individuo un valor numérico en algún punto entre los dos extremos. La opinión es la expresión verbal de la actitud. Sin embargo, cuando se usa una opinión como índice de actitud hay que tener en mente la posibilidad de que el individuo pueda modificar la expresión de éstas por razones de cortesía, especialmente en situaciones donde la expresión franca de la actitud puede no ser bien recibida. Lo anterior ha conducido a la idea de que por encima de lo que dice, la acción de un individuo es un índice más seguro de su actitud. Pero sus acciones también pueden ser distorsiones de su actitud. Por consiguiente, se deben usar las opiniones u otras formas de acción,

como simples índices de actitud. Debe reconocerse que puede existir cierta discrepancia entre la opinión o acción manifiesta, que usamos como índice, y la actitud que inferimos de tal índice. Pero esta discrepancia entre el índice y la **verdad** es universal. La verdad se infiere solamente por la consistencia relativa de los diferentes índices ya que nunca se conoce de modo directo. (13)

ACTITUDES Y CONDUCTA.

El componente conductual parece ser que es el que puede medir de manera más directa, y por lo tanto, parecería ser el más útil para evaluar la actitud. En la revisión sobre el tema vemos que, aunque autores como Lindgren (1972) y Newcomb (1964), creen que existe una gran relación entre actitudes y la conducta del individuo. Otro grupo de autores refieren que no existe mucha relación entre las actitudes de las personas y su comportamiento, y que sólo en una pequeña cantidad de casos se puede encontrar una relación cercana entre las actitudes expresadas verbalmente y el comportamiento.

Otros autores que no son tan deterministas, mostraron un criterio más flexible al expresar que rara vez se puede predecir la conducta manifiesta únicamente a partir del conocimiento de la actitud, sugiriendo que hay que tomar en cuenta otras variables.

Siguiendo este mismo criterio, señalan que existen ciertas condiciones necesarias para que el comportamiento se relacione altamente con las actitudes. Estas son: que sean fuertes, claras y específicas; y que no haya presiones ni conflictos en la situación. (7)

Las actitudes no son causas independientes de la conducta: representan condiciones intervinientes que a su vez están determinadas por otras condiciones (no solamente la verbal) están sujetos al ocultamiento, la distorsión, el engaño. Si se encuentra

discrepancia entre las actitudes verbales y el comportamiento abierto, se debe a que se están manejando diferentes componentes. Según Eiser (1986), la descripción completa de la actitud de una persona requiere la medición de las tres clases de respuesta, no sólo inferir las actitudes a partir del componente afectivo; por otro lado, si se logra predecir el comportamiento de la persona a partir de sus enunciados, esto será evidencia de que los tres componentes de las actitudes están sumamente relacionados entre sí: los tres diferentes componentes son interdependientes, y hay cierta congruencia entre ellos. (13)

Puesto que al ser humano le desagrada la inconsistencia, busca que los diversos aspectos de sí mismo y de su medio ambiente, así como las creencias y percepciones que tiene de ellos, sean congruentes entre sí. Entre los elementos cognitivos existen relaciones desajustadas o disonantes, surge en el individuo presiones que tratan de reducir o evitar que tal disonancia aumente (en base a tales presiones se dan cambios en el comportamiento o en las actitudes). Hoy en día, la posición más común es cuanto a la relación entre actitudes y la conducta se encuentra en lo intermedio al decir que son uno de los elementos para predecir la conducta. Para predecir la conducta de un individuo es necesario tener en cuenta sus actitudes, normas, hábitos y expectativas de reforzamiento. (13)

Por lo tanto, cuanto mayor es el rango y la variedad de conductas a partir de las cuales se infiere una actitud, hay más seguridad en cuanto a la validez de las mediciones hechas a partir de una sola forma de conducta. Por último, hay que considerar la relación entre actitudes y conducta como algo dinámico, ya que la formación y el cambio de actitudes es un proceso continuo. Las actitudes se desarrollan y cambian cuando la persona se encuentra expuesta a

experiencias e información nuevas. Sin embargo, los cambios suelen ser muy lentos y graduales, ya que las actitudes, una vez establecidas, ayudan a moldear las experiencias que ha tenido la persona con el objeto de la actitud. (13)(5)

Aspectos Teóricos Sobre el Cáncer:

El cáncer está constituido por un grupo de enfermedades relacionadas y todas ellas tienen que ver con las células. Las células son unidades minúsculas que forman a los seres vivos, incluido el cuerpo humano.

Existen miles de millones de células en el cuerpo de una persona. (14)

El cáncer aparece cuando las células anormales crecen y se extienden rápidamente. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen y tienen mecanismos para dejar de crecer. Con el tiempo, también mueren. A diferencia de estas células normales, las células cancerosas continúan creciendo y dividiéndose descontroladamente, y no se mueren. (15)(14)

Las células cancerosas suelen agruparse y formar tumores. Un tumor en crecimiento se transforma en un bulto de células cancerosas que destruyen a las células normales que rodean al tumor y dañan los tejidos sanos del cuerpo. Esto puede hacer que una persona se enferme seriamente. (15)

A veces, las células cancerosas se separan del tumor original y se dirigen hacia otras partes del cuerpo. Allí continúan creciendo y pueden formar nuevos tumores. Ésta es la manera en la que se extiende el cáncer. Cuando un tumor se extiende a una nueva parte del cuerpo, recibe el nombre de "metástasis".

¿CUÁL ES LA CAUSA DEL CÁNCER?

El cáncer se produce debido a alteraciones de los genes responsables del crecimiento y la reparación celulares. Esas alteraciones son el resultado de interacciones entre factores genéticos y agentes externos que se pueden agrupar en las siguientes categorías:

- carcinógenos físicos, como la luz ultravioleta y la radiación ionizante;
- carcinógenos químicos, como el asbesto y el humo del tabaco, y carcinógenos biológicos, como
 - las infecciones por virus (virus de la hepatitis B y cáncer de hígado, papilomavirus humanos y cáncer de cuello uterino), bacterias (*Helicobacter pylori* y cáncer de estómago) o parásitos (esquistosomas y cáncer de vejiga), o.
 - la contaminación de los alimentos por micotoxinas, como las aflatoxinas producidas por los hongos del género *Aspergillus*, que causan cáncer de hígado.

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo y causa una gran variedad de cánceres (pulmón, laringe, esófago, estómago, vejiga, cavidad oral, y otros). Aunque quedan algunos aspectos por elucidar, hay pruebas suficientes de que los factores dietéticos también tienen un papel importante como causa del cáncer. Esto se aplica tanto a la obesidad, que es un factor de riesgo complejo en sí misma, como a la composición de la dieta (frutas y verduras escasas y sal abundante). La inactividad física también tiene un papel definido como factor de riesgo del cáncer. Hay pruebas convincentes de que el alcohol causa ciertos tipos de cáncer (esófago, faringe, laringe, hígado, mama, y otros). (15)(16)

¿CÓMO SE DESARROLLA EL CÁNCER?

El cáncer aparece a partir de una sola célula. La transformación de una célula normal en tumoral es un proceso multifásico que generalmente pasa por una lesión precancerosa antes de llegar al tumor maligno. El desarrollo del cáncer puede ser iniciado por agentes externos o factores genéticos (hereditarios). El envejecimiento es otro factor fundamental. La incidencia del cáncer aumenta enormemente con la edad, sobre todo debido a la acumulación de riesgos a lo largo de la vida, combinada con la tendencia a la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular a medida que aumenta la edad. (16)

¿CÓMO SE PUEDE REDUCIR EL CÁNCER?

Los conocimientos actuales sobre las causas del cáncer y las intervenciones preventivas y terapéuticas son muy vastos. Por control del cáncer se entienden las medidas de salud pública destinadas a poner en práctica esos conocimientos. Ello incluye la aplicación sistemática y equitativa de estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer basadas en datos científicos.

Cerca de un tercio de los cánceres podrían evitarse mediante la aplicación de estrategias preventivas destinadas a reducir la exposición a los factores de riesgo del cáncer y consistentes principalmente en:

- cambios en el consumo de tabaco y alcohol, la dieta y la actividad física;
- inmunización contra la infección por PVH;
- control de los riesgos laborales;
- reducción de la exposición a la luz solar,

Otro tercio de los casos podrían curarse gracias a su **detección temprana y tratamiento adecuado**.

La detección temprana del cáncer se basa en la observación de que el tratamiento es más eficaz cuando el cáncer se detecta más tempranamente. El objetivo consiste en detectar el cáncer mientras está localizado. Los programas de detección temprana del cáncer tienen dos componentes:

- La educación del paciente para que reconozca signos como los nódulos, las úlceras, la indigestión y la tos persistentes o las hemorragias, y busque rápidamente atención médica en caso de que se presenten estas manifestaciones.

La identificación de las personas con cánceres incipientes o lesiones precancerosas mediante la realización de pruebas de detección antes de que aparezcan los primeros signos. Entre esas pruebas se encuentran, por ejemplo, la mamografía y la citología, para detectar los cánceres de mama y cuello del útero, respectivamente.

Los objetivos del tratamiento del cáncer consisten en obtener su curación, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Algunos de los tipos más frecuentes de cáncer, como los de mama, cuello uterino o colon y recto, tienen tasas de curación elevadas cuando se detectan tempranamente y reciben un tratamiento adecuado. Los principales métodos terapéuticos son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Para poder aplicar un tratamiento adecuado es fundamental disponer de un diagnóstico exacto mediante la realización de pruebas como la ecografía, la endoscopia o la radiografía y el estudio anatomopatológico.

- El tratamiento paliativo permite aliviar el dolor y otros problemas en más de un 90% de los pacientes con cáncer. Existen estrategias eficaces de prestación de cuidados paliativos a los pacientes con cáncer y a sus familias, incluso en entornos con escasos recursos.(15)(16)

ESTADIOS:

El cáncer tiene un pronóstico y tratamiento distintos en función de la etapa de desarrollo que se encuentre y de los factores de riesgo que tenga la mujer. Para conocer esto hay que realizar una serie de análisis que facilitan su clasificación en uno u otro estadio.

El Comité Conjunto Americano del Cáncer utiliza el sistema de clasificación TNM:

- La letra **T**, seguida por un número que va del 0 al 4, indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o a un número más alto le corresponde un tumor más grande *y*lo una mayor propagación a los tejidos cercanos.
- La letra **N**, seguida por un número que va del 0 al 3, indica si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos y, si es así, si estos ganglios están adheridos a otras estructuras.
- La letra **M**, seguida por un 0 o un 1, expresa si el cáncer se ha extendido a otros órganos distantes.

La clasificación, para los subgrupos, se realiza con números que van del I al IV.

ESTADIO I: indica que el tumor es menor de 2 cm y no hay metástasis. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 98%.

ESTADIO II: abarca las siguientes situaciones:

- No mide más de 2 cm pero los ganglios linfáticos de la axila están afectados.
- Mide entre 2 y 5 cm y puede o no haberse extendido. - Mide más de 5 cm pero los ganglios linfáticos axilares no están afectados. El índice de supervivencia a 5 años es del 88-76%.

ESTADIO III: se divide en estadio IIIA y IIIB:

ESTADIO III A puede integrar a las siguientes formas: - El tumor mide menos de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y éstos están unidos entre sí o a otras estructuras. - El tumor mide más de 5 cm y los ganglios linfáticos axilares están afectados. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 56%.

El estadio III B puede darse en los siguientes casos:

- El cáncer se ha extendido a otros tejidos cerca de la mama (piel, pared torácica, incluyendo costillas y músculos del tórax).
- El cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 46%.

ESTADIO IV: se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo. Los órganos en los que suele aparecer mayor frecuencia son los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro. También puede ser que el tumor haya afectado localmente metástasis con m a la piel. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 16%.(17)

Tratamiento:

El tratamiento eficaz del cáncer debe dirigirse no sólo al tumor principal, sino también a los tumores que puedan aparecer, por extensión, en otras partes del organismo (metástasis). Por consiguiente, la cirugía o la radioterapia que se aplican en áreas específicas del cuerpo a menudo se combinan con la quimioterapia, que alcanza todo el organismo. Aun cuando la curación no es posible, los síntomas suelen aliviarse con terapias paliativas, mejorando la calidad de vida y la supervivencia. (15)(17)

Respuesta al tratamiento

Las personas tratadas de cáncer, deben ser seguidas para observar cómo responden a la terapia. El tratamiento más eficaz es el que produce la curación. La curación se define como una remisión completa en la cual desaparece toda evidencia del cáncer (respuesta completa). Los investigadores algunas veces estiman la curación en términos de porcentajes de supervivencia libre de enfermedad en un período de 5 o 10 años; se entiende que en este tiempo el cáncer desaparece completamente y no recidiva.

En una respuesta parcial, el tamaño de uno o más tumores se reduce a menos de la mitad; esta respuesta puede atenuar los síntomas y prolongar la vida, aunque el cáncer vuelva a crecer. El tratamiento menos eficaz es aquel en el que no se produce ningún tipo de respuesta. (1)(7)

Algunas veces un cáncer desaparece completamente pero reaparece más tarde; el intervalo entre estos dos sucesos se denomina tiempo de supervivencia libre de enfermedad. El intervalo entre la respuesta completa y el momento del fallecimiento se considera el tiempo total de supervivencia. En las personas que tienen una respuesta parcial, la duración de ésta se mide desde el

momento en que la respuesta se presenta hasta el momento en que el cáncer comienza a crecer o a extenderse otra vez. (15)

Algunos cánceres tienen una buena respuesta a la quimioterapia. Otros mejoran pero no se curan. Algunos cánceres (melanoma, cáncer de las células renales, cáncer pancreático o de cerebro) responden muy poco a la quimioterapia y se dice que son resistentes. Otros (cáncer de mama, cáncer de células pequeñas del pulmón, leucemia) pueden tener una excelente respuesta inicial a la quimioterapia, pero después de repetidos tratamientos pueden desarrollar resistencia a los fármacos. Ya que existen genes resistentes a varios fármacos tanto en las células normales como en las cancerosas, la exposición a un fármaco sólo puede hacer que el tumor se vuelva resistente a otros fármacos sin ninguna relación entre sí. Se supone que estos genes existen para proveer a las células los medios necesarios para evitar su destrucción por un material nocivo. Como resultado, la célula puede expulsar el fármaco en defensa propia, haciendo que la terapia sea eficaz. Los investigadores están tratando de determinar cómo suprimir la actividad de estos genes. (7)(15)

Las leucemias agudas, linfoblástica y mieloblástica, son dos cánceres potencialmente curables. La enfermedad de Hodgkin y muchos otros linfomas (linfoma difuso de células grandes, linfoma de Burkitt y linfoma linfoblástico) se curan en aproximadamente un 80 por ciento de niños y adultos. La quimioterapia cura más del 90 por ciento de los varones que tiene cáncer testicular avanzado y cerca del 98 por ciento de las mujeres con coriocarcinoma (un cáncer de útero). (1)

Cirugía

La cirugía es una de las formas más antiguas de terapia de cáncer. El tratamiento y las perspectivas (pronóstico) son determinados principalmente por el estudio de la gravedad del cáncer y su extensión a otros órganos a través de un proceso denominado estadiaje. Es de vital importancia consultar al médico tan pronto como sea posible, ya que algunos cánceres pueden curarse con sólo cirugía cuando se tratan en sus estadios iniciales. (16)(7)

Radioterapia

La radiación destruye sobre todo las células que se dividen rápidamente. Por lo general, esto significa que se trata de un cáncer, pero la radiación puede también dañar los tejidos normales, especialmente aquellos en los cuales las células se reproducen normalmente de forma rápida, como la piel, los folículos capilares, la pared interna de los intestinos, los ovarios, los testículos y la médula ósea. Precisar al máximo el foco de irradiación es lo que más protege a las células normales.

Las células que tienen una adecuada oxigenación son más susceptibles a los efectos de la radiación. A las células cercanas al centro de un tumor de gran tamaño, a veces les llega poca sangre y por tanto poca cantidad de oxígeno.

A medida que el tumor se hace más pequeño, las células supervivientes parecen obtener mayor suministro de sangre, lo cual las hace más vulnerables a la siguiente dosis de radiación. Así, repartiendo la radiación en dosis repetidas durante un período prolongado, aumenta el efecto letal sobre las células del tumor y disminuye el efecto tóxico sobre las células normales. El plan de tratamiento apunta a la máxima reparación de las células y tejidos normales, ya que las células tienen la capacidad de recuperarse por sí mismas después de haber sido expuestas a la radiación. (7)(17)

La radioterapia se lleva a cabo habitualmente con un equipo denominado acelerador lineal. Los rayos se aplican muy cerca del tumor y el grado en que los rayos afectarán adversamente a los tejidos normales depende del tamaño del área irradiada y de su proximidad a esos tejidos. Por ejemplo, la radiación en los tumores de la cabeza o del cuello causan a menudo inflamación de las membranas mucosas en la nariz y en la boca, produciendo dolor y ulceraciones, mientras que en el estómago o en el abdomen suele producir inflamación del estómago (gastritis) y del intestino grueso (enteritis), provocando diarrea.(15)

La radioterapia desempeña un papel principal en la curación de muchos cánceres, como la enfermedad de Hodgkin, el linfoma no hodgkiniano en estadios iniciales, el cáncer de células escamosas de la cabeza y del cuello, el seminoma (un cáncer testicular), el cáncer de próstata, el cáncer de mama en un estadio inicial el cáncer de pulmón de células no pequeñas en estadio inicial y el meduloblastoma (un tumor del cerebro o de la médula espinal). Para los cánceres primarios de laringe y próstata, el porcentaje de curación es prácticamente el mismo con radioterapia y con cirugía. (16)

La radioterapia puede reducir los síntomas cuando un cáncer no tiene posibilidad de curación, como en el mieloma múltiple y en los cánceres avanzados de cabeza y cuello, pulmón, esófago y estómago. Puede también aliviar los síntomas causados por la metástasis en los huesos o en el cerebro. (7)(15)

Quimioterapia

Los fármacos anticancerosos están agrupados en varias categorías: agentes alquilantes, antimetabolitos, alcaloides derivados de plantas, antibióticos antitumorales, enzimas, hormonas y modificadores de la respuesta biológica. A menudo, dos o más fármacos se utilizan en

combinación. El motivo principal de la quimioterapia combinada es utilizar fármacos que actúen sobre diferentes partes del proceso metabólico de las células, incrementando así la probabilidad de que puedan morir muchas más células cancerosas. Además, los efectos secundarios tóxicos de la quimioterapia se pueden reducir cuando se combinan fármacos con diferentes toxicidades, cada uno en una dosis más baja de la que se hubiera necesitado si se usara solo. Por último, algunas veces se combinan fármacos con propiedades muy diferentes. Por ejemplo, los fármacos que matan las células tumorales se pueden combinar con los que estimulan el sistema inmunológico del organismo para luchar contra el cáncer (modificadores de la respuesta biológica).

Las mostazas nitrogenadas, empleadas como arma en la I Guerra Mundial, son un ejemplo de un agente alquilante.

Los agentes alquilantes interfieren con la molécula de ADN, alterando su estructura o función, de tal manera que no puede dividirse, lo cual evita que la célula se multiplique. La diferencia entre una dosis benéfica y una que sea nociva, sin embargo, es pequeña. Los efectos secundarios consisten en náuseas, vómitos, pérdida de cabello, irritación de la vejiga (cistitis), con aparición de sangre en la orina, baja cantidad de glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas, disminución de la cantidad de esperma en los hombres (y posible esterilidad permanente) y un incremento del riesgo de leucemia. (15)

Los antimetabolitos son un amplio grupo de fármacos que interfieren en los pasos de la síntesis del ADN o del ARN, inhibiendo la división celular. Además de provocar los mismos efectos secundarios que los agentes alquilantes, ciertos antimetabolitos causan urticaria, oscurecimiento de la piel (aumentan la pigmentación) o insuficiencia renal. (7)(15)

Los alcaloides derivados de las plantas son fármacos que pueden detener la división de la célula, evitando la formación de nuevas células. Los efectos secundarios son similares a los producidos por los agentes alquilantes. (7)

Los antibióticos antitumorales causan daño al ADN, inhibiendo la duplicación de las células. Sus efectos secundarios son similares a los producidos por los agentes alquilantes. (7)

La hormonoterapia aumenta o disminuye la cantidad de ciertas hormonas, limitando así el crecimiento de los cánceres que dependen de estas hormonas o que están inhibidos por ellas. Por ejemplo, algunos cánceres de mama necesitan estrógenos para crecer. (15)

El tamoxifeno, fármaco antiestrogénico, bloquea los efectos de los estrógenos y puede reducir el cáncer. De igual manera, el cáncer de próstata se puede inhibir con fármacos como los estrógenos o antiestrogénicos. Los efectos secundarios varían según el tipo de hormona que se tome. Así por ejemplo, suministrar estrógenos a un varón puede provocar efectos feminizantes, como el aumento del tamaño de las mamas, y dar fármacos antiestrogénicos a una mujer puede causarle sofocos y períodos menstruales irregulares.

El interferón, primer modificador de respuesta biológica efectivo, se utiliza ahora frecuentemente para tratar el sarcoma de Kaposi y el mieloma múltiple. Otro tipo de inmunoterapia es la utilización de células inmunoestimuladas (células asesinas activadas por la linfoquina) para atacar específicamente tumores como el melanoma y el cáncer de células renales. Un tratamiento que emplea anticuerpos contra las células tumorales, marcadas con un material

radiactivo o con una toxina, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de algunos linfomas. (15)

Terapia combinada

Para algunos cánceres, la mejor terapia es una combinación de cirugía, radiación y quimioterapia. La cirugía o la radioterapia tratan el cáncer que se encuentra confinado localmente, mientras que la quimioterapia elimina las células cancerosas que se han escapado fuera de esta región.

Algunas veces la radiación o la quimioterapia se administran antes de la cirugía para disminuir el tamaño del tumor, o después de la misma para destruir cualquier célula cancerosa que haya quedado. La quimioterapia combinada con la cirugía aumenta el período de supervivencia para aquellas personas con cáncer de colon, de mama o de vejiga que se ha extendido hacia los ganglios linfáticos cercanos. La cirugía y la quimioterapia pueden, en algunas ocasiones, curar el cáncer de ovario avanzado. (17)

Efectos secundarios del tratamiento

Casi todos los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia experimentan ciertos efectos secundarios, sobre todo náuseas o vómitos y disminución de los glóbulos de la sangre. Las personas tratadas con quimioterapia casi siempre pierden el cabello. Disminuir los efectos secundarios es un aspecto importante de la terapia. (15)

Náuseas y vómitos

Las náuseas y los vómitos generalmente se previenen o se alivian con fármacos (antieméticos). Las náuseas pueden reducirse sin utilizar fármacos, comiendo frecuentemente pequeñas cantidades de alimentos y evitando comidas que contengan una elevada cantidad

de fibras, que producen meteorismo, o que estén muy calientes o muy frías. (18)

Bajo recuento de células de la sangre

La citopenia, una deficiencia de uno o más tipos de células de la sangre, puede desarrollarse durante la terapia del cáncer. Por ejemplo, una persona puede presentar un número anormalmente bajo de glóbulos rojos (anemia), de glóbulos blancos (neutropenia o leucopenia) o de plaquetas (trombocitopenia). En general, la citopenia no necesita ser tratada. Sin embargo, si la anemia es grave, se puede realizar una transfusión de concentrado de glóbulos rojos. De la misma manera, si la trombocitopenia es grave, puede realizarse una transfusión de plaquetas para disminuir el riesgo de hemorragias.

Una persona con neutropenia (un número anormalmente bajo de neutrófilos, un tipo de glóbulos blancos) es propensa a contraer una infección. Por esta razón, una temperatura superior a 37,5 °C en una persona con neutropenia debe ser tratada con urgencia, se la examina para detectar una posible infección, pudiendo requerir antibióticos e incluso ingreso en el hospital. Rara vez se efectúa una transfusión de glóbulos blancos, dado que sólo sobreviven unas pocas horas y pueden producir muchos efectos secundarios. En lugar de ello, se pueden administrar ciertas sustancias (como el factor estimulante de granulocitos) para estimular la producción de los glóbulos blancos. (7)(18)

Otros efectos secundarios frecuentes

La radioterapia o la quimioterapia pueden causar inflamación o incluso úlceras en las membranas mucosas, como en el revestimiento de la boca. Las úlceras de la boca son dolorosas y hacen que se coma con dificultad. Existen varias soluciones de

administración oral (que en general contienen un antiácido, un antihistamínico y un anestésico local) que pueden reducir esas molestias. En raras ocasiones, se administra un complemento nutricional a través de un tubo de alimentación que se coloca directamente dentro del estómago o en el intestino delgado, o incluso en una vena. Existen también diversos fármacos para tratar la diarrea causada por la radioterapia del abdomen. (5)(7)

Nuevas propuestas y tratamientos en investigación

Una nueva propuesta para tratar el cáncer se llama quimioterapia a dosis intensa, en la cual se usan especialmente altas dosis de fármacos. Esta terapia se usa para los tumores que han reaparecido, aunque hayan tenido una buena respuesta cuando fueron tratados por primera vez con fármacos.

Estos tumores ya han demostrado que son sensibles al fármaco; la estrategia es aumentar marcadamente esta dosis para matar más células cancerosas y de esta manera prolongar la supervivencia.

Sin embargo, la quimioterapia con dosis intensa puede causar daños en la médula ósea, amenazando la vida de la persona. Por lo tanto, generalmente se combina con terapia de rescate, en la cual, antes de aplicar la quimioterapia, se recoge médula ósea del sujeto. Después del tratamiento, la médula se vuelve a infundir en el paciente. A veces, pueden aislarse las células de una muestra de sangre y utilizarlas en lugar de la médula ósea. Estos tratamientos se han aplicado en el cáncer de mama, linfomas, enfermedad de Hodgkin y mieloma.

G.- HIPOTESIS:

- Hp: La actitud del paciente oncológico hacia el tratamiento y la enfermedad del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas es Favorable.
- Ho: La actitud del paciente oncológico hacia el tratamiento y la enfermedad del instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas es desfavorable.

H.- DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS:

ACTITUD:

Es un proceso mental producto de la interacción de los componentes cognitivo, afectivo, y conductual, que determina la forma de comportarse o actuar favorable o desfavorable ante la enfermedad y el tratamiento en el paciente oncológico del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Trujillo. La cual fue medida mediante un instrumento usando la escala tipo Likert modificada. (5)(6)

PACIENTE ONCOLÓGICO:

Es la persona que tiene diagnóstico de algún tipo de cáncer; y por ende presenta una Enfermedad orgánica, Enfermedad emocional y Enfermedad social (15)

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

A.- NIVEL, TIPO, Y MÉTODO DE ESTUDIO:

La presente investigación es de tipo cuantitativa nivel aplicado porque los resultados permitieron brindar bases científicas para ser aplicado en la práctica, de diseño descriptivo porque presenta los resultados pero no los explica, transversal, porque estudia a las variables simultáneamente en un mismo periodo haciendo un corte en el tiempo.(19)(20)

B.- ÁREA DE ESTUDIO:

El presente estudio se realizó en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. IREN – NORTE. Trujillo, el cual se encuentra ubicado en la Av. Moche a la altura del kilómetro 20 de la Carretera Panamericana Norte, en el distrito de Moche, Trujillo, La Libertad; en donde se brinda atención integral al paciente oncológico. Para una atención de calidad el Instituto cuenta con el Servicio de Consultorio Externo, Servicio de quimioterapia, Servicio

de hospitalización y el servicio de radioterapia es tercerizado por el Hospital Belén de Trujillo.

El servicio de consulta externa funciona actualmente en horario de 8am - 2 pm en donde se atiende alrededor de 6 consultorios: Consultorios de Senos Tumores Mixtos, Urología, Oftalmología, Abdomen, Ginecología, y Medicina oncológica.

C.- POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

Estuvo constituido por todos los pacientes que asistieron al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. IREN_NORTE. Durante los meses de Diciembre -2008 y Enero 2009.

Muestra:

Estuvo constituido por 150 pacientes, tamaño estimado con un nivel de confiabilidad del 95% ($z=1,96$) y una precisión ($d=7,5\%$). La selección se realizó mediante muestro no probabilístico de forma muestreo intencional (19)

Criterios de Inclusión:

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes oncológicos que asistan al Instituto Regional de Enfermedades neoplásicas en el mes de diciembre del 2008 y enero del 2009
- Pacientes mayores de 18 años.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no desearon participar en el estudio.
- Pacientes con limitaciones visuales que les impidan llenar el instrumento.
- Pacientes menores de 18 años.

D.- TÉCNICAS O INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se utilizó el test de Actitud del paciente oncológico utilizando la escala tipo likert modificada, la cual fue elaborada por la autora teniendo como base la fuente teórica sobre el tema, el presente test consta de 30 ítems, los pacientes respondieron marcando con una (X) en el recuadro que a él le parecía la más acertada.

El instrumento se formuló en tercera persona, con la finalidad de obtener datos fidedignos sobre la actitud del paciente ante la enfermedad y el tratamiento. Se estructuró con preguntas de tipo positivo y negativo; este test nos permitió conocer la Actitud que tiene el Paciente Oncológico hacia su Tratamiento y Enfermedad.

Se consideró como;

Actitud Favorable: 101 – 150 pts.

Actitud desfavorable: 30 – 100 pts.

Prueba Piloto: Los instrumentos que se usaron en la presente investigación fueron aplicadas a una muestra de 15 pacientes Oncológicos que se atendieron en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. IREN_ NORTE. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron conveniente en el Instrumento.

El propósito de la prueba Piloto fue conocer el grado de comprensión, practicidad y tiempo en la aplicación de los instrumentos, así como proporcionar los datos necesarios para las pruebas de validez y confiabilidad.

Confiabilidad:

La confiabilidad se determinó empleando el coeficiente Alfa De Crombach (0.6058).

Validez:

Se utilizó el criterio y opinión de jueces expertos, para tal fin se recurrió a especialistas oncológicas que manejan el tema de actitudes en el paciente oncológico así mismo a especialistas en la metodología de la investigación que permitió corregir y mejorar el instrumento. (19) (20)

Se utilizó también en la validez del instrumento el paquete estadístico para ciencias sociales "spss", versión 11.00 con el propósito de proporcionar la correcta redacción de los ítems.

E.- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se realizó lo siguiente:

1. Se remitió el perfil del Proyecto a la Institución.
2. Se Coordinó con la Dirección del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. IREN- NORTE y con la Dirección de Enfermería a fin de que permitan la aplicación de la investigación.
3. Se Coordinó con la Enfermera Responsable de Consultorios extremos para informarle sobre los objetivos del presente Proyecto de Investigación.
4. Se explicó a los pacientes sobre el propósito de la presente investigación y se les solicitó su participación, se les explicó la forma de llenado dando un tiempo de 15 min para responder el instrumento Se aplicó el test de Actitud del paciente oncológico hacia su Tratamiento y Enfermedad. Al

concluir la aplicación se verificó el correcto llenado del test percatándonos que no existía pregunta sin respuesta.

F.- PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Los datos recolectados fueron codificados y procesados en forma estadística utilizando el programa de excel para la presentación de datos en cuadros de una entrada y gráficos que permitieron su interpretación. (19)

G.- CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se tuvieron en cuenta los principios éticos y bioéticos en el recojo de información del paciente oncológico, se les solicito un consentimiento informado a los participantes en el estudio además se les aseguró los principios de anonimato y confidencialidad.

Se informará a la dirección del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas los objetivos de la presente investigación, asegurándose que los datos serán mantenidos en reserva y se les proporcionará el informe final de la investigación realizada.

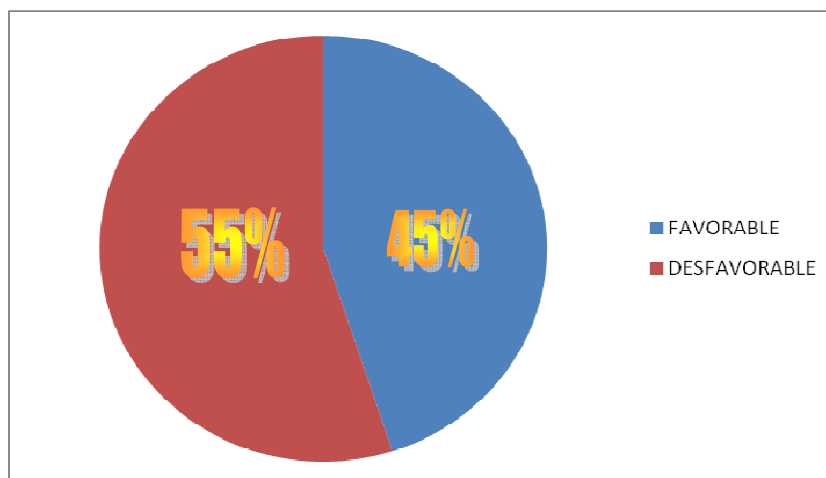
CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó en una muestra de 150 pacientes que asistieron al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas durante los meses de diciembre del 2008 y Enero del 2009; los cuales fueron 58% (87) del sexo femenino y 42% (63) del sexo masculino y con respecto al grupo de edad el mayor porcentaje con un 53.3% (80) tenía entre 40- 60 años y con un 38.7%(58), entre las edades de 60 años a más, y con menor porcentaje 8% (12) los que tenían entre 18-20 años.

GRAFICO N° 1

**DISTRIBUCION DE LOS PACIENTE ONCOLOGICO SEGUN SU
ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO.
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLASICAS. IREN – NORTE.TRUJILLO.
DICIEMBRE 2008 –ENERO 2009.**



En la presente investigación con respecto a la Actitud de los pacientes Oncológicos se encontró que del 100% (150), 58% (87) tiene una Actitud Desfavorable hacia su enfermedad y tratamiento, 42% (63) tienen una Actitud favorable hacia su enfermedad y tratamiento.

Observándose que el indicador mas afectado es el actitudinal, como ellos reaccionarían frente a ambos la enfermedad y el tratamiento; y esto es entendible pues como refiere Potter (1995) que las actitudes son reacciones que las personas tienen frente a una situación, las cuales han sido formadas y aprendidas en el transcurso de la vida en la escuela, en la familia, en el contacto con otras personas y de

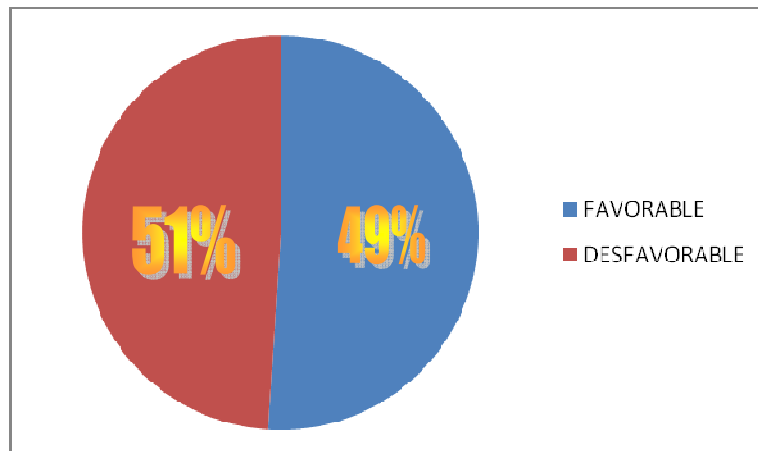
las experiencias; y pues no son aprendidas en el momento y sabiendo que el cáncer es una enfermedad dura tanto por el pronóstico que esta pueda tener, así también por el tipo de tratamiento que se recibe, esta enfermedad ocasiona cambios en la apariencia física, sintomatología agregada como náuseas y vómitos, además por las creencias que la persona tiene, las experiencias previas que ha tenido con la enfermedad hacen que la persona actué de manera negativa al enterarse de la enfermedad y al recibir el tratamiento.(24) (22)

Aquí es muy importante el papel que desempeñan los profesionales de salud, entre ellos la enfermera quien debe ofrecerle un espacio donde pueda expresar todo aquello que le preocupa, atemoriza dándole seguridad, confianza y brindándole su apoyo en esos momentos críticos para el paciente y familia ayudándoles a reconocer sus limitaciones y a poder manifestarlas.

Es una situación crítica donde el paciente con cáncer debe adaptarse de forma brusca a una nueva realidad, siendo la depresión y la ansiedad las reacciones psicológicas más frecuentes; por ello es importante promover el diálogo y otorgar al paciente la posibilidad de disipar dudas pues ello ayudará a tener cierto control sobre su enfermedad y participar activamente en su tratamiento.

GRAFICO N° 2

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ONCOLOGICOS SEGUN SU ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. IREN – NORTE. TRUJILLO. DICIEMBRE 2008 –ENERO 2009.



En cuanto a la Actitud de los pacientes Oncológicos hacia su enfermedad se observa que del 100% (150), 51.3% (77) tiene una Actitud Desfavorable con un rango de 42.2 a 61.8% índice de confianza para el total de la población y el 48.6% (73) tienen una Actitud Favorable, con un rango de 38.2 a 57.8 % para el total de la población; Observándose que el indicador que se ve afectado en una mayor proporción es lo emocional junto con lo actitudinal.

En una investigación realizada por **Joseph Artells (2000)**, en un estudio de tipo cualitativo realizado por la Fundación salud en Barcelona denominado "El Paciente Oncológico", donde analizan las vivencias, y experiencias del paciente con cáncer desde tres perspectivas (el paciente, la familia y los profesionales sanitarios). Encontró que el CANCER, representaba para los pacientes "sentencia de muerte", "algo horroroso", experimentando el paciente cambios en su vida evidenciados por actitudes psicológicas que

llevan a la negación-aislamiento, cambios de depresión y ansiedad.(22)

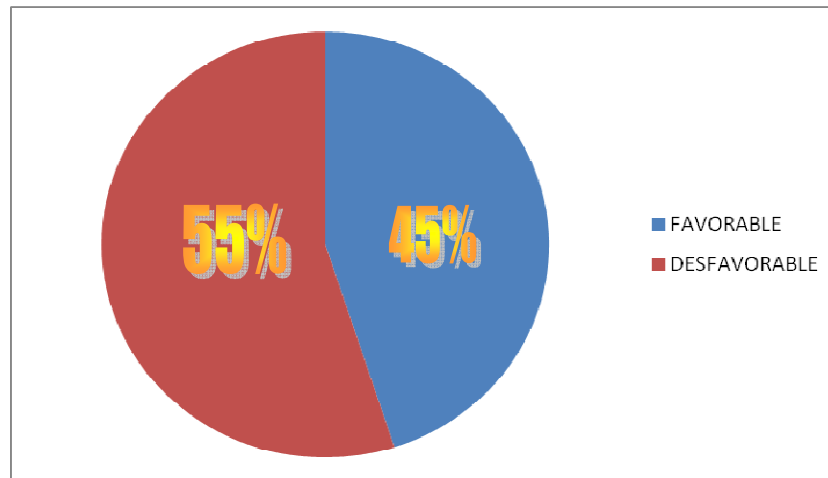
El cáncer aun sigue constituyendo una enfermedad difícil de aceptar pues trae consigo una afectación de tres aspectos: la enfermedad orgánica, la enfermedad emocional, la enfermedad social; ocasionando un proceso de cambio y ruptura en la vida cotidiana, Produciendo en el paciente actitudes negativas que no hacen más que deteriorar el estado de salud de las personas; pues como lo dice **Begona Barragan (2006)**: “Enfrentar al cáncer para la mayoría de personas representa un shock, donde se observan reacciones de angustia, miedo al dolor y a la muerte, presentando una Actitud positiva o simplemente darse por vencido por esta enfermedad y pues todo depende de la voluntad que cada uno de los pacientes tengan, del modo en que desean plantear la existencia, porque ahora no es importante el tiempo que vayan a vivir sino el modo en que quieran vivir, pues hasta para los profesionales de la salud, es mejor que el paciente adopte una posición de lucha contra el cáncer a que se sienta decaído, derrotado por la enfermedad.(3)(23)

Aquí también es importante la relación que los profesionales a cargo de la atención del paciente tengan con éste, se debe establecer una comunicación fluida y el diálogo entre los profesionales de la salud y el paciente; repercutirá directamente en que el enfermo pueda expresar abiertamente sus miedos y conocer de forma real y objetiva su enfermedad y el abanico de posibilidades de tratamiento que tuviese para la curación, si esta fuera posible. Promover el diálogo otorga al paciente la posibilidad de ejercer cierto control sobre su vida y como consecuencia hace que los niveles de ansiedad y depresión disminuyan.(7)(13)

Si bien es cierto no se ha comprobado que una actitud positiva elimine el cáncer, pero si permite que el paciente tenga una mejor calidad de vida.

GRAFICO N° 3

**DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ONCOLOGICOS SEGUN
SU ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO. INSTITUTO REGIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. IREN – NORTE.
TRUJILLO. DICIEMBRE 2008 –ENERO 2009**



Con respecto a la Actitud de los pacientes Oncológicos hacia su tratamiento se observa que del 100% (150), el 54.7% (82) tienen una Actitud Desfavorable, con un rango de 47.3 a 66.7% para el total de la población, y 45.3% (68) tiene una Actitud Favorable con un rango de 33.3 a 52.7 índice de confianza para el total de la población; viéndose afectado en mayor proporción el factor cognitivo, seguido del conductual.

Según **Joseph Artells (2000)**, en su estudio ya citado anteriormente de tipo cualitativo realizado por la Fundación salud en Barcelona denominado "El Paciente Oncológico", encontró que los pacientes presentan una serie de metáforas que relacionan a los tratamientos como la cirugía (cortar lo sano), quimioterapia (veneno que cura) radioterapia (quema) inmunoterapia (vacuna).(22)

La enfermedad ya por si misma trae consigo una carga negativa, y llevar el tratamiento para esta enfermedad, resulta una carga pesada, porque es conocido que el tratamiento del cáncer es costoso y las percepciones que el paciente trae de fuera (ambiente social) y la falta de información que este pueda tener hace muchas veces que el paciente adopte actitudes de rechazo, de negación al tratamiento produciendo el abandono de éste, por ello el rol que desempeña la enfermera es crucial porque es la encargada de orientar, educar al paciente y familia sobre los efectos colaterales de los tratamientos, además de hacerles ver que los síntomas no son tan bruscos y ceden cuando se termina el tratamiento y que producen un poco de malestar pero que son efectivos.(7)

Jugando un papel importantísimo la relación que se establece entre el profesional de la salud y la persona que recibe tratamiento, este encuentro entre el profesional de enfermería está siempre cargado emocionalmente, es una relación intensa por parte de ambos.

El paciente en este encuentro deposita en el personal sanitario una serie de "productos" (dolores, sufrimientos) cargados de afectividad (miedos, angustias y un grado de incapacitación) y espera de la enfermera el reconocimiento de "su" enfermedad y de "él mismo" como persona enferma que recibe un tratamiento.

Es importante conocer las posibles reacciones del paciente ante su tratamiento y también cómo puede reaccionar el profesional sanitario.

Hay que recordar, que el papel de la enfermera que brinda el tratamiento viene a ser crucial y que su participación es importante para pacientes que los puedan experimentar, pues resulta mejor que el paciente exprese...por ejemplo que el tratamiento contra el cáncer me ocasiona daño, pero me está sanando.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

A.-CONCLUSIONES:

De la discusión de los resultados se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. La actitud del paciente oncológico hacia su tratamiento y enfermedad es desfavorable en un mayor porcentaje (58%) y en forma favorable en un 42%, Siendo los indicadores mas afectados es el actitudinal y el emocional.
2. La actitud del paciente oncológico hacia su enfermedad es desfavorable en un 51.3% y favorable en un 48.6%; viéndose afectado en mayor proporción el indicador emocional.
3. La actitud del paciente oncológico hacia su tratamiento es desfavorable en un 54.7% y favorable en un 45.3%; viéndose afectado en mayor proporción el indicador cognitivo.

B.- RECOMENDACIONES:

- Realizar estudios similares en centros asistenciales donde se brinden atención a pacientes oncológicos.
- Realizar estudios de investigación que relacionen la actitud con factores que puedan estar influenciándolo.
- Estructurar programas educativos o talleres dirigidos a pacientes oncológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donna Patton; EL CANCER
http://kidshealth.org/kid/en_espanol/enfermadades/cancer_esp.html.
Accesado Junio 2008.
- 2.- Luis Recalde Alvarado; Atención INTEGRAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ONCOLÓGICO EN ESTADIO TERMINAL, [tp://www.monografias.com/trabajos5/psicoso/psicoso.shtml](http://www.monografias.com/trabajos5/psicoso/psicoso.shtml).2 005
- 3.- Albert J. Jovell ; EL PACIENTE ONCOLÓGICO: LA Visión DE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS, http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_207/enfo2207.htm
[http://www.todocancer.org/NR/rdonlyres/F9884ADO-EFD8-4AE7 -B1 F98658F73D937 E/O/ ArticuloAlbertJJovell. pdf](http://www.todocancer.org/NR/rdonlyres/F9884ADO-EFD8-4AE7-B1F98658F73D937E/O/ArticuloAlbertJJovell.pdf)
- 4.- Juana Alcántara, COMO EDUCAR LAS ACTITUDES, ESPAÑA, Ed. Ceae. Perú, 164-08020, 1992.
- 5.-Angeles Rodríguez, Psicología Social, México: Trillas. ISBN. <http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>, 1991.
- 6.-Eiser, J.R. (1989), Psicología Social, Madrid: Pirámide. ISBN. <http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>, 1989.
- 7.-Shirley E.Otto, ENFERMERIA ONCOLOGICA, ESPAÑA, Ed. Océano, ed 3era, 2003, vol. I – III
- 8.- <http://www.e-rol.es/actual/oncologico.php>. Como se siente el paciente oncológico. Accesado: Junio 2008.

9.- Roberto Gonzales y Alfredo Pérez; EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE AL HUMO DEL TABACO EN ESTUDIANTES DE PRE- GRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO, Trujillo, 2006. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería.

10.- Juan Corrales y José Flores; FACTORES PSICOSOCIALES y ACTITUD DEL CUIDADOR FAMILIAR PRINCIPAL EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.PADOMI.ESSALUD, Trujillo, 2005. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería.

11.-Ana Orbegoso Paredes; ACTITUD FAMILIAR Y EL NIVEL DE AUTOESTIMA EN EL ADOLESCENTE INVIDENTE. CENTRO EDUCATIVO TULIO HERRERALEON, Trujillo, 2004. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería.

12.- Emma Acuña Madi; NIVEL DE CONOCIMIENTO, ACTITUD, DEPRESIÓN Y CUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO EN MUJERES CON CÁNCER UTERINO. HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO. Trujillo.(2000). Tesis para optar el grado de Maestra en Enfermería con mención en salud de la Mujer.

13.- Ana María Martínez Fernández; FACTORES QUE INFLUYEN EN LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO Y LAS RECOMENDACIONES QUE LA MEJORAN, <http://www.solociencia.com/medicina/08030802.htm> , España,2005.

14.- Instituto Nacional del Cancer; EL CANCER, <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/explicacion-basica>, Accesado: Junio 2008.

15.- Miguel, Castillo; Ana Jiménez y Imilla Torres; EL PACIENTE ONCOLOGICO, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología Rev Cubana Enfermer 2007,
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html> Nota descriptiva N°297
Revisión de julio de 2008

16.- Instituto Mexicano de la Seguridad Social. QUE ES EL CANCER. [http://www.imss.gob.mx/cancer/que es cancelI instituto.](http://www.imss.gob.mx/cancer/que_es_cancer/)
Accesa do Julio 2008.

17.- Sanafi Advantis; CANCER,
[http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/introduccion .html.](http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/introduccion.html) Accesado: Julio 2008.

18.-Manual Merck de Información. CANCER. Ed.Merck Sharp & Dohme, España, 2005.

19.-Roberto Hernandez Sampieri y Carlos Fernandes Collado y Pilar Baptista Lucio; METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION, México, Ed. Mc Grall Hill,ed 4ta,2004.

20.-Denisse Polit y Bernadette,Hungler; INVESTIGACION CIENTIFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD. México, Ed. Nueva Editorial Interamericana, S.A. ed 5ta edición, 1997.

21.-Elia Pineda, Francisca de Canales y E. De Alvarado;
METODOLOGIA DE LA INVESTIGAION CIENTIFICA. MANUAL PARA EL DESARROLLO DEL PERSONAL DE SALUD, Washigton,Ed. Organización Panamericana de la Salud. ed 2da, 1994.

22.- Joan Joseph Artells, EL PACIENTE ONCOLOGICO, Fundación Salud e Innovación y Sociedad y Unidad de Oncología de Novatis Farmacéutica, España, 2002.

<http://www.fundsis.org/docs/Necesidad-y-demanda-del-paciente-oncologico-9.pdf>

23.- Begoña Barragán, Presidenta Asoc. Española de Afectados por Linfomas "LOGRAR UN MUNDO SIN CANCER ES TAREA DE TODOS", España,2006.

<http://www.fjltv.org/channel/itinerario/video/d25f22671d770402011e01f95cd5001a/index.jsp>.

24.-Patricia Potter, FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA TEORIA Y PRACTICA, Edit. Mosby/Doyma libros, s.a. España,1995.

BIBLIOGRAFIA

- Alcántara, Juana COMO EDUCAR LAS ACTITUDES, ESPAÑA, Ed. Ceae. Peru, 164-08020, 1992.
- Brunner y Suddarth; ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO, México, Ed Interamericana, ed. 8va. 1998
- Castillo, M; Jiménez, A y Torres, 1; EL PACIENTE ONCOLOGICO, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología Rev Cubana Enfermer 2007, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html> Nota descriptiva N°297
Revisión de julio de 2008
- Corrales, J y Flores, J; FACTORES PSICOSOCIALES y ACTITUD DEL CUIDADOR FAMILIAR PRINCIPAL EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.PADOMI.ESSALUD, Trujillo, 2005.
- Gonzales, R y Pérez, A; EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE AL HUMO DEL TABACO EN ESTUDIANTES DE PRE- GRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO, Trujillo, 2006.
- Hernández, Roberto y Fernández, Carlos y Baptista, Pilar, METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION, México, Ed. Mc Grall Hill,ed 4ta,2004.
- Marriner, A; MODELOS Y TEORIAS EN ENFERMERIA, Ed. Harcourt Brace, España.

- Otto, Shirley, ENFERMERIA ONCOLOGICA, España, Ed. Oceano, ed 3era, 2003, vol. I – III
- Orbegoso, A; ACTITUD FAMILIAR Y EL NIVEL DE AUTOESTIMA EN EL ADOLESCENTE INVIDENTE. CENTRO EDUCATIVO TULIO HERRERALEON, Trujillo, 2004.
- Pineda, E; De Canales, F y Alvarado, E; METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA. MANUAL PARA EL DESARROLLO DEL PERSONAL DE SALUD, Washigton, Ed. Organización Panamericana de la Salud. 2da Edición, 1994.
- Polit, D y Hungler, B; INVESTIGACION CIENTIFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD. México, Ed. Nueva Editorial Interamericana, S.A ed 5ta edición, 1997.
- Potter, P; FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA TEORIA y PRACTICA Ed. Mosby/Doyma Libros, S.A España, 2005.
- Como se siente el paciente oncológico.
<http://www.erol.es/actual/oncoloQico.php>Accesado: Junio 2008.
- Eiser, J; Psicología Social, Madrid: Pirámide. ISBN.
<http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>.1989.
- Instituto Nacional del Cáncer; EL CANCER,
<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/explicado-basica>, Accesado: Junio 2008.
- Instituto Mexicano de la Seguridad Social. QUE ES EL CANCER.
<http://www.imss.gob.mx/cancer/que-es-cancer>. Instituto. Accesado Julio 2008.

- Jovell, Albert; EL PACIENTE ONCOLÓGICO: LA VISIÓN DE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS,
<http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23207/enf02207.htm>
- <http://www.todocancer.org/NR/rdonlyres/F9B84ADO-EFD8-4AE7B1F9-B658F73D937E/01ArticuloAlbertJJovell.pdf>.
- Martínez, A; FACTORES QUE INFLUYEN EN LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO Y LAS RECOMENDACIONES QUE LA MEJORAN,
<http://www.solociencia.com/medicina/08030802.htm>,
España,2005.
- Mendoza, N; EL NUEVO RETO DEL MAESTRO FRENTE A LA FORMACION DE ACTITUDES Y VALORES, Instituto Pedagógico de Post grado. México.
<http://www.cpep.edu.mx/art.htm>. 2004. Accesado: Julio 2008.
- Patton, D; EL CANCER
http://kidshealth.org/kid/en_espanol/enfermadades/cancer_esp.html. Accesado Junio 2008.
- Recalde, LA ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ONCOLÓGICO EN ESTADIO TERMINAL,
<http://www.monografias.com/trabajos5/psicoso/psicososhtml.2005>
- Rodríguez, Ángeles; Psicología Social, México: Trillas. ISBN.
<http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>, 1991.
- SANAFI ADVANTIS; CANCER,
http://www.elmundo.es/el_mundosalud/especiales/cancer/introduccion.html. Accesado: Julio 2008.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	I
B DETERMINACION DEL TAMAÑO DE MUESTRA	II
C INSTRUMENTO O CUESTIONARIO	III
D MATRIZ DE CONSISTENCIA	VIII
E DISTRIBUCION DE PACIENTES ONCOLOGICOS POR SEXO DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. TRUJILLO. DICIEMBRE 2008- ENERO 2009	XII
F DISTRIBUCION DE PACIENTES ONCOLOGICOS POR EDAD. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. TRUJILLO. DICIEMBRE 2008- ENERO 2009.	XII
G DISTRIBUCION DE LOS PACIENTE ONCOLOGICO SEGUN SU ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. IREN – NORTE. TRUJILLO. DICIEMBRE 2008 –ENERO 2009.	XIII
H DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ONCOLOGICOS SEGUN SU ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. IREN – NORTE. TRUJILLO. DICIEMBRE 2008 –ENERO 2009.	XIV
I DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ONCOLOGICOS SEGUN SU ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. IREN – NORTE. TRUJILLO. DICIEMBRE 2008 –ENERO 2009.	XV
J DISTRIBUCION DE ENCUESTAS DE ACUERDO A LA DIMENSION AFECTADA CON RESPECTO AL TRATAMIENTO Y ENFERMEDAD. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. IREN_ NORTE. TRUJILLO. DICIEMBRE 2008 – ENERO 2009	XVI

ANEXO B

DETERMINACION DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de muestreo aleatorio simple para proporciones.

$$N_0 = Z^2 PO / d^2$$

Pero por tratarse de una población finita, practicaremos la siguiente corrección por población:

$$n = n_0 / (1 + n_0/N)$$

Donde:

N_0 = tamaño preliminar de la muestra

z = valor tabular de la distribución normal estándar asociada a un nivel de confianza.

PO = varianza de una variable cuantitativa

d = error de muestreo

n = tamaño final de la muestra

Considerando la exigencia del 95% de confianza ($Z=1.96$), un error de muestreo del 7.5% ($d=0.075$), una varianza suficiente considerando que no hay un estudio similar en pacientes oncológicos, se asegura con estimación $P=Q=50\%$, entonces; $PQ=0.5 \times 0.5=0.25$, para $N=1200$.

$$N_0 = 1.96^2 \times 0.25 / 0.075^2$$

$$N_0 = 171$$

Corrección finitud:

$$n = 171 / (1 + 171/1200)$$

$$n = 150$$

ANEXO C

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Escuela de Post Grado de Enfermería
Segunda Especialización en Enfermería

TEST DE ACTITUD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO HACIA SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO

Introducción:

Buenos días señores, soy Licenciada en Enfermería, laboro en este Hospital, actualmente me encuentro realizando una investigación estudio con respecto a la "Actitud del Paciente Oncológico Hacia Su Enfermedad y Tratamiento"; por lo que solicito su valiosa colaboración respondiendo en forma sincera los enunciados que a continuación se les muestra, pues los resultados nos servirán de base para mejorar la atención de los pacientes con esta enfermedad.

Agradezco anticipadamente su participación y se le hace de conocimiento que el presente instrumento es de carácter anónimo y la información será manejada en forma confidencial y discreta.

DATOS GENERALES:

Edad: 18-20 (0) 20-40(1) 40-60 (2) 60- mas(3)

Sexo: F (0) M (1)

Tratamiento Anterior : Si (0)

No (1)

Enunciados	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	Neutral	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
1.- Todos los canceres son heredados; las personas nacen con cáncer y nadie cambia eso.	1	2	3	4	5
2.- El tener cáncer es estar en un callejón sin salida.	1	2	3	4	5
3.-Los tratamientos del cáncer producen daños, pero son buenos para ayuda a controlar la enfermedad.	5	4	3	2	1
4.- Así se realicen el autoexamen de mama igual las mujeres tienen riesgo de tener otro cáncer.	5	4	3	2	1
5.- El cáncer en estadios avanzados es sinónimo de muerte.	1	2	3	4	5
6.-La quimioterapia produce desfiguración de la persona que la recibe.	1	2	3	4	5
7. La persona que tiene cáncer le va una vida llena de esperanza.	5	4	3	2	1
8.-Tener cáncer es un castigo de Dios.	1	2	3	4	5

9.-La quimioterapia produce cansancio por eso la persona debe permanecer postrada en cama.	1	2	3	4	5
10.-El tratamiento del cáncer es costoso, pero tiene buenos resultados.	5	4	3	2	1
11. Es mejor abandonar el tratamiento del cáncer antes de morir por las reacciones que ocasiona.	1	2	3	4	5
12.-Es mejor detectar una lesión antes que el cáncer.	5	4	3	2	1
13.- La cirugía es un tratamiento que permite eliminar la enfermedad del cáncer.	5	4	3	2	1
14.-La radioterapia produce quemaduras, pero ayuda a disminuir el tumor.	5	4	3	2	1
15. La cirugía ayuda a que el cáncer avance.	1	2	3	4	5
16.- El cáncer en etapas avanzadas tiene tratamiento; ayuda a mejorar la calidad de vida de la persona.	5	4	3	2	1
17.-Si no se administra tratamiento para el cáncer, los síntomas son insoportables.	5	4	3	2	1
18.-Los efectos de la quimioterapia y radioterapia pasan después de que termina el tratamiento.	5	4	3	2	1

19.-La persona que tiene cáncer puede contagiar la enfermedad a otras personas.	1	2	3	4	5
20.-El paciente con cáncer requiere sobreprotección para llevar una vida normal.	1	2	3	4	5
21.- El paciente que tiene cáncer duerme tranquilo.	5	4	3	2	1
22.- El tener cáncer es muy triste por lo que es mejor estar solo.	1	2	3	4	5
23.- Aún con cáncer es mejor tratar de llevar una vida normal.	5	4	3	2	1
24.-La quimioterapia produce tantas molestias y va a eliminar la enfermedad	1	2	3	4	5
25.-Cuando se tiene cáncer es necesario contar con el apoyo de la familia.	5	4	3	2	1
26.-Es motivo de optimismo el recibir tratamiento para el cáncer.	5	4	3	2	1
27.-El cáncer representa un reto de vencer para el paciente que recibe tratamiento.	5	4	3	2	1
28.-Es natural que el paciente con cáncer se vuelve más sensible por eso llora por cualquier cosa.	1	2	3	4	5

29.- El tratamiento del cáncer hace que el paciente se siente seguro y confiado del personal que lo atiende.	5	4	3	2	1
30.- El tratamiento del cáncer produce angustia en la familia del paciente con cáncer.	5	4	3	2	1

Actitud Favorable: 101 – 150 pts .
Actitud Desfavorable: 30 – 100 pts.
ROJO: COGNITIVO.
LILA: EMOCIONAL
VERDE: CONDUCTUAL

ANEXOS D
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Matriz General

Nº ENCUESTAS	TRATAMIENTO	ENFERMEDAD	TOTAL
1	45	56	101
2	48	54	102
3	50	53	103
4	60	44	104
5	40	65	105
6	63	43	106
7	44	63	107
8	54	54	108
9	50	40	90
10	52	46	98
11	52	44	96
12	44	42	86
13	40	20	60
14	30	58	98
15	42	42	84
16	32	56	88
17	34	56	90
18	24	65	94
19	24	60	84
20	30	30	60
21	28	60	88
22	60	40	100
23	44	58	102
24	20	60	80
25	50	60	110
26	23	55	78
27	44	57	101
28	34	65	99
29	36	44	80
30	50	65	125
31	43	50	93
32	36	60	96
33	48	57	105
34	44	40	84

35	45	63	108
36	38	58	96
37	30	60	90
38	46	63	109
39	32	54	86
40	47	45	92
41	40	65	105
42	48	59	107
43	45	63	108
44	44	58	102
45	50	55	105
46	36	40	76
47	30	44	70
48	33	44	77
49	44	56	100
50	44	60	104
51	52	56	108
52	50	51	101
53	48	61	109
54	50	65	115
55	52	60	112
56	62	50	112
57	44	65	109
58	44	65	109
59	46	60	106
60	44	57	101
61	44	57	101
62	60	46	106
63	30	40	70
64	24	40	64
65	65	36	101
66	26	44	70
67	22	44	66
68	65	65	130
69	23	44	67
70	60	60	120
71	32	44	76
72	22	42	64
73	22	40	62
74	52	65	117
75	20	40	60
76	54	65	119
77	30	40	70

78	56	36	92
79	44	57	101
80	54	40	94
81	32	44	76
82	60	65	125
83	32	43	75
84	22	40	62
85	46	64	110
86	24	44	68
87	48	44	92
88	65	45	110
89	46	44	90
90	50	44	94
91	22	44	66
92	24	65	89
93	65	64	129
94	22	60	82
95	20	40	60
96	56	60	116
97	40	40	80
98	35	44	79
99	60	60	120
100	20	40	60
111	65	50	115
112	60	60	120
113	60	46	106
114	46	60	106
115	28	40	68
116	65	60	125
117	60	40	100
118	40	44	84
119	46	60	106
120	43	36	79
121	65	40	105
122	46	30	76
123	60	38	108
124	30	40	70
125	35	30	65
126	47	40	87
127	54	66	120
128	44	42	86
129	40	30	70
130	45	28	73

131	62	40	102
132	50	30	80
133	63	44	107
134	42	40	82
135	54	66	120
136	65	45	110
137	40	46	86
138	42	42	84
139	60	60	120
140	30	40	70
141	60	44	104
142	28	40	68
143	62	44	106
144	40	42	82
145	60	50	110
146	44	44	88
147	52	56	108
148	50	51	101
149	48	61	109
150	50	52	102

ANEXO E

**DISTRIBUCION DE PACIENTES ONCOLOGICOS POR SEXO DEL
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.
TRUJILLO. DICIEMBRE 2008- ENERO 2009**

SEXO	N	%
FEMENINO	87	58
MASCULINO	63	42

FUENTE: ESCALA DE ACTITUDES DEL PACIENTE ONCOLOGICO.IREN.2009

ANEXO F

**DISTRIBUCION DE PACIENTES ONCOLOGICOS POR EDAD.
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.
TRUJILLO. DICIEMBRE 2008- ENERO 2009.**

EDAD	N	%
18-20	12	8
40-60	80	53.3
60- mas	58	38.7

FUENTE: ESCALA DE ACTITUDES DEL PACIENTE ONCOLOGICO.IREN.2009

ANEXO G

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTE ONCOLOGICO SEGUN SU ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. IREN – NORTE. TRUJILLO. DICIEMBRE 2008 –ENERO 2009.

ACTITUD	N ENCUESTAS	%	I.C. 95%
FAVORABLE: 101 -150	67	44.7	32.3 - 51.7
DESFAVORABLE: 30 – 100	83	55.3	48.3 – 67.7

FUENTE: ESCALA DE ACTITUDES DEL PACIENTE ONCOLOGICO.IREN.2009

ANEXO H

**DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ONCOLOGICOS SEGUN SU
ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD. INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS. IREN – NORTE. TRUJILLO.
DICIEMBRE 2008 –ENERO 2009.**

ACTITUD	N	%	I.C. 95%
FAVORABLE 45 – 65	73	48.6	38.2 – 57.8
DESFAVORABLE 13 – 44	77	51.3	42.2 -61.8

FUENTE: ESCALA DE ACTITUDES DEL PACIENTE ONCOLOGICO.IREN.2009

ANEXO I

**DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ONCOLOGICOS SEGUN SU
ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO. INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS. IREN – NORTE. TRUJILLO.
DICIEMBRE 2008 –ENERO 2009.**

ACTITUD	N	%	I.C. 95%
FAVORABLE 45 – 65	68	45.3	33.3 -52.7
DESFAVORABLE 13 – 44	82	54.7	47.3 – 66.7

FUENTE: ESCALA DE ACTITUDES DEL PACIENTE ONCOLOGICO.IREN.2009

ANEXO J

**DISTRIBUCION DE ENCUESTAS DE ACUERDO A LA DIMENSION
AFECTADA CON RESPECTO AL TRATAMIENTO Y ENFERMEDAD.
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.
IREN_ NORTE. TRUJILLO. DICIEMBRE 2008 – ENERO 2009**

DIMENSIONES	ENFERMEDAD	%	TRATAMIENTO	%
COGNITIVO	70	46,7	45	30
EMOCIONAL	30	20	65	43,3
CONDUCTUAL	50	33,3	40	26,7
TOTAL	150	100	150	100

FUENTE: ESCALA DE ACTITUDES DEL PACIENTE ONCOLOGICO.IREN.2009