

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD DE HOMBRES Y
MUJERES CON ANTECEDENTE DE CÁNCER GÁSTRICO EN EL
SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, EN
EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL AÑO 2019, ENERO 2020, FEBRERO
2020, MARZO 2020, ABRIL 2020 Y MAYO 2020.**

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Enfermería para optar al grado y el título de Maestría Profesional en Enfermería Oncológica

MELISSA RODRÍGUEZ ARCE

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2020

Dedicatoria

A mi padre quien luchó día a día con la enfermedad del cáncer gástrico, una vez diagnosticado hasta sus últimos días, a mi madre que estuvo a su lado cada uno de sus días que con fe en Dios y amor mutuo fortalecieron una familia completa, a mis hermanas, sobrina, y sobrinos, hermanos por siempre estar presentes.

Agradecimientos

A Dios que me permitió concluir con esta etapa de formación profesional.

A los pacientes que participaron en esta investigación donde me permitieron un gran aprendizaje tanto personal como profesional.

A mi tutora Vivián Vilchez Barboza por la dedicación, paciencia, apoyo y conocimiento que me brindó desde inicios de este proceso académico hasta la culminación de esta investigación.

A los lectores Dr. Rigoberto Monestel Umaña y M.Sc. Dennis Carrillo Díaz por guiarme en la realización de esta investigación.

A mi familia en especial a mi primo Gabriel, amigos y a todas esas personas que de una u otra forma brindaron siempre de su apoyo para seguir adelante.

Al personal del Hospital San Juan de Dios por la colaboración brindada durante el desarrollo de la investigación.

Gracias a todos.

Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería

Oncológica.



Dra. Ana Laura Solano López

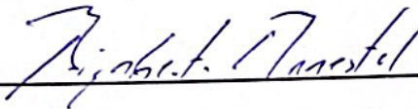
Representante del Decano

Sistema de Estudios de Posgrado



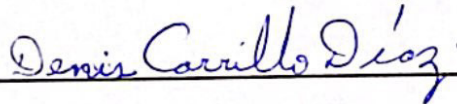
Dra. Vivián Vilchez Barboza

Profesora Guía



Dr. Rigoberto Monestel Umaña

Lector



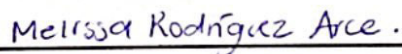
M.Sc. Dennis Carrillo Díaz

Lector



M.Sc. Sunny González Serrano

Directora del Programa de Posgrado



Rita Melissa Rodríguez Arce

Sustentante

Tabla de contenidos.

Portada.....	I
Dedicatoria	II
Agradecimientos	III
Hoja de aprobación	IV
Tabla de contenidos.....	V
Resumen.....	VII
Lista de cuadros.....	X
Lista de tablas.....	X
Introducción.....	1
Problema de investigación	3
Justificación.....	10
Pregunta.....	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Marco Conceptual	13
Calidad de vida relacionada con salud	13
Cáncer gástrico	18
Marco teórico	25
Teoría del confort de Katherine Kolcaba.....	25
Teoría del confort y calidad de vida relacionada con la salud	32
Marco empírico	35
Metodología	44
Variables	46
Procedimientos (reclutamiento y recolección de datos):.....	48
Plan análisis de datos	49
Consideraciones éticas	50
Evaluación independiente	52
Procedimientos (reclutamiento y recolección de datos).....	53

Resultados obtenidos.....	54
Discusión.....	61
Conclusiones.....	71
Recomendaciones	72
Bibliografía	73
Anexo 1. Carta de aprobación de investigación.....	78
Anexo 2. Solicitud de enmienda.....	79
Anexo 3. Consentimiento Informado.....	80
Anexo 4. Cuestionario SF-36 versión 2.	84
Anexo 5. Carta de aprobación filológica.	87

Resumen

La calidad de vida relacionada con salud es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. Esto permite un desarrollo de la profesión desde el ámbito de la investigación para así lograr desarrollarse al profesional desde la perspectiva científica.

Esta investigación analiza dos conceptos, uno de estos es el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, sus definiciones, dimensiones y su utilización y el otro es el concepto de cáncer gástrico, el cual permite conocer la patología y con ello brindar una atención más oportuna a las personas que son diagnosticadas con esta enfermedad y deben ser sometidas a un tratamiento. La calidad de vida relacionada con salud de estas personas es necesario conocerla previamente para así utilizar como herramientas las fortalezas y detectar debilidades y trabajar como un equipo interdisciplinario para mejorar la respuesta al proceso de enfermedad.

Apoya este estudio la teoría del confort de Katherine Kolcaba, el cual contextualizó la comodidad en una teoría de nivel intermedio, esta teoría busca proporcionar la comodidad a la persona hospitalizada y procurar el confort.

Es necesario examinar la percepción del individuo sobre su calidad de vida relacionada con salud una vez que es diagnosticado con la enfermedad de cáncer gástrico este sin antes ser tratado con quimioterapia, cirugía o radioterapia, y considerarlo dentro del contexto cultural, el sistema de valores en el que vive y se desarrolla la persona con respecto de sus metas, expectativas de vida, prioridades, deseos, normas y preocupaciones.

En este estudio cuantitativo descriptivo midió la calidad de vida relacionada con salud, fue utilizado el cuestionario SF-36 versión 2, el cual fue aplicado a la población total ingresada al servicio de hospitalización de oncología en un periodo determinado.

Y es que la calidad de vida en salud busca principalmente conocer la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio

ambiente. De acuerdo con este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social, y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

(1)

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (GLOBOCAN), en el 2018, estima que el Cáncer Gástrico es el quinto tumor más frecuente en el mundo y constituye la tercera causa de mortalidad por cáncer (2)

Dado al impacto que causa la enfermedad oncológica como el cáncer gástrico tanto en la salud física como en la salud mental, se realizó un estudio para determinar la calidad de vida relacionada con salud de hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico en el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios.

Metodología. El diseño del estudio es transversal, no experimental, de tipo descriptivo y cuantitativo. Realizado con 30 participantes hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico que ingresaron al servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, que cumplieron con los criterios de elegibilidad del estudio.

Resultados. La mayoría de los entrevistados fueron mujeres, la edad de las personas del estudio se encontraban en un rango de 43 a 82 años siendo la mayoría mayor a 61 años de edad, del cual se encuentran pensionados (as), amas de casa, se encuentra casada (o), y tienen al menos 3 o más hijos. La mayoría reside en Desamparados y Aserri, en relación con los hombres, y las mujeres en Escazú y Pérez Zeledón.

En relación con la dimensión de la salud general para la subescala componente de salud física de los hombres consideran la salud general mala y regular en igual porcentaje

(38,5) y las mujeres la consideran en primer lugar como regular y en segundo lugar como mala.

Al estudiar la salud de estas personas en relación con la transición de la salud tanto de las mujeres como de los hombres con cáncer gástrico consideran su salud “mucho peor” en comparación a un año atrás (40,0%), y como de segundo lugar, “algo peor” en comparación a un año atrás (36,7%).

En relación con los componentes calidad de vida relacionada a la salud en las mujeres participantes en el estudio, se encontró que, en el componente de salud mental y el componente de salud física los promedios obtenidos (CSM=57,72 y CSF= 56,33), el cual, los puntajes son bajos, pero están cercanos de la media de la población sana.

Al considerarse el mismo comportamiento en los hombres, los puntajes obtenidos en el (CSM= 63,02 y el CSF=59,76), que también sobrepasaron la media nacional (CSF=49,9 y CSM=50,04). Las dimensiones que integran el componente de salud física, son: la salud general (SG), la función física (FF), el rol físico (RF), el dolor corporal (DC), y las dimensiones que integran el componente de salud mental, se encuentran: salud mental (SM), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE), observándose que tanto el componente salud mental y el componente salud física y las dimensiones que los integran se encuentran por debajo de la media nacional, en todas sus dimensiones.

Esta investigación es un estudio: Cuantitativo, Descriptivo, Transversa

Lista de cuadros.

Cuadro 1. Distribución geográfica de la incidencia del cáncer de piel en el año 2012 ..	4
Cuadro 2. Distribución geográfica en el año 2012 del cáncer de mama	4
Cuadro 3. Tipos de cáncer que provocan más muertes en mujeres en el año 2013	5

Lista de tablas.

Tabla. 1 Variables Sociodemográficas de las personas participantes en el estudio....	53
Tabla 2. Dimensión Salud General del Componente de Salud Física en mujeres y en hombres, con cáncer gástrico participantes en el estudio	57
Tabla 3. Transición de salud en mujeres y en hombres, con cáncer gástrico participantes en el estudio	58
Tabla 4. Componentes de la calidad de vida relacionada con salud en mujeres y en hombres, con cáncer gástrico participantes en el estudio	59
Tabla 5. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con salud en mujeres y en hombres, con cáncer gástrico participantes en el estudio	6



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Rita Melissa Rodríguez Arce, con cédula de identidad 112100295, en mi condición de autor del TFG titulado **Calidad de Vida Relacionada con Salud de hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico en el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, en el periodo de diciembre del año 2019, enero 2020, febrero 2020, marzo 2020, abril 2020 y mayo 2020.**

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado SI NO

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kervá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Rita Melissa Rodríguez Arce.

Número de Carné: B79457 Número de cédula: 112100295

Correo Electrónico: melrodriar@gmail.com

Fecha: 19 enero 21 Número de teléfono: 8813 11 65

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Dra. Vivian Vilchez Barboza.

Rita Melissa Rodríguez Arce
FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se ve forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kervá.

Introducción

Para desarrollar la calidad de vida relacionada con salud es necesario primero conocer el concepto de salud. Según la definición dada por la Organización Mundial de la Salud, la salud un estado de bienestar completo, tanto físico como mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad, y es de esta definición multidimensional de la salud, de donde se podría derivar el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

La CVRS agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo como aquellos externos que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud, y por lo tanto es un parámetro multidimensional (2).

Es por esta razón que conocer el concepto de calidad de vida relacionada con salud, es de importancia, porque va más allá de la presencia de la enfermedad y la severidad de la misma, y con ello los síntomas de la enfermedad en este caso lo es cáncer del gástrico y considerarlo, además, más allá de un concepto, es examinar lo que los y las pacientes consideran de la enfermedad y como esta ha repercutido en su calidad de vida relacionada con la salud, una vez que han sido diagnosticados.

Por lo que se ve la necesidad de estudiar cómo el paciente con antecedente de cáncer gástrico percibe y experimenta las manifestaciones a diario de la enfermedad y cómo estos síntomas afectan o impactan en su diario vivir y cómo ellas se desarrollan en su vida en el día a día.

El instrumento utilizado en este trabajo para medir la calidad de vida relacionada con salud se resume en dos componentes: salud mental y salud física, los cuales reflejan la percepción subjetiva del paciente en cuanto al impacto de la propia enfermedad.

Tomando en cuenta el incremento de las enfermedades crónicas, entre estas el cáncer en general, para efectos de esta investigación será el cáncer gástrico, que permite brindar así al paciente una atención basada en el conocimiento y en la valoración de diferentes campos y no únicamente la afección física sino ser capaz de ver más allá de ello, es conocer cómo esa persona diagnosticada recientemente afronta su antecedente

oncológico y qué herramientas tiene para ese proceso de enfermedad y con ello el tratamiento que la patología trae consigo, tomando en consideración qué parte de estos tratamientos en algunos casos son: cirugía, quimioterapia, radioterapia, y tratamientos paliativos, es importante conocer cómo la persona percibe su calidad de vida relacionada con la salud. Es necesario trabajar por la calidad de vida de cada una de estas personas al utilizar con ello los propios recursos, al brindar y fortalecer los cuidados de enfermería basado en calidad de la atención, en el conocimiento científico, al lograr así calidad y calidez humana, en los servicios prestados.

Determinar la calidad de vida relacionada con salud basada en los dos componentes: salud física y salud mental y con ello sus ocho dimensiones salud mental, vitalidad, función social, rol emocional, salud general, función física, rol físico, dolor corporal, para lograr así brindar el cuidado del profesional de enfermería a la luz de la teoría del confort de Katherine Kolcaba a la persona hospitalizada que ha sido diagnosticada con cáncer gástrico, dirigiendo el cuidado que a partir de situaciones estresantes que cursa la persona, se generen necesidades ya sean estas físicas, psicoespirituales, sociales, ambientales, al generar con esto intervenciones del profesional de enfermería que busca cubrir las necesidades individuales del paciente, la familia, y el entorno.

Esto permite brindar un cuidado integral, completo, profesional y por lo tanto mejor desarrollo de la profesión, al considerar a la persona como un ser holístico, y complejo, con múltiples necesidades que se deben tratar de identificar para así mejorar esa condición de salud de las personas con antecedente de cáncer gástrico y cómo el usuario percibe la enfermedad.

Al lograr el profesional de enfermería brindar calidad en su cuidado basado en el conocimiento científico, permite realizar diagnósticos de enfermería oportunos y adecuados el cuidado de estas personas, mejor aún, al conocer como el individuo considera su calidad de vida relacionada con salud, dado que el objetivo que se busca en la prestación de los servicios es brindar cuidado , independientemente de los tratamientos con intenciones curativas o paliativas, se debe tener en cuenta la calidad de vida de las personas, se desconoce cómo considera la persona la calidad de vida relacionada con salud con antecedente de cáncer gástrico en nuestro país, sin antes ser

estudiada, es por ello la gran necesidad que lleva a esta investigación obtener resultados confiables y reales.

Es por esta razón que se investigó la calidad de vida relacionada con salud en las personas diagnosticadas con cáncer gástrico en los servicios hospitalización de oncología mujeres y oncología de hombres del Hospital San Juan de Dios.

Problema de investigación

La enfermedad oncológica cada día va en incremento y es el personal de enfermería el responsable de brindar el cuidado a la persona enferma, y a la vez realizar una valoración desde la perspectiva holística; por lo que si realmente el personal de enfermería conoce o identifica cuáles son las necesidades reales o potenciales de las personas que están cursando con el diagnóstico de cáncer gástrico, les permitirá establecer el cuidado basado en el conocimiento en que es, lo que la persona refiere y lo que más le afecta durante su proceso de enfermedad, y valorar el estado positivo o negativo de la salud física y bienestar emocional de los hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico, en el servicio de hospitalización de oncología, de un hospital nacional. Por lo que se permitirá un cuidado más personalizado y humanizado.

La incidencia se ha incrementado por causa de factores que ponen en riesgo el desarrollo de la enfermedad. En nuestro país se ha presentado cambios en su dinámica poblacional, especialmente en lo que se refiere a la migración del campo a la ciudad, con la incorporación de inadecuados hábitos de vida que son factores de riesgo que perjudican la salud, tales como la mala alimentación, sedentarismo o el abuso de ingesta de bebidas alcohólicas, entre otros. Paralelo a esta realidad, el aumento en el registro de casos se debe también a la mejora en el acceso a servicios básicos de salud, lo que ha incrementado las posibilidades de tamizar, diagnosticar tempranamente y proporcionar un tratamiento más oportuno.

En el año 2011, en el nivel nacional la incidencia del cáncer de piel en mujeres destacó de forma importante, principalmente entre los 40 y 70 años de edad, seguido del cáncer de mama, cérvix, tiroides, gástrico y colon, respectivamente. Antes del año 2002, en este grupo poblacional, el cáncer gástrico ocupó el primer lugar en cuanto al índice de

mortalidad (en mujeres). A partir de ese año y hasta la fecha, el cáncer de la glándula mamaria ha ocupado el primer lugar, seguido del cáncer gástrico, colon, cérvix, pulmón, y, en quinto lugar, el cáncer hepático (3).

Para el Registro Nacional de Tumores y Ministerio de Salud y Dirección de Vigilancia de Salud, la incidencia para el sexo femenino, la localización más frecuente de tumores malignos para el año 2012 es el de piel, seguido por el de mama, en tercer lugar, está el cáncer de cérvix y el cáncer de tiroides ocupó el cuarto. El cáncer de estómago ocupa el quinto lugar y el de colon el sexto, los cuales en el último año muestran una tendencia decreciente(4).

Según la distribución geográfica de la incidencia del cáncer de piel en el año 2012, por 100.000 mujeres (4).

Provincia	Tasa por 100.000 mujeres
Puntarenas	Tasa más alta con un 55,44
San José	52,98
Guanacaste	13,81
Limón	19,69

Con respecto a la distribución geográfica en el año 2012 del cáncer de mama, por 100.000 mujeres (5).

Distribución geográfica Cáncer mama	Tasa por 100.000 mujeres
San José	Tasa más alta, 52,97
Cartago	40,70
Alajuela.	38,21
Guanacaste y Puntarenas	Presentan las incidencias más bajas

El cáncer de cérvix, entre el 2003 y el 2008 presenta una tendencia descendente, la cual se invierte a partir de este año, al pasar de una tasa ajustada de 22 en el 2009 a 32,51

en el 2010, volviendo a descender en los años 2011 a 27,10 y en el 2012 a 26,43 por cada 100.000 mujeres (4).

Por otra parte, el cáncer de tiroides que muestra una tendencia creciente, presenta tasas superiores al promedio nacional en las provincias de San José y en Cartago, y por debajo al promedio nacional en las provincias de Heredia, Alajuela, Puntarenas, Limón y Guanacaste(4). Según la mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres, los tipos de cáncer que provocan más muertes en mujeres en el año 2013 son en orden decreciente:

Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres, en el año 2013
Mama
Estómago
Colon
Cérvix
Leucemias
Hígado

El de mama subió en la tasa 2.28 puntos con respecto al año anterior. El de estómago, cérvix, leucemias e hígado presentaron una disminución en la tasa (4).

En relación con el sexo masculino las localizaciones de cáncer más frecuentes de acuerdo con su incidencia (tasa ajustada por cada 100.000 hombres) para el año 2012 en orden descendente son: (4).

Localizaciones de cáncer más frecuente de acuerdo incidencia, sexo masculino	Tasa ajustada por cada 100.000 hombres
Piel	49,48
Próstata	44,92
Estómago	17,26
Colon	8,36
Pulmón	7,25
Sistema hematopoyético reticuloendotelial	6,81

Se presenta una disminución en la incidencia en el cáncer de próstata en el año 2011, después de venir con una tendencia creciente en los años anteriores y sin que se hayan implementado en el país acciones tendientes a disminuir la misma. Sin embargo este incremento también puede estar dado por las campañas de detección y comunicación sobre el tema de los últimos años (4).

El cáncer de estómago presenta una tendencia decreciente sostenida al alcanzar en el 2012 una tasa de 17,26 por 100.000 hombres, la más baja desde el año 2000. Esto es reflejo del trabajo de prevención como es el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. El cáncer del sistema hematopoyético reticuloendotelial presenta una tendencia oscilante, ocupando las tasas ajustadas más altas en los años 2003, 2004 y 2010. Con respecto al cáncer de colon, presenta una tendencia con muy pocas variaciones en los últimos 10 años, con excepción del año 2006, en que se observa un descenso de la tasa ajustada. El cáncer de pulmón presenta una tendencia al descenso alcanzando tasas ajustadas inferiores a 8 por 100.000 varones en los años 2008(4).

La mortalidad por tipo de cáncer en hombres, en el período 2000 al 2013, se observa que el cáncer de próstata presenta un ligero aumento en la de 2 puntos en tasa del año 2013, convirtiéndose así en la primera causa de muerte por cáncer en los varones. En cuanto al cáncer de estómago, ocupa el segundo lugar en mortalidad en hombres, donde se observa que, en el último año, presenta una ligera disminución de menos de 1 punto en la tasa. El cáncer de pulmón está en tercer lugar al pasar de 11,23 muertes por cada 100.000 hombres en el 2000 a 7,97 en el 2013, con oscilaciones en los años 2008 y 2011. El cáncer de hígado, colon, y el del sistema hematopoyético y reticuloendotelial han sufrido oscilaciones en el periodo sin cambios significativos(4).

En el análisis de la situación de salud realizada por el Ministerio de Salud, en el año 2018, indica que en nuestro país la longevidad de las personas ha permitido que diversas enfermedades, y entre ellas se encuentra el cáncer, se diagnostiquen más frecuentemente y generen mayor mortalidad en los adultos y adultos mayores(5).

El cáncer es la segunda causa de mortalidad en el país, siendo la incidencia general de tumores más frecuentes, en los años 2011-2015, piel, mama, próstata, cuello uterino y estómago, al ocupar el cáncer gástrico el quinto lugar y piel el primer lugar(5).

El cáncer de piel a pesar de ser el de mayor incidencia tiene una baja mortalidad, esto debido a que su diagnóstico y tratamiento usualmente son más oportunos que los de los otros cuatro tipos. De los cinco tumores más frecuentes, tres se originan en los órganos reproductores(5).

El cáncer de piel es el más frecuente en ambos sexos, el segundo lugar lo ocupan los tumores de los órganos reproductores, próstata para los hombres y mama para las mujeres(5).

Las tasas de mortalidad por cáncer de próstata y mama calculadas según sexo son más altas que la mortalidad por cáncer de estómago que afecta tanto a hombres como mujeres y por tanto se calcula sobre el total de la población(5).

El cáncer de estómago genera alta mortalidad siendo la primera causa en el nivel global y en hombres, en mujeres es superado por el cáncer de mama (incidencia 14,20 por

100.000 mujeres). El cáncer de colon por su parte ha ido en aumento en los últimos 20 años hasta posicionarse como una de las causas más frecuentes de mortalidad(5).

Como parte de la enfermedad el cáncer tiene la capacidad de multiplicarse y de invadir órganos cercanos o a distancia originando así complicaciones en el tratamiento de la enfermedad, es por esta razón que es necesario la optimización del tratamiento, pero a la vez que la persona que sufre la enfermedad pueda recibir calidad de vida relacionado durante el proceso de enfermedad, entendiéndose que *la calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar, así como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud (1).*

En individuos con enfermedades crónicas, se encuentra un quiebre importante en una de las dimensiones que conforman la calidad de vida: la pérdida de la salud. Es por ello que se prefiere usar el término calidad de vida relacionada con salud, como una noción más restringida de la calidad de vida. En pacientes oncológicos, este concepto alude al impacto que tienen la enfermedad y su consecuente tratamiento sobre como dimensiona en su bienestar y su vida en general, en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades. (6)

En las últimas décadas ha existido un progresivo interés en los prestadores de servicios de salud hacia la optimización de la calidad de vida en los enfermos crónicos. Muchas enfermedades crónicas llevan un deterioro de la calidad de vida, pues afecta de alguna manera diferentes esferas de la vida laboral y social, y en muchas ocasiones como las limitaciones de la enfermedad o la ocurrencia de crisis, aumentan la dependencia y provocan fuertes y prolongados ingresos hospitalarios. Aunque la significación atribuida a estas limitaciones varía mucho de una persona a otra, la mayoría de los autores identifican que una repercusión de dichas limitaciones puede ser identificada sobre cualquier enfermo. La calidad de vida se ha convertido en un indicador de la evolución del estado de salud en estos pacientes, como expresión de una estrategia no solo de prolongar la vida si no también de aliviar los síntomas, mantener el funcionamiento vital. Esta posición que podemos catalogar de humanista ha cobrado valor en todo el quehacer

de la investigación clínica. La calidad de vida refleja la manera en que las personas experimentan su bienestar mental y físico, sus opiniones acerca de cómo se satisfacen con su vida cotidiana. Así, la calidad de vida relacionada con salud se refieren al efecto de una determinada enfermedad o tratamiento sobre la vida de un individuo, su perspectiva personal, que incluye los síntomas, así como el funcionamiento físico y social.(7)

Desde el momento que la persona es diagnosticada, ya sea el pronóstico de vida a corto, mediano o largo plazo es necesario trabajar porque las personas que viven el proceso de enfermedad cursen el proceso de la mejor manera posible, brindando servicios de calidad y de acompañamiento, ofreciéndose así calidad de vida en salud.

Es por esta razón que en el desarrollo de esta investigación será de prioridad conocer cuál es el estado de la calidad de vida relacionada con la salud que viven los hombres y mujeres que son diagnosticadas con cáncer gástrico en los servicios de hospitalización de oncología del Hospital San Juan de Dios, con el fin de conocer como ellos perciben la enfermedad y así el profesional de enfermería tener base científica para brindar un cuidado holístico, basado en el diagnósticos enfermero, enfermera y que se tome en cuenta la importancia que tiene la calidad de vida del paciente con enfermedad de cáncer gástrico independientemente del estadio de la enfermedad.

Justificación

Las principales causas de muerte por cáncer para el quinquenio 2013-2017 son diferentes según el sexo, sin embargo, el cáncer de estómago es una causa importante de mortalidad en ambos sexos (5).

En 2013, la OMS puso en marcha el *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*, cuyo objetivo es reducir en un 25% la mortalidad prematura causada por el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas de aquí a 2025 (8).

Es esta una de las razones por las que es necesario determinar la calidad de vida relacionada con salud de las personas que son diagnosticadas con cáncer gástrico independientemente de estadio de la enfermedad que no han recibido tratamiento y a la vez identificar la calidad de vida de estas personas enfocada en los componentes de la salud física y mental.

Al determinar la calidad de vida relacionada con salud de las personas con el diagnóstico de cáncer gástrico, permite brindar cuidado de enfermería con base al conocimiento, permitiendo así un acompañamiento profesional, basado en el conocimiento científico, y calidad humana.

Es importante a su vez tomar en cuenta el concepto de salud que fue definido por la Organización Mundial de la Salud, en 1948, como «aquel estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad»(9).

Por lo que es esencial la aplicabilidad de este término cuando se trata de paciente oncológico con el diagnóstico de cáncer gástrico, porque permite ver más allá de la enfermedad física y de como la persona diagnostica afronta la enfermedad, tomando en cuenta la salud mental, física, social, y todos los aspectos del entorno de las personas.

Se ha intentado distinguir entre estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), pero en muchos casos estos términos se utilizan indistintamente para referirse a la salud(9).

Para el autor Badia, la salud se puede definir en 5 dimensiones: características genéticas o hereditarias, que forman la estructura básica y donde se fundamentan todos los demás aspectos de la salud del individuo; las características bioquímicas, fisiológicas o anatómicas, incluyendo la enfermedad, la disminución, la incapacidad; el estado funcional, que incluye el desarrollo de las actividades de la vida diaria como trabajar, caminar o relacionarse; el estado mental, que incluye la autopercepción del estado de ánimo y la emoción, y finalmente el potencial de salud individual, que incluye la longevidad, el potencial funcional del individuo y el pronóstico de la enfermedad y de la incapacidad(9). Es necesario conocer las dimensiones de la calidad de vida en la práctica diaria porque permite la valoración completa del ser humano, en la presencia de enfermedades crónicas como lo es el cáncer gástrico, que va a traer consigo una serie de situaciones multidimensionales en el paciente que repercuten en su diario vivir, desde el cambio físico como social, emocional, familiar y personal.

El término calidad de vida relacionado con salud ha venido teniendo un proceso en su aparición, pero donde su eje principal la persona, al considerarse, así como una de las primeras definiciones y más conocidas de la CVRS fue la propuesta por Calman como «la diferencia en un período de tiempo específico entre las esperanzas y expectativas del individuo y las experiencias reales». Más tarde, Schumaker y Naughto escribieron que «la CVRS se preocupa por aquellos aspectos relacionados con la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las dimensiones física, mental, social y la percepción general de la salud». Recientemente, otros autores han definido la CVRS como «el efecto funcional de una enfermedad y su consiguiente terapia sobre un paciente, tal como lo percibe el paciente»(9).

Esta investigación busca identificar desde los componentes de salud física y mental de las personas y con ello identificar si existen las necesidades basadas en la salud desde las diferentes dimensiones de la calidad de vida relacionada con salud. Y determinar que consideran las personas de acuerdo con su experiencia de vida en relación con el proceso de enfermedad y posible futuro tratamiento.

Se busca con esta investigación que el profesional de enfermería oncológica a través de la investigación identifique las necesidades y fortalezas que presentan las personas con este diagnóstico, lo cual permitirá la aplicación de cuidados de calidad.

Pregunta

¿Cuál es la calidad de vida relacionada con salud de hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico en el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, en el periodo de diciembre del año 2019, enero 2020, febrero 2020, marzo 2020, abril 2020 y mayo 2020?

Objetivo general

Determinar la calidad de vida relacionada con salud de hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico en el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, en el periodo de diciembre del año 2019, enero 2020, febrero 2020, marzo 2020, abril 2020 y mayo 2020.

Objetivos específicos

Identificar el componente de salud mental de los hombres y las mujeres con antecedente de cáncer gástrico en el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, en el periodo de diciembre del año 2019, enero 2020, febrero 2020, marzo 2020, abril 2020 y mayo 2020.

Identificar el componente de salud física de los hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico en el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, en el periodo de diciembre del año 2019, enero 2020, febrero 2020, marzo 2020, abril 2020 y mayo 2020.

Marco Conceptual

En el presente capítulo se desarrollará conceptos importantes de la investigación como lo es la calidad de vida relacionada con salud, con el fin de hacer una relación de la calidad de vida relacionada con salud de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico que será el otro concepto por desarrollar en esta investigación. Tomando en cuenta la incidencia de esta enfermedad y la repercusión que tiene la enfermedad sobre la persona, desde la funcionalidad físico como mental.

Calidad de vida relacionada con salud

La calidad de vida o de la “buena vida” está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI (1).

Con ello la aparición de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud. En este contexto, la incorporación de la medida de la calidad de vida relacionada con la Salud(CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones (1).

La calidad de vida en salud busca principalmente conocer la percepción de la persona, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (1).

Autores como Patrick y Erickson definen la CVRS como la medida en que se modifica el valor

asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. (10)

Para Schumaker y Naughton es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo(10).

La calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social, y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal(10).

Preguntas como, las que propone el autor Schwartzmann ¿Se siguen haciendo tratamientos pretendidamente curativos a un paciente con cáncer, fuera de estas posibilidades y aunque los efectos secundarios superen ampliamente los beneficios y deterioren la calidad de vida del paciente? ¿A quién compete esa decisión? (1).

Este cuestionamiento es lo que impulsa a conocer la perspectiva del paciente con respecto de la calidad de vida relacionada con la salud, porque es un proceso al que se verán sometidos algunas de las personas que son diagnosticadas, es por ello la importancia y la necesidad de conocer la calidad de vida antes de ser tratados medicamente, por lo que esta investigación se identifica muy bien con el autor ya que la persona es esencial para determinar y conocer la calidad de vida y cómo brindar cuidados de enfermería basados en las necesidades de cada individuo y su entorno.

Es necesario conocer aspectos como estado de la salud mental y la salud física de la persona durante el proceso de la enfermedad y la importancia de conocer cómo la paciente percibe la enfermedad de cáncer gástrico y el proceso por el que cursa, permitiéndose la toma de decisiones y teniendo en cuenta la percepción de las pacientes, el cual permite al profesional de enfermería basarse en la evidencia empírica de base científica y con ello desarrollar el proceso de atención de enfermería, así como la evaluación de la excelencia interpersonal, basada en un manejo científico, ético y humano de la relación profesional de enfermería-paciente.

El estudio de los factores que determinan la percepción del paciente en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad, es decir el proceso de adaptación a la enfermedad crónica, permitiría reconocer los mecanismos que inciden negativamente en la CVRS del paciente y encarar intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible.

Tradicionalmente, la salud se ha abordado desde el ámbito médico y su discusión se ha circunscrito principalmente a la detección y el tratamiento de las enfermedades, el alivio del dolor y la curación. A medida que la ciencia médica se ha ido desarrollando, este abordaje ha resultado insuficiente y ha sido necesario ampliar el concepto de salud a la totalidad de la vida del paciente, sin restringirse sólo a las manifestaciones biológicas, ya que la persona debe valorarse como un todo, tomando en cuenta la condición física, mental, social, emocional. Es por esta razón que la Organización Mundial de la Salud define la salud como algo más que la liberación de la enfermedad, ampliando sus límites a la totalidad del bienestar físico, psicológico y social (11). Procurar que este cumplimiento a la salud se brinde de la mejor manera y completa posible, con la mejor atención basado en la calidad y la humanidad en el cuidado.

El término calidad de vida se refiere al bienestar físico, emocional y social de las personas, así como a la capacidad de las mismas para desenvolverse y desarrollar las tareas típicas de la vida cotidiana. La calidad de vida relativa a la salud se centra en los aspectos de nuestra vida dominados o influenciados significativamente por la salud personal y en las actividades que realizamos para mantener o mejorar dicha salud (11).

Existen otras definiciones de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Bulpit la define como “el grado subjetivo de bienestar atribuible o asociado a la carencia de síntomas, el estado psicológico y las actividades que se desea realizar”. Algunos autores, como Kind, equiparan la CVRS (erróneamente y de manera simplista) con el concepto de estado de salud (aunque considerado en sentido amplio) (11).

Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud

La CVRS es un concepto construido a partir de múltiples facetas de la vida y la situación del paciente, a las que denominamos dimensiones. Por tanto, la CVRS es un concepto multidimensional. Estas dimensiones se encuentran normalmente relacionadas entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía del paciente. A continuación, se describen las dimensiones utilizadas más frecuentemente en la investigación sobre CVRS(11).

Funcionamiento físico

Incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físicos, y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud. No se debe confundir la presencia o no de sintomatología debida a una enfermedad con la repercusión que dicha sintomatología tiene sobre la calidad de vida. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria. Incluye la repercusión de las deficiencias de la visión, la audición y el habla, y de los trastornos del sueño, así como de la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía.(11)

Bienestar psicológico

Algunos autores llaman a esta dimensión salud mental. Recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo. La capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo, y la capacidad de pensar con claridad son conceptos típicos de esta dimensión. También recoge la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento.(11)

Estado emocional

Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico. También suele incluir la medición de las preocupaciones y la metapreocupación. (11)

Dolor

Evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana. Aunque el dolor podría considerarse una parte de la dimensión “funcionamiento físico”, lo habitual es tratarlo por separado, por la gran variabilidad existente entre individuos en cuanto a la percepción del dolor y la tolerancia al mismo (11).

Funcionamiento social

Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral(11).

Percepción general de la salud

Incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y de las creencias relativas a la salud. Esta dimensión refleja las preferencias, los valores, las necesidades y las actitudes en relación con la salud. Es una dimensión fundamental para poder valorar las diferencias individuales en cuanto a reacciones frente al dolor, percepción de dificultades, nivel de esfuerzo y nivel de preocupación por el estado de salud. Esta dimensión suele correlacionarse con las anteriores (11).

Otras dimensiones

Otras áreas particulares de la CVRS exploradas por algunos instrumentos son: la función sexual, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre la productividad laboral y las actividades de la vida diaria. También se han utilizado frecuentemente como indicadores de CVRS el número de visitas al médico por enfermedad o problemas médicos y la necesidad de utilizar fármacos. No deben confundirse las dimensiones de la CVRS con otras medidas informadas por el paciente y utilizadas como: la satisfacción con el tratamiento médico y la medicación, la preferencia por el tratamiento, la adherencia

y el cumplimiento terapéutico o las expectativas respecto al tratamiento, si bien es cierto que algunos de estos conceptos comparten dimensiones con la CVRS (11).

La CVRS se evalúa mediante cuestionarios diseñados específicamente en esta investigación se hará uso del cuestionario SF-36 versión 2, con el fin de reflejar la salud mental y la salud física de las personas que tienen el antecedente de cáncer gástrico en el servicio de oncología hombres y mujeres del hospital San Juan de Dios, por lo que se debe conocer en que consiste la enfermedad del cáncer gástrico y como este afecta a las personas que lo padecen.

Cáncer gástrico

El cáncer gástrico (CG) es una neoplasia agresiva que en países occidentales suele diagnosticarse en estadios avanzados. La clasificación TNM es el mejor sistema de estratificación disponible actualmente, pero el pronóstico de los pacientes con Cáncer gástrico es muy pobre, con una supervivencia a cinco años que raramente supera el 30%. La investigación en cáncer y los avances moleculares que se han producido en la última década todavía no han tenido un gran impacto en la práctica clínica en cáncer gástrico, más allá de hitos puntuales como la determinación de HER2 en tumores avanzados (12).

El cáncer es una enfermedad, en la cual un grupo de células del cuerpo se hacen independientes del resto del organismo. Estas células, se descontrolan, cambian de tamaño, de forma y empiezan a multiplicarse y crecer, sin ningún tipo de freno (13).

Los tumores del estómago pueden surgir de varios tipos de células, entre ellas: células de recubrimiento, musculares o serosas.

En algunos países, la incidencia de casos nuevos asociados a muerte a causa del cáncer gástrico es alarmante. Un ejemplo es el caso de los Estados Unidos en el 2005. • Nuevos casos: 21,860. • Mortalidad: 11,550. (13) El cual estas cifras han ido cambiando en relación a la actualidad.

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (GLOBOCAN), en el 2018, estima que el Cáncer Gástrico es el quinto tumor más frecuente en el mundo y constituye la tercera causa de mortalidad por cáncer. Lo que presenta una amplia variación entre regiones geográficas, siendo más habitual en Asia y Europa del Este y menor en Norteamérica y África (12).

En 2018 se diagnosticaron más de un millón de casos nuevos y se produjeron 783.000 muertes debidas a cáncer gástrico en el mundo (12).

En España, el informe de la Sociedad Española de Oncología (SEOM), estima que se diagnosticarán más de 7.500 casos nuevos en 2020 (representando el noveno tumor más frecuente). En este país fue el séptimo en mortalidad en 2018, ocasionando más de 5.000 muertes (12).

La incidencia y la mortalidad de cáncer gástrico está disminuyendo en los últimos años, tanto en países desarrollados como en desarrollo, dato que se atribuye a la reducción de la infección por *Helicobacter pylori* (12).

Otros autores coinciden en relación al ser el cáncer gástrico la tercera causa principal de mortalidad por cáncer a nivel mundial, aunque la incidencia global está disminuyendo en países occidentales, la incidencia de cáncer gástrico ha disminuido drásticamente durante el siglo pasado; en los EE.UU, el cáncer gástrico mortal ha disminuido 87% desde 1950 con una tendencia similar siendo en Europa. En EE.UU, la incidencia de cáncer gástrico ha disminuido a aproximadamente 7,6 casos por cada 100.000 personas. Existe una gran variación geográfica en la incidencia del cáncer gástrico, con las tasas de incidencia más altas en el Lejano Oriente Europa del Este y América Central y del Sur también tienen altas tasas de incidencia, con las tasas de incidencia más bajas observadas en el norte América, África del Norte, Asia del Sur y Australia. Aunque el cáncer gástrico en el pasado era común en los países industrializados, los últimos datos epidemiológicos indican que más del 70% de los nuevos casos de cáncer gástrico se encuentran en países en desarrollo, lo que refleja un descenso más rápido en los países desarrollados (14).

Otros autores consideran el cáncer gástrico como, el cuarto cáncer más común en el mundo, con una incidencia anual de aproximadamente 950.000 casos al año; de estos, el 70% ocurren en países en desarrollo.

La mayor incidencia se encuentra en Asia y el más bajo en América del Norte. Estimado anual las muertes por cáncer gástrico son 723.000 en todo el mundo.

- En los EE. UU, Se estima que 27,510 casos nuevos y se esperaban 11,140 muertes en 2019.

- La incidencia de cáncer gástrico es de 6,7 en 100,000 personas en los EE. UU. La tasa de mortalidad es 3,4 por 100.000 personas.

Este tipo de enfermedad es más común en hombres pacientes mayores a 65 años (el 70% de los pacientes tienen más 50 años).

- La proporción hombre / mujer es 3: 2.

- Cáncer gástrico difuso hereditario (HDGC) tiene una herencia autosómica dominante, y el cáncer se desarrolla a una edad temprana (edad promedio 37 años). Mutaciones que truncan la línea germinal en el gen supresor de tumores E-cadherina (*CDH1*) se encuentran en hasta el 50% de estas familias. Eso está asociado con un riesgo de por vida del 80% de cáncer gástrico (15).

En Costa Rica cáncer gástrico no se queda atrás en cuanto a la incidencia de esta enfermedad, según los estudios realizados por el Dr. Wong, epidemiólogo de la UNA, hasta 1994, la incidencia en el país disminuyó en la población masculina en forma sostenida, mientras que en el sexo femenino fue decreciente. Sin embargo, a partir de 1995 la tendencia a aumentar se ha mantenido (13).

El epidemiólogo Dr. Wong, realizó una búsqueda de todos los casos diagnosticados de carcinoma gástrico en el nivel nacional, entre enero del 1998 y diciembre del 2002. Este estudio, revela que la incidencia para cáncer gástrico en nuestro país al igual que en el resto de los países, es mayor en hombres que en las mujeres. Wong, reporta una incidencia superior al 60% en las siete provincias, condición que se mantiene para todo el país con un 65% de casos pertenecientes a los hombres. Las provincias con las tasas de incidencia más elevadas son Cartago, San José y Alajuela, las zonas costeras como son Guanacaste, Puntarenas y Limón muestran una menor incidencia.

En nuestro país uno de los factores de riesgo más llamativos es el vivir en la provincia de Cartago, ser hombre y tener edad avanzada. Por otra parte, el cáncer gástrico, en cuanto a su localización anatómica ha ido cambiando. En años anteriores se presentaba con mayor frecuencia, en la mitad distal del Estómago. Sin embargo, la incidencia ha cambiado, presentándose mayormente en la unión cardias y gastroesofágica, manifestando un crecimiento rápido, y alarmante, especialmente en pacientes menores de 40 años (13).

Existen ciertos factores de riesgo reconocidos para el cáncer del estómago, pero se desconoce una etiología específica. Entre ellos se incluyen:

Edad avanzada.

- Género masculino.
- Ingesta de una dieta pobre en frutas y vegetales.
- Dieta con alto contenido de alimentos salados, ahumados o en conservas.
- Metaplasia intestinal.
- Pólipos adenomatosos gástricos.
- Antecedente familiar de cáncer del estómago especialmente en parientes de primera línea.
- Enfermedad de Ménétrier (gastritis hipertrófica grande). 10% de asociación con el cáncer gástrico.
- Poliposis adenomatosa familiar.
- Grupo sanguíneo A.
- Ingestión de alcohol, de bebidas calientes.
- Radiaciones (13).
- Gastritis crónica por *Helicobacter pylori*.
- Abuso de tabaco, consumo excesivo de alcohol
- Aditivos alimentarios (nitrosaminas), alimentos ahumados, exposición ocupacional a metales pesados.
- Gastritis crónica atrófica con intestino metaplasia, gastritis hipertrófica y anemia perniciosa (15).

En los últimos años uno de los factores etiológicos más estudiados ha sido el *Helicobacter pylori*, se reporta que alrededor de un 50 % de la población mundial está

infectada, y de los pacientes que cursan con úlcera duodenal un 90-95 % y un 60-70% de los que presentan úlcera gástrica. Por lo cual la presencia de este microorganismo ha llamado la atención a los investigadores (13).

Clasificaciones:

El cáncer gástrico se puede subdividir utilizando la clasificación de Laurén en dos subtipos histológicos distintos con diferente epidemiología y características de pronóstico:

El *tipo* de cáncer *intestinal* se caracteriza por la formación de estructuras tubulares similares a glándulas con rasgos que recuerdan a las glándulas intestinales. Este tipo de gástrico el cáncer está más estrechamente relacionado con el riesgo ambiental y dietético factores, tiende a ser la forma predominante en regiones con un alto incidencia de cáncer gástrico, y es la forma de cáncer que ahora se en declive en todo el mundo.

El *tipo difuso* de cáncer carece de glandular estructura y consta de células poco cohesivas que se infiltran en la pared del estómago. Se encuentra a la misma frecuencia a través de fuera del mundo, ocurre a una edad más temprana y se asocia con peor pronóstico que la forma intestinal. Participación extensa del estómago por el tipo difuso puede resultar en una rígida y gruesa estómago inflamado, una condición conocida como *linitis plástica*. Otra característica clave de los cánceres de tipo difuso son las células en anillo de sello, células especiales llenas de mucina que no están presentes en el tipo intestinal adenocarcinomas. También hay fenotipos mixtos que contienen áreas heterogéneas que presentan predominantemente intestinales o características de tipo difuso (15).

- Japonesa (para cáncer temprano, solo abarca la mucosa y submucosa)

I: lesión elevada exofítica hacia la luz gástrica

II: superficial: a) Elevación no mayor a la capa muscular b) Lesión plana c) Hundida con erosión superficial

III: excavada que no involucra la muscular.

- Borman (clasificación macroscópica para cáncer avanzado (invade más allá de la mucosa)

I: Polipoide de base ancha

II: I + ulceración

III: ulcero-infiltrante de mucosa y límites no definidos

IV: Infiltrante difuso a) Escirro (mucho tejido conectivo) b) Linitis plástica*** V: No asimilable a los anteriores (16).

Manifestaciones y diagnóstico.

Los síntomas más comunes asociados al cáncer gástrico son dispepsia, anorexia, o saciedad temprana, pérdida de peso y dolor.

Puede producirse disfagia o regurgitación en proximal cáncer gástrico o cánceres ubicados en el gastroesofágico unión. La anemia puede estar presente en cánceres sangrantes. Si los síntomas están presentes en el momento del diagnóstico, en la enfermedad es a menudo avanzada e incurable.

Cuando el cáncer gástrico es superficial y potencialmente curable suele no presentar síntomas claros o específicos, he ahí la importancia del screening y la malicia clínica y el análisis de los factores de riesgo en los pacientes. Cuando presenta síntomas generalmente ya es incurable y los más frecuentes son un dolor epigástrico inespecífico y pérdida de peso inexplicable en un paciente mayor de 40 años. En los estadios tempranos del cáncer de estómago se pueden presentar los siguientes síntomas:

- Indigestión e incomodidad estomacal.
- Sensación de hinchazón después de comer.
- Náuseas suaves.
- Pérdida del apetito.
- Acidez estomacal.

Ya que su diseminación hematogena frecuentemente se da al hígado el paciente puede desarrollar o consultar por ictericia en un estado avanzado de la enfermedad (16).

El cáncer de estómago se diagnostica mediante un examen endoscópico durante el cual la localización del tumor dentro del estómago y su tipo macroscópico se determinan y se toman biopsias para confirmación histológica.

La estadificación determina si el enfoque del tratamiento será curativo o paliativo. Todos los pacientes deben ser organizado según la última edición de la Unión para Control internacional del cáncer y articulación americana Comité de Cáncer y revisado en una experimentada junta multidisciplinaria de tumores antes de determinar una vía de tratamiento.

TC de abdomen y tórax proporciona información sobre la presencia de metástasis en el hígado, pulmón o peritoneo. Ecografía endoscópica podría ser útil para identificar los superficiales que no penetrar más allá de la submucosa(15).

Marco teórico

Teoría del confort de Katherine Kolcaba

Katharine Kolcaba nació en Cleveland, Ohio en 1944; en 1965 se diplomó en enfermería en St. Luke's Hospital de Cleveland. Trabajó tiempo parcial durante algunos años como enfermera medicoquirúrgica, considerando el cuidado prolongado y cuidado domiciliario. En 1987, consiguió la primera licenciatura superior que se realizaba en enfermería en la escuela de Enfermería Frances Payne Bolton, de la Case Western Reserve University (CWRU). Estudió una especialidad en gerontología mientras la llevaba a cabo, asumió el cargo de enfermera en jefe de la unidad de demencia. En dicha unidad, empezó a teorizar acerca de la comodidad o confort. Después de realizar una maestría en enfermería, trabajó como profesora en la University of Akron College of Nursing. Desde entonces, posee el certificado de gerontología de la American Nurses Association (ANA). Durante los siguientes 10 años, utilizó el trabajo de su doctorado para desarrollar una teoría y demostrarla; publicó un análisis del concepto del confort con su esposo, el filósofo (Kolcaba & Kolcaba, 1991) quien elaboró un diagrama con los aspectos de la comodidad (Kolcaba, 1991), utilizó la comodidad como objetivo del cuidado (Kolcaba, 1992), contextualizó la comodidad en una teoría de nivel intermedio (Kolcaba, 1994) y demostró la teoría en un estudio de intervención (Kolcaba & Fox, 1999). En 1995 recibió un premio honorífico como investigadora de la Midwest Nursing Research Society del Lillian De Young Research Award del University of Akron College of Nursing, por su labor sobresaliente en el desarrollo de la investigación, se doctoró en enfermería en 1997 y recibió el certificado de autoridad (especialista en enfermería clínica) al mismo tiempo. Así mismo recibió el Marie Haug Student Award por su excelente trabajo en estudios anteriores en la CWRU, es miembro de la ANA Society of Scholars y aparece en el Who's Who in American Nursing (1991) y en The Encyclopedia of Nursing Research (Kolcaba, 1998 (17)).

Actualmente es profesora asociada de la Universidad de Akron, Ohio, USA lugar donde enseña pre grado en curso de cuidado de enfermería del adulto mayor y en cursos de post grado sobre investigación, teorías, rol profesional y dominio del conocimiento en

enfermería, sus áreas de experiencia son gerontología, intervenciones de cuidado prolongado y al final de la vida, estudios de confort, desarrollo de instrumentos, teoría de enfermería e investigación en enfermería. Otras áreas de interés de Kolcaba son intervenciones y mediciones para la incontinencia urinaria, medición del confort en enfermos terminales y la investigación de estos resultados. La teoría propuesta es una teoría de rango medio y longeva que se creó a partir de 1991. El término confort es un término complejo difícil de describir y definir, a la vez es considerado un resultado acepto deseado en la práctica y cuidado de enfermería (18).

Para la elaboración de esta teoría Kolcaba realiza revisión bibliográfica con el fin de definir el concepto confort y de cómo estos se relacionan con la medicina, psicología, psiquiatría, ergonomía y principalmente con la enfermería incorporando así en la definición a teoristas como Florence Nightingale. La teorista señala que la observación sirve para salvar vidas, promover salud y comodidad. Además, incluyó en esta conceptualización a otras enfermeras como Aiken (1908) y Harmer (1928) quienes también describían el confort hacia los pacientes como parte de la enfermería. Consideró a Goodnow (1935) quien dedicó un capítulo de su libro de enfermería al confort o comodidad de los pacientes y escribió lo siguiente: “siempre se juzga una enfermera por su capacidad para hacer que el paciente se sienta cómodo. La comodidad es física y mental, y la responsabilidad de la enfermera va más allá del cuidado físico”(18).

En esta investigación se desarrollará la teoría de Katherine Kolcaba, el cual realiza una relación entre la teoría del confort y la calidad de vida relacionada con la salud.

La teoría del confort es una teoría de rango medio la misma puede ser empleada tanto en los individuos, como familia y comunidad en diversos contextos, además emplea conceptos claros y simples lo cual permite una fácil comprensión y con ello aplicación, principalmente en la investigación en enfermería. Es por esta razón que ha sido la teoría elegida para el desarrollo de este estudio ya que permite valorar al usuario holísticamente desde sus necesidades y su entorno. El cual busca brindar un mayor confort y cuidado de enfermería de calidad en el proceso de enfermedad como lo requiere una enfermedad oncológica y en este caso el cáncer gástrico.

Kolcaba que describe la teoría del confort holístico es una teoría normativa y descriptiva para el cuidado de enfermería, ella considera las necesidades que surgen en las personas desde situaciones consideradas como estímulos que causan tensión negativa en ellas, lo que bajo el concepto de CVRS Schwartzmann correspondería a estímulos estresores, cuando las personas se enfrentan una enfermedad crónica (ENT) y su tratamiento. La tensión negativa que enfrentan los pacientes representa un desequilibrio, que ocurre cuando las fuerzas obstaculizadoras superan las fuerzas facilitadoras para manejar la tensión negativa(18).

Kolcaba definió conceptualmente los tipos de confort e incluyó el alivio, la tranquilidad y la trascendencia. El alivio fue elaborado a partir de Orlando 1961, quien afirmaba que las enfermeras satisfacían las necesidades de los pacientes, la tranquilidad consideró el trabajo de Henderson 1966, quien en ese periodo describía 13 funciones básicas de los seres humanos y la trascendencia fue definida a partir de Paterson y Zderad 1975, quienes planteaban que los pacientes podían superar las dificultades con ayuda de las enfermeras (18).

Los principales conceptos y definiciones que finalmente propone la teoría del confort de Kolcaba son los siguientes:

Confort: definido como el estado que experimentan los receptores de medidas de confort cuando se les proporciona comodidad. Para la autora, el confort es mucho más que la ausencia de dolor o disconfort, Kolcaba formula una definición holística del confort al señalar que es una experiencia inmediata de fortalecer gracias a la satisfacción de las necesidades, a través de los tres tipos de confort o comodidad, que son: alivio, tranquilidad y trascendencia y que son satisfechas o experimentadas en cuatro contextos: físico, psicoespiritual, ambiental y sociocultural. El confort es un resultado esencial para el cuidado de la salud, es holístico y complejo, y los aspectos que involucra están interrelacionados. El objetivo del cuidado en salud, para la autora, es aumentar el confort cuando este está disminuyendo, por lo tanto, el cuidado del confort puede ser medido a través de puntuaciones realizadas antes y después de realizar intervenciones (18).

Tipos de confort

- 1- Alivio, corresponde al estado en que un receptor ha visto cumplida una necesidad específica, se refiere a la satisfacción de esa necesidad, es decir, se busca aliviar malestares o satisfacer necesidades en los pacientes (18).
- 2- Tranquilidad. Es el estado de calma o satisfacción hace referencia a la persona como un todo, a la comodidad de la mente y cuerpo, es un estado de satisfacción positivo (18)
- 3- Trascendencia. Estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o dolor, es independiente y se refiere a las medidas de comodidad que fortalecen y engrandecen a una persona. La persona, en este tipo de confort surge por encima del dolor o de sus problemas (18).

Contextos de la experiencia humana de confort:

Confort físico. Es el contexto más obvio del confort y corresponde a las sensaciones corporales, se relaciona con todas las dimensiones fisiológicas y homeostáticas de un individuo (18).

Confort psicoespiritual. Corresponde a la conciencia interna del yo, como la autoestima, el autoconcepto, incluyendo la sexualidad y el significado que se tiene de la vida, y puede ser acompañado también de la relación con uno mismo y en un nivel superior (18).

Confort ambiental. Corresponde al entorno, las condiciones e influencias externas, involucra la luz, el ruido, los equipos (mobiliario), color, temperatura, los elementos naturales versus los artificiales que existen alrededor(18).

Confort sociocultural. Corresponde a las relaciones interpersonales, familiares y sociales, incluyendo lo financiero, educación y redes de apoyo. La idea de cultura también considera las tradiciones e historia familiar, idioma, vestuario y costumbres. (18)

Utilización de pruebas empíricas

La investigación moderna sobre la comodidad empezó en la década de 1980, cuando se inició un período de reconocimiento colectivo; aunque con estudios individuales del concepto de la comodidad holística. Morse (1983) empezó a observar las acciones de confort de las enfermeras, y describió el término como la acción enfermera más importante para proporcionar cuidado enfermero a los enfermos. Hamilton (1989) dio un paso adelante al estudiar lo que la comodidad representa desde la perspectiva del enfermo, al utilizar entrevistas en un centro de cuidado prolongado para saber cómo cada paciente definía la comodidad. El cuidado cómodo surge de una situación de estímulos y tensiones negativas, que originan necesidades de comodidad en intervenciones para satisfacer dichas necesidades, moviendo la tensión en una dirección positiva. El paciente percibe si la tensión cambia por aplicación de intervenciones. La enfermera evalúa si la comodidad fue alcanzada por medio de valoración de la percepción del paciente, tanto objetiva como subjetivamente. La enfermera determina si las medidas de comodidad implementadas aumentaron o si se tiene que implementar nuevas. Estas medidas pueden ser muy sencillas como por ejemplo, mantener a la persona limpia, seca, en una buena posición, ofrecer alimentos, brindar un ambiente fresco, abrir ventanas o cerrarlas, manejar la luz, eliminar ruidos, proporcionar privacidad, permitir que tome sus propias decisiones, facilitar el acceso a la familia y enseñarles como proveer cariño físico y cuidado emocional; todo lo cual facilitará que la persona se fortalezca durante una situación de cuidado de la salud (17).

Los resultados de las pruebas de cada principio se utilizaron por medio del estudio de Kolcaba y Fox (1999) en mujeres con cáncer de mama que se respaldaban mutuamente. Otras áreas de estudio que se han tratado con Kolcaba, incluyen unidades de quemados, hogares enfermeros, atención domiciliaria, dolor crónico, masaje terapéutico, pediatría, oncología, higiene dental, enfermería del transporte, cárceles y discapacidades mentales (17).

Conceptos metaparadigmáticos

Enfermería. Incluye valoración de las necesidades de la comodidad, diseño de las medidas para satisfacer esas necesidades y reevaluación de los niveles de después de la implantación de dichas medidas. La valoración y revaloración puede ser intuitiva y/o

subjetivas, por ejemplo, cuando una enfermera le pregunta aún paciente si está cómodo, u objetivas, cuando observa la curación de una herida o cambios en los valores analíticos o conducta (17).

Paciente. Los receptores del cuidado pueden ser individuos, familias, instituciones o comunidades que necesitan cuidados de salud (17).

Entorno. Cualquier aspecto del paciente, familia o instituciones que la enfermera o familiares pueden manipular para que se sienta más cómodo (17).

Salud. Es el funcionamiento óptimo de la persona, familiar o comunidad (17).

Supuestos

1. Los seres humanos ofrecen respuestas holísticas a estímulos complejos.
2. La comodidad es un objetivo holístico deseable que concierne a la disciplina enfermera.
3. Los seres humanos se esfuerzan por satisfacer sus necesidades básicas de comodidad o para que alguien las satisfaga, tratándose de un esfuerzo activo.
4. El aumento de la comodidad apremia a los pacientes a escoger conductas en búsqueda de la salud.
5. Las personas que están autorizados a participar activamente en estas conductas se muestran satisfechos con su cuidado de salud.
6. La integridad institucional se basa en un sistema de valores orientado a los receptores del cuidado (17).

Afirmaciones teóricas

1. Las enfermeras identifican las necesidades de confort no satisfechas de sus enfermos, al diseñar medidas para satisfacerlas potenciando su comodidad, lo que constituye el resultado inmediato deseado.
2. La potenciación de comodidad está directa y positivamente relacionada con implicación en las conductas de búsqueda de la salud, lo que constituye el siguiente resultado deseado.

3. Cuando las personas reciben ayuda adecuada para realizar las conductas saludables por sí solas, como rehabilitación, con y/o el programa de recuperación; así como régimen también se potencializa la integridad estructural (Kolcaba, 1997, 2001) (17).

Forma lógica

Kolcaba (2003); afirmó que desarrolló la teoría del confort utilizando tres tipos de razonamientos lógicos: inducción, deducción y retroducción (17).

Inducción. Consiste en elaborar generalizaciones a partir de un número de casos específicos observados (Bishop, 2002). Cuando las enfermeras están seguras de su práctica y la enfermería como disciplina cumple con sus objetivos entonces se conocen los conceptos implícitos y explícitos, términos, afirmaciones y supuestos que subyacen en su práctica (17).

Deducción. Es una forma de razonamiento lógico que infiere conclusiones específicas a partir de premisas o principios más generales; va de lo general a lo específico (Bishop, 2002). El estadio deductivo del desarrollo de la teoría relacionó la comodidad con otros conceptos, y dio lugar a la teoría. Se utilizó el trabajo de tres teóricas: Orlando, Henderson, Paterson Zderat, para la definición de comodidad, por lo que Kolcaba tuvo que buscar otro espacio común para unificar alivio, tranquilidad y trascendencia. Se dió cuenta que se necesitaba un marco conceptual más abstracto y general, que fuera coherente con la comodidad e incluyera un número manejable de ideas altamente abstractas. El trabajo del psicólogo Henry Murria (1938); cumplía los criterios para elaborar un marco en el que se situarán los conceptos enfermeros de Kolcaba. Su teoría trataba sobre las necesidades humanas, por tanto, podía aplicarse a los pacientes que experimentaban múltiples estímulos en situaciones estresantes de cuidado a la salud. Ése fue el estadio deductivo del desarrollo de la teoría, empezando por construcción y subestructuración teóricas generales y abstractas para descender a niveles más específicos que incluyen conceptos de la práctica enfermera (17).

Retroducción: Es una forma de razonamiento que origina ideas; se aplica a campos con pocas teorías disponibles (Bishop 2002), resulta útil para seleccionar fenómenos que pueden desarrollarse con mayor profundidad y probarse. Este es el caso de la

investigación de resultados que, hasta la fecha, se centra en recoger datos para medir resultados seleccionados, y relacionar con los resultados de los tipos de protocolo enfermeros, médicos, institucionales o comunitarios. El uso de un marco teórico enfermero para la investigación de resultados potenciaría esta área de la investigación enfermera, ya que la práctica basada en la teoría permite que; las enfermeras que diseñen intervenciones coherentes con los resultados deseados y aumenten la posibilidad de encontrar resultados significativos; para los objetivos deseados proporcionarían datos a las instituciones respectivas y a los creadores de estrategias sobre la importancia de la enfermería en el actual mercado competitivo (17).

Teoría del confort y calidad de vida relacionada con la salud

La teoría del confort es una teoría desarrollada recientemente, no obstante, el hecho de que sea una teoría de rango medio permite su aplicación en la práctica, al igual que otras teorías más antiguas y conocidas. Su aplicación no se limita solo a individuos, sino que también puede ser utilizada con las familias y comunidad en diversos contextos. Los conceptos que involucra son claros y simples, por lo que permiten además una fácil comprensión y aplicación, especialmente en áreas de investigación de enfermería (18).

Similarmente, y así como ocurre con la definición de CVRS de Schwartzmann, los estímulos del entorno, factores físicos, psicológicos y socioculturales son los que producen un desequilibrio en la respuesta de las personas y llevan a la percepción de un deterioro en la calidad de vida y en el nivel de salud. Estos estímulos corresponden o están representados, según la teoría del confort, en los cuatro contextos en que este se produce, descritos por Kolcaba como contexto físico, psicoespiritual, ambiental y sociocultural(18).

Intervenir sobre el nivel de CVRS, o sobre los estímulos que generan un deterioro en la calidad de vida es solo posible una vez que sean identificado las áreas que se encuentran afectadas en las personas; del mismo modo, la teoría del confort plantea que solo cuando se producen las necesidades del confort en algunos de los dominios que esta incluye es posible identificar las intervenciones, para transformar la tensión negativa hacia una

positiva y mejor la comodidad o el confort de las personas o el nivel de CVRS. Los pacientes son quienes perciben si las tensiones son cambiadas o no por las intervenciones y la enfermera es quien evalúa objetivamente si los resultados son efectivamente los que se deseaban lograr o no, a través de la evaluación de percepción subjetiva y objetiva que tienen los pacientes sobre el confort (18).

La teoría del confort puede ser usada para explicar y predecir fenómenos de interés para enfermería, del mismo modo en que la CVRS puede ser evaluada para definir intervenciones en salud. La comprensión de la teoría del confort puede guiar el cuidado de enfermería, puesto que es inclusiva de los aspectos físicos, psicoespirituales, socioculturales y ambientales en los cuales se desarrollan las personas, tal como las dimensiones que se incluyen y son evaluadas en la CVRS. Aquel paciente que presenta un mayor disconfort también puede presentar un mayor deterioro en su calidad CVRS en aquellas áreas que tiene involucrada. El confort es un resultado holístico, debido a que confiere a las personas un estado dinámico y con diferentes facetas, tal como los resultados que se obtienen al medir la CVRS, que también pueden ser dinámicos en el tiempo(18).

Las medidas de confort que plantea la teoría, descritas como intervenciones de enfermería, son las que permiten influir en la comodidad de las personas que reciben los cuidados, al satisfacer necesidades o dimensiones que también pueden ser evaluadas a través de la CVRS y que corresponden a las necesidades fisiológicas, sociales, económicas, psicológicas, espirituales, ambientales(18).

La teoría de Kolcaba como una alternativa para ofrecer confort a las personas, también se ha aplicado en las que presentan ENT. El desarrollo e implementación de intervenciones para aumentar su confort es particularmente relevante, en especial en adultos mayores que se encuentran en hogares, puesto que ofrece un mecanismo para otorgar cuidado integral desde que se realiza la valoración del nivel de salud o confort de las personas, hasta que se reevalúan los cambios en las condiciones de este, posterior a la realización de las intervenciones respectivas (18).

La CVRS es utilizado en el nivel mundial y principalmente en enfermedades no transmisibles; la evaluación de la CV permite obtener tanto información subjetiva como

objetiva de las personas esta calidad de vida puede ser evaluada mediante diferentes cuestionarios aplicándose para esta investigación el FS36 así permite conocer las dimensiones en las que se encuentra el paciente, para efectos de este estudio con el antecedente cáncer gástrico. Estas dimensiones corresponden a los contextos en los cuales la teoría del confort propuesta por Kolcaba permite valorar las necesidades del confort de la persona y el entorno y brindar así un cuidado integral (18) .

Marco empírico

Se desarrollan algunas investigaciones de la calidad de vida relacionada con salud, de las personas con algún antecedente oncológico, y con ello los resultados obtenidos con el fin de conocer que tanto se ha estudiado la calidad de vida relacionada con cáncer gástrico, obteniendo como resultado el impacto que tiene el cáncer en la calidad de vida, pero pocos estudios relacionados específicamente al cáncer gástrico, por lo que se mencionan algunas de las investigaciones:

Las autoras Torres y Sanhueza desarrollan la investigación en relación con la calidad de vida, en un modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad, Se presenta un modelo estructural que relaciona el concepto de calidad de vida y nivel de incertidumbre frente al cáncer como enfermedad, a ser aplicado a pacientes con cáncer de mama, cérvico uterino y de vesícula, en el Servicio de Oncología del Hospital Guillermo Grant Benavente del Servicio de Salud Concepción. Su formulación forma parte del desarrollo de una Tesis de Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción, cuyo propósito es indagar respecto a la influencia del nivel de incertidumbre en la calidad de vida de estas pacientes (19).

Este modelo discute los aspectos conceptuales del constructo calidad de vida y nivel de incertidumbre, basado en los modelos de L. Schwartzmann y de M. Mishel, respectivamente, proponiendo una integración dinámica de ambos(19).

A partir de los modelos teóricos presentados relacionados con la medición de la calidad de vida y del nivel de incertidumbre frente a la enfermedad, se concluye que es necesario aportar mucho más conocimiento en este campo, ya sea al generar nuevos modelos o la verificación empírica de los mismos, ambos con la finalidad de contribuir a que la atención del paciente y los recursos destinados a los programas de atención, no sólo se fundamente en los aspectos biológicos de la enfermedad (modelo biomédico), sino que tiendan a un mayor desarrollo del modelo integral bio-psicosocial. Al mismo tiempo, el conocimiento del modelo y la cuantificación del efecto de cada una de las variables componentes de la incertidumbre frente a la enfermedad y su repercusión en la calidad

de vida, nos permite otorgar una atención integral, donde la enfermera pueda reconocer en sus pacientes los signos y síntomas críticos que dificulten el afrontamiento (19).

Los autores Arancibia, Carvajal, Bustamante, Justiniano, Talhouk, Guler, López, Núñez, Medina, investigan acerca del: Análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico, el cual se menciona que el cáncer gástrico en Chile es el cáncer más frecuente según los registros de defunción en el país, siendo en los varones el primero. El tratamiento de elección para los pacientes con cáncer resecable es la cirugía, aumentando de esta manera la expectativa de vida. La calidad de vida es un concepto multidimensional que pretende reflejar la funcionalidad y el bienestar del paciente, incluyendo aspectos físicos, clínicos, emocionales y sociales secundarios a la enfermedad o su tratamiento, de igual manera hace mención a que existen escasos estudios actualmente sobre la calidad de vida en pacientes con gastrectomías secundarias a adenocarcinoma.

Para ello se entrevistaron pacientes operados de cáncer gástrico con gastrectomías totales y subtotales, con intención curativa, entre enero de 2004 y diciembre de 2006, en el Hospital del Salvador, Santiago de Chile. Se analizaron diferentes instrumentos para la exploración de la calidad de vida de los pacientes. Dadas las características de los pacientes se aplica una encuesta traducida, basada en el instrumento de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). La encuesta estuvo compuesta por un módulo general (EORTC QLQ-C30), que abarcó las tres dimensiones de la calidad de vida: fisiológico, psicológico y social, el instrumento fue aplicado previo consentimiento informado y consistió en 28 preguntas, con 4 posibles respuestas, del 1 al 4 de acuerdo a la intensidad de los síntomas, de tal manera que los puntajes más altos representaron mayor sintomatología. Además, se incluyeron 2 preguntas sobre percepción de salud y calidad de vida, respectivamente, con puntuación del 1 al 7, de manera que el puntaje más alto significó mejor percepción. Los pacientes fueron citados por contacto telefónico. El instrumento fue aplicado mediante entrevista personalizada, sin tener conocimiento previo de los pacientes.

Como conclusiones de este estudio un alto porcentaje de pacientes operados por cáncer gástrico calificaron su calidad de vida como buena a pesar de la gravedad de la enfermedad subyacente y la invasividad de la intervención. Esto probablemente se

explica por la importancia de los factores psicológicos que influyen en la calidad de vida (20).

Para Bajuk y Reich investigaron acerca de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Mujeres Uruguayas con Cáncer de Mama, el cual se refiere que existen diversas investigaciones científicas que estudian la relación entre Cáncer de Mama y Calidad de Vida. Sin embargo, la investigación en Uruguay es aún incipiente. Este estudio tiene como objetivo principal la caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con Cáncer de Mama recibiendo atención médica post-quirúrgica en el Instituto Nacional de Cáncer. La muestra analizada (n=34 mujeres) completó un formulario de Datos Sociodemográficos y Clínicos diseñado para este estudio y el Cuestionario de Salud MOS-SF-36 V. 2.0. La media de edad de las participantes fue de 56,06 años. La mayoría de las participantes recibió Quimioterapia (73,5%), Radioterapia (64,7%) o la combinación de ambos (58,8%). El tipo de cirugía más frecuente fue la Mastectomía Radical Modificada (53%). Se hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre variables clínicas, sociodemográficas y el SF-36. Se concluyó que el tipo de cirugía, así como el tratamiento recibido tienen una importante incidencia en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de estas mujeres (21).

Para los autores Sánchez Pedraza, Ballesteros y Anzola, el concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer, la investigación busca analizar el concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer y evaluar la estructura del concepto según grupos de edad, se efectuó esta pregunta abierta a 114 mujeres con cáncer de seno: En su opinión, ¿qué es calidad de vida?

Según los grupos de edad hay conceptos predominantes. En el de mujeres más jóvenes destaca la preocupación por el derecho de tener buen tratamiento. En el de 41-50 años el poder manejar su enfermedad y ver respuesta al tratamiento.

En el de 51-60 años es importante la capacidad funcional y de disfrute, a pesar de padecer enfermedad.

En el de mayores de 60 años resalta el bienestar espiritual.

Se detectaron tres dimensiones: Salud como capacidad de disfrutar funciones nutricias y afectivas, capacidad de autonomía o de sana dependencia, y armonía familiar y social. Los grupos de edad se representan de manera diferencial en cada una de estas tres dimensiones.

Concluyendo que la espiritualidad y la disponibilidad de sistemas de salud que garanticen el tratamiento surgen como dominios importantes en pacientes con cáncer. La calidad de vida es un concepto que se modifica dependiendo de la edad de los pacientes, lo cual apoya la concepción subjetiva del constructo (22).

Salas Zapata y Grisales Romero, desarrollan la calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia, para determinar la calidad de vida, y algunos de sus factores asociados, en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama inscritas en programas de tratamiento oncológico en una provincia colombiana.

Este estudio considera que la calidad de vida fue mejor en las mujeres con mayor nivel de escolaridad, las afiliadas al régimen contributivo en salud, las que recibían apoyo por parte de familiares, las que provenían del nivel socioeconómico alto y las que tenían como soporte para afrontar la enfermedad sus creencias personales (religiosas y espirituales).

Pertenecer a un nivel socioeconómico bajo y ser escéptica constituyeron factores de riesgo para obtener puntajes menores en la calidad de vida.

En la conclusión, la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama fue menor, tanto en general como en los dominios físico, psicológico, social y del entorno, en quienes provenían de estratos socioeconómicos más humildes. Se propone la intervención psicosocial, a través de métodos centrados en las pacientes, como estrategia que puede mejorar su calidad de vida, especialmente de aquellas de nivel socioeconómico bajo. Es necesario fortalecer las estrategias de afrontamiento de la enfermedad de las pacientes, teniendo como principal recurso el apoyo moral, social y espiritual de su entorno (23).

Para los autores: Reich y Remor, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un constructo complejo y multidimensional que puede verse afectado por diferentes aspectos, tales como, sociodemográficos, laborales, clínicos, y psicosociales.

El objetivo de esta investigación fue examinar la relación existente entre el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento, y la sintomatología depresiva, y su efecto sobre la CVRS.

Para ello se estudió una muestra de 116 mujeres uruguayas diagnosticadas e intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama, que acudían a consulta externa tanto en centros de salud de la esfera pública, como privada. Se determinaron aquellas variables asociadas con un mejor ajuste a la enfermedad y sus tratamientos, y una mejor calidad de vida. Se evaluó los niveles de estrés percibido (PSS) y sintomatología depresiva (BDI-II), las estrategias de afrontamiento (Brief COPE), y la CVRS (MOSSF-36) en una única toma de medidas por medio de cuestionarios de auto-informe.

Los resultados indicaron la relación de una serie de indicadores sociodemográficos, clínicos y psicológicos con la CVRS actual de las mujeres evaluadas. El análisis de los datos, indicó que la cirugía con posterior reconstrucción mamaria se encontró asociada a niveles significativamente menores de estrés percibido y síntomas depresivos, y a una mejor CVRS (24).

Otro estudio realizado por Mostacero, Plasenci y Yan Quiroz, sobre la Comparación de la Percepción de la Calidad de Vida en Pacientes con Tratamiento Quirúrgico y/o Adyuvante en Cáncer de colon y Cáncer de Recto en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (Trujillo)

Cuyo objetivo fue determinar la efectividad del tratamiento quirúrgico adyuvante en mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de colon en comparación al de cáncer rectal.

Fue un estudio de cohortes ambispectivo que evaluó 27 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de colon (Grupo A=12) y de recto (Grupo B= 15) resecable atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Trujillo desde el 1° de enero 2008 hasta el 31 de julio del 2009. Obteniendo como resultado, la calidad vida global,

valorada por el cuestionario QLQ-C30 a los 3 meses del postoperatorio fue de 67.86 ± 17.90 puntos vs. 68.50 ± 11.94 puntos respectivamente para los pacientes de los grupos A y B ($p = 0.934$). La función social fue mejor en pacientes sometidos a cirugía en el Grupo A que en el grupo B (37.50 ± 13.36 puntos vs. 60.00 ± 13.69 puntos; $p = 0.018$). La imagen corporal a los 3 meses valorada por el cuestionario QLQ-CR-29 tuvo una puntuación media de 28.12 ± 6.12 puntos y 50.00 ± 25.00 puntos para los pacientes del Grupo A y B respectivamente ($p = 0.034$). Los pacientes del Grupo A presentaron una puntuación promedio a los 6 meses para la función sexual de 33.33 ± 12.91 puntos, mientras que los pacientes del Grupo B su puntuación promedio fue 65.00 ± 22.36 puntos ($p = 0.016$). se concluye que ambas cirugías para cáncer de colon y recto tienen la misma efectividad en mejorar la calidad de vida global de dichos pacientes, sin embargo, la función social, imagen corporal, y función sexual es mejor en cirugía de colon (25).

Los autores: Isolani de Oliveira, Castro, Silva Belasco, Cássia Bettencourt, realizan un estudio sobre la comparación de la calidad de vida de portadores de cáncer de pulmón antes y después del tratamiento de quimioterapia, es un estudio prospectivo con objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de pacientes con cáncer de pulmón después de tratamiento de quimioterapia. Método: la CVRS fue evaluada por los cuestionarios Quality-of-Life Questionnaire-Core 30 (QLQ-C30) y Lung Cancer Module (LC13), versión 3.0.

La muestra estuvo compuesta por 11 mujeres y 19 hombres, con promedio de edad de 68 años (51-87 años). Después del tratamiento de quimioterapia, se observó una mejoría clínicamente relevante de la calidad de vida general, así como en los síntomas de disnea, insomnio, hemoptisis, tos, dolor torácico, dolor en el brazo/hombro y dificultad financiera. Hubo empeoramiento en la escala funcional que evalúa el desempeño de papel y de los síntomas de fatiga, náusea y vómito, neuropatía sensorial, dolor extra-torácico, constipación, pérdida de apetito y alopecia.

Como conclusiones obtuvieron que los pacientes presentaron mejoría de la CVRS y de los síntomas relacionados al cáncer de pulmón después del tratamiento de quimioterapia, entretanto hubo un empeoramiento de los síntomas provenientes de la toxicidad de los medicamentos de la quimioterapia (26).

Los autores Sun Young Rha, Hyo Jin Lee, Jiyeon Lee, consideran: que los pacientes con cáncer gástrico tienen necesidades de cuidados de apoyo considerables; sin embargo, pocos estudios han sido realizados. Este estudio tuvo como objetivo comprender las necesidades insatisfechas de los pacientes con cáncer gástrico en diferentes fases del viaje del cáncer, identificar los factores que contribuyen a sus necesidades insatisfechas y calidad de vida (CDV) y explorar las relaciones entre las necesidades insatisfechas, experiencia de síntomas, ansiedad, depresión y calidad de vida.

El método utilizado fue un estudio correlacional utilizando datos de 223 pacientes con cáncer gástrico y utilizan los instrumentos incluyen el SCNS-SF34, HADS, MDASI y EORTC QLQ-C 30 (versión coreana). Estadística descriptiva, prueba t / ANOVA, correlación de Pearson, se utilizaron análisis de regresión múltiple y de trayectoria para analizar los datos.

Los resultados que obtienen son las necesidades insatisfechas en el sistema de salud y el dominio de la información fueron las más altas. La fase del viaje del cáncer tuvo una asociación significativa sólo con las necesidades insatisfechas físicas y de la vida diaria ($p = 0,027$). Necesidades insatisfechas físicas y de la vida diaria, la gravedad de los síntomas, la interferencia de los síntomas y la depresión demostraron efectos directos sobre la calidad de vida, la vida física y diaria, también mediaron la asociación entre la experiencia de los síntomas (la gravedad de los síntomas y la interferencia con la vida diaria causada por síntomas) y calidad de vida.

El sistema de salud y las necesidades de información insatisfechas de los pacientes con cáncer gástrico deben satisfacerse al reforzar la continuidad de la atención, asesoramiento profesional y educación para el cuidado personal. Las necesidades insatisfechas en el ámbito físico y de la vida diaria deben evaluarse para facilitar un mejor manejo de los síntomas para minimizar la influencia negativa en la calidad de vida. Factores que contribuyen a las necesidades insatisfechas y la calidad de vida de los pacientes con cáncer gástrico deben reflejarse en la planificación de la atención de apoyo (27).

Los autores Yinin Hu, MD,^a and Victor M. Zaydfudim, MD, MPH consideran en su estudio que el cáncer gástrico es uno de los cánceres más comunes en todo el mundo y la gastrectomía radical es un componente integral de la terapia curativa. Con mejoras en la morbilidad perioperatoria y mortalidad, la atención se ha centrado en la calidad de vida posgastrectomía a corto y largo plazo (QoL). En este artículo se estudian las encuestas psicométricas comunes y las medidas utilizadas en pacientes después de una gastrectomía. También proporciona una descripción general de estudios que abordan las asociaciones entre la toma de decisiones quirúrgicas y el posoperatorio CdV relacionada con la salud. Se presta más atención a las asociaciones informadas entre los aspectos técnicos de la cirugía, como la extensión de la resección gástrica, mínimamente invasivo abordaje, reconstrucción entérica y CdV posoperatoria. Mientras hay varios estudios aleatorios que incluyen resultados de CdV, ellos consideran que aún queda mucho por investigar.

Para los autores; la relación entre los síntomas y las medidas de preferencia basadas en el estado de salud es un área que necesita más investigación, además, la diferencia de los resultados clínicos tradicionales, como la supervivencia, la recurrencia o la mortalidad perioperatoria, la CVRS es un punto final complejo y multifacético. Incorpora medidas subjetivas de síntomas postoperatorios y percepción general de la salud. Las investigaciones de las instituciones occidentales tienden a utilizar uno de cuatro cuestionarios específicos gástricos validados. En general, limitar la extensión de la resección cuando sea posible y considerar La reconstrucción basada en bolsa después de una gastrectomía total puede ser asociado con una mayor calidad de vida global a largo plazo. Por otra parte, la selección entre un abordaje laparoscópico versus un abordaje abierto o Billroth versus una reconstrucción en Y de Roux tiene menos probabilidades de afectar CVRS global de forma duradera. Muchos estudios existentes son limitados por el tamaño de la muestra, el sesgo de selección o pruebas múltiples, pero varios ensayos en curso pueden mejorar nuestra comprensión de la relación entre técnica quirúrgica y posgastrectomía QoL. Como eficacia comparativa y rentabilidad la investigación se vuelve más sofisticada, se hacen más comparaciones necesario para abordar la relación entre Métricas de CVRS y PBM de utilidad del estado de salud. La utilidad del estado de salud es un área que necesita más investigación (28).

Los autores: Dzung Ngoc Thi Dang, Lan Ngoc Thi Nguyen, Nga Thi Dang, Huy Quang Dang, y Thanh Van Ta en el estudio realizado en relación con el cáncer gástrico (CG), consideran que es una de las principales causas de muerte relacionada con el cáncer en Vietnam. Ellos evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes con cáncer gástrico y utilizan el instrumento 15D, del que seleccionaron 182 pacientes vietnamitas con cáncer gástrico para ser entrevistados y su CVRS se evaluó mediante el cuestionario genérico 15D. utilizan tablas de antecedentes, características de la enfermedad y CVRS de los participantes se formularon de acuerdo con los géneros utilizando STATA 12.0. obteniendo como resultado, la edad media de los participantes fue de $60,8 \pm 11,6$. El tiempo promedio desde el diagnóstico hasta la fecha de la entrevista fue de $14,8 \pm 8,4$ meses. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El índice de puntuación de los pacientes con cáncer gástrico que utilizaron el instrumento 15D fue de $0,92 \pm 0,08$, en el que la dimensión "actividad sexual" tenía la puntuación más baja de 0,66. Además, el estudio encontró varios factores que afectan la CVRS, incluida la edad, la ocupación, la educación, el estadio de la enfermedad, tratamiento y tiempo desde la fecha del diagnóstico. Concluyen que el instrumento utilizado 15D fue una herramienta adecuada para evaluar la enfermedad gástrica vietnamita la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Los hallazgos del estudio sugieren la importancia de medir con frecuencia el funcionamiento personal y desempeño de los pacientes con cáncer gástrico como parte de la evaluación de la calidad de vida durante el examen clínico. También implica la necesidad de una política para mejorar la calidad de vida general de los pacientes y la evolución de la misma, el reconocimiento CVRS como objetivo de tratamiento y la intervención además de la tasa de supervivencia a 5 años (29).

Al analizar diferentes publicaciones llama la atención que se ha tomado en consideración la calidad de vida de las personas con antecedente de cáncer, y se ha visto la necesidad de ir estudiado en el día a día la calidad de vida relacionada con salud de las personas y la importancia que esta tiene para el ser humano, y la importancia que tanto el componente físico como el mental son cruciales en el proceso de afrontamiento de las enfermedades en el caso de este estudio la enfermedad oncológica el cáncer gástrico y las repercusiones que esta genera tanto al paciente como a su familia y entorno, por lo

es necesario la investigación para confirmar las necesidades de estas personas y con ello la búsqueda de estrategias para su recuperación y cuidado de enfermería de calidad y calidez.

El impacto que las enfermedades generan a la persona podrían explicar la razón por la que con el paso del tiempo se ha convertido en un tema de interés para los investigadores, y cada día se observan más investigaciones en relación a la CVRS. Como se puede observar se logra encontrar pocos estudios sobre calidad de vida relacionado con salud específicamente el cáncer gástrico, y no se logran encontrar estudios realizados a personas antes de recibir algún tipo de tratamiento oncológico.

Metodología

Diseño. Es cuantitativo, descriptivo, transversal.

El diseño de investigación es un ante proyecto para realizar un estudio que maximiza el control de factores que podían interferir con el estudio deseado, la elección del diseño de investigación depende de que se conoce y desconoce sobre el problema de investigación, la experiencia del investigador, el propósito del estudio y el intento de generalizar los hallazgos (30).

La investigación descriptiva es considerada como la exploración y descripción de fenómenos en situaciones de la vida real. Ofrece una explicación exacta de las características de individuos, situaciones o grupos concretos (30).

Por lo tanto, este estudio, es una investigación descriptiva porque busca explorar y describir la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que han sido diagnosticadas con cáncer gástrico en los servicios de oncología hombres y mujeres del Hospital San Juan de Dios. El cual permite al investigador descubrir un nuevo significado explorando la percepción del paciente de su calidad de vida relacionada con la salud, a la vez en esta investigación se incluye la descripción de conceptos, la posible relación entre ellos y permitirá desarrollar análisis de datos que permitan aportar una base para futuras investigaciones cuantitativas.

Es cuantitativa porque es un proceso sistemático, riguroso, formal y objetivo para generar información numérica sobre el mundo. La investigación cuantitativa se realiza para describir nuevas situaciones o acontecimientos o conceptos, examinar relaciones entre variables y determinar la eficacia de los tratamientos en el mundo (30).

Diseños no experimentales, también son clasificados de acuerdo al momento en el cual los datos son recolectados en el tiempo, transversal o longitudinal, o de acuerdo con la época de experiencia o evento estudiado, retrospectivo o prospectivo (31). Para efectos de este estudio según el periodo, se aplica el estudio transversal, por lo que las variables son identificadas en un punto en el tiempo y las relaciones entre las mismas son determinadas.

Población: Para efectos de este estudio, se trabajará con el censo poblacional, es decir, el total de las personas ingresadas a los servicios de oncología de hospitalización, se toma como referente en el año 2018, 10 pacientes aproximado mensuales con el diagnóstico de cáncer gástrico, que fue brindado verbalmente por la jefatura de oncología quirúrgica.

Para efectos de este estudio se trabajará con el total de personas hombres y mujeres diagnosticadas con cáncer gástrico, que ingresen al servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, durante el periodo comprendido entre el mes de diciembre 2019 y los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo 2020, que cumplen con los criterios de inclusión.

Lugar: Hospital San Juan de Dios, servicio de hospitalización de Oncología Mujeres y Oncología Hombres.

Criterios inclusión:

- Hombres y mujeres.
- Tener diagnóstico de cáncer gástrico sin haber recibido tratamiento, aunque tengan o no enfermedad metastásica.
- Estar hospitalizado en el servicio de oncología de un hospital costarricense donde se realiza el estudio.

- Ser mayor de 18 años, ya que la enfermedad se presenta mayormente en población adulta

Criterios de exclusión

- La persona diagnosticada en el historial médico con discapacidad cognitiva.
- No dominar el idioma español.
- Ser privado (a) de libertad. (ya que siempre se mantienen bajo vigilancia de un policía de la fuerza pública, por lo que no se mantiene la privacidad de la persona).

Variables

- Calidad de Vida relacionada con salud.
- Sociodemográficas: sexo, puesto de trabajo, fecha nacimiento, edad, lugar de residencia, número de hijos, estado civil.

Tamaño de la muestra: no se trabaja con muestra sino con censo. Para efectos de este estudio se trabajará con la población total de hombres y mujeres diagnosticadas con cáncer gástrico que no hayan recibido tratamiento quimioterapia, radioterapia o cirugía, que ingresen al servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, durante el periodo de estudio que comprende de diciembre 2019 a mayo 2020.

Instrumento para la recolección de la información: será utilizado el cuestionario SF-36 versión 2, validada en Costa Rica, cuestionario datos sociodemográficos: elaborado por investigadora.

El instrumento utilizado

- a) *Antecedentes sociodemográficos.* Desarrollado por la investigadora donde se les pregunta a los y las participantes que ingresen Servicio de Oncología del Hospital San Juan de Dios.

SF-36 versión 2 (Escala Short Form 36): Mide CVRS, contiene 36 ítems e incluye 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función

social, rol emocional y salud mental. El cuestionario SF-36 v.2, con un alfa de Cronbach de 0,79 ha sido debidamente validado y, por tanto, es un instrumento útil para evaluaciones nacionales y comparaciones con resultados de salud internacionales. Para la adecuación cultural del instrumento se usará como base, la versión española de SF-36 la cual, fue adaptada sintáctica y semánticamente a la idiosincrasia chilena. Este proceso de adaptación fue complementado con dos traducciones del cuestionario SF-36v.2 en inglés por dos traductores independientes. El español de Chile fue el idioma nativo de ambos traductores. Uno de ellos tiene experiencia en investigaciones de salud, y la otra experiencia en la enseñanza del idioma inglés para adultos (Olivares, 2006).

b) El cuestionario SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (> de 14 años de edad). Permite dos puntuaciones, que son el índice global de salud física y el índice global de salud mental, obtenidos a través de la combinación de las puntuaciones de cada dimensión.

El contenido de las ocho escalas se resume de la siguiente manera:

1. *Función Física*. Mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
2. *Rol Físico*. Valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
3. *Dolor Corporal*. Valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.
4. *Salud General*. Proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

5. *Vitalidad*. Cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
6. *Función Social*. Mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
7. *Rol Emocional*. Valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
8. *Salud Mental*. Mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional (Tuesca Molina, 2005).

Procedimientos (reclutamiento y recolección de datos):

Con los permisos Bioéticos por la Comisión de Ético Científico de la Caja Costarricense del Seguro Social y el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para la aprobación y realización del estudio.

Posterior a estas gestiones, la investigadora aplicó los instrumentos a modo de la realización del cuestionario individual a cada paciente diagnosticado con cáncer gástrico que no haya recibido tratamiento para la enfermedad como lo es cirugía, quimioterapia o radioterapia, este cuestionario se aplicó en los meses: diciembre 2019, enero 2020, febrero 2020, marzo 2020, abril 2020, mayo 2020. Se efectuaron dentro del servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, según la hospitalización de hombres y mujeres del servicio de oncología. Luego de explicar los objetivos del estudio e4l y la paciente aceptó participar, se firmó el consentimiento informado. Se aplicaron los instrumentos de la siguiente manera: primero se completaron los antecedentes sociodemográficos; posterior el cuestionario SF-36 versión 2, cada una de las entrevistas duró aproximadamente entre 20 a 40 minutos.

Plan análisis de datos

La recolección de datos se realizó durante diciembre 2019, enero 2020, febrero 2020, marzo 2020, abril 2020, mayo 2020.

Análisis exploratorio de los datos mediante estadísticos descriptivos, por medio de tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y de variabilidad. Se presenta a continuación tabla.

Plan de análisis estadístico de los datos.

Objetivos específicos	Nivel de análisis	Estadígrafo
Identificar el componente de salud mental de los hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico en el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios en el periodo de diciembre del año 2019, enero 2020, febrero 2020, marzo 2020, abril 2020 y mayo 2020.	Descriptivo	Frecuencia relativa absoluta, Medidas de tendencia central: media, mediana, desviación estándar, mínimo y máximo.
Identificar el componente de salud física de los hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico en el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios en el periodo de diciembre del año 2019, enero 2020, febrero 2020, marzo 2020, abril 2020 y mayo 2020.	Descriptivo	Frecuencia relativa absoluta, Medidas de tendencia central: media, mediana, desviación estándar, mínimo y máximo.

Consideraciones éticas

Para la realización de este estudio se considera como referente a E. Emanuel (2000), por lo que en cada etapa de la realización de esta investigación se tendrán presente los siete requisitos éticos planteados por el autor.

Valor

Esta investigación aporta desde el valor social y el valor científico. El *valor social* que se pretende entregar con esta investigación, se relaciona con la posibilidad de evaluar calidad de vida relacionada con salud, de los hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico sin haber recibido tratamiento de quimioterapia, cirugía o radioterapia, en relación con el índice global de salud física y el índice global de salud mental. Y a la vez dar un valor científico a la profesión de enfermería bajo el conocimiento basado en la investigación que permite desarrollar el que hacer de los profesionales en enfermería en el diario vivir en los servicios oncológicos y mejorar con ello el diagnóstico realizados por los profesionales en enfermería, mejorando así la calidad de atención brindada a los pacientes oncológicos.

Validez científica

Esta investigación se llevará a cabo bajo la rigurosidad del método científico. Se plantea como una investigación cuantitativa, transversal, descriptiva, ya que responde a la pregunta de investigación planteada para esta investigación. Para la medición de las variables dependientes, se utilizará un instrumento ya descrito en la metodología (SF-36 versión 2). Se presenta con objetivos claros, alcanzables y del cual se espera obtener resultados que indiquen como es la calidad de vida relacionada con salud de las personas diagnosticadas con cáncer gástrico, esta investigación fundamentada con un teórico, el cual está sustentado el tema de investigación desde lo conceptual y empírico.

Selección equitativa de los sujetos

Según E. Emanuel, se deben tener presente cuatro facetas para cumplir este requisito ético en las investigaciones científicas.

Se incluirán en este estudio hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico en el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios.

Las personas escogidas para este estudio serán aquellas que ingresen en el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, con el diagnóstico de cáncer gástrico que no haya recibido tratamiento quimioterapia, cirugía, radioterapia, por lo que se identificarán una vez que son ingresados, esperándose obtener el número suficiente para realizar los análisis estadísticos. La selección de la población permitirá comparar a los y las pacientes según sexo, edad, lugar de residencia, edad, número de hijos, estado civil, ocupación, esta investigación implicará bajo riesgo para el grupo estudio.

Razón riesgo/ beneficio favorable

Como se mencionó en el aspecto del “valor”, esta investigación se realizará respetando la declaración de Helsinki la cual indica en el punto N° 18 que, “Toda investigación en seres humanos debe ser precedida de una cuidadosa comparación de los riesgos y costos para las personas y comunidades que participen en la investigación”. Como se indicó anteriormente, la investigadora plantea que este estudio tiene un bajo riesgo/costo, ya que en esta investigación no se realizarán intervenciones, como administración de sustancias, exámenes de laboratorios, entre otras. Además, al ser este un estudio no experimental, el posible daño a los participantes del estudio parece ser escaso versus los beneficios que podría acarrear los resultados de esta investigación a la CVRS.

A pesar de lo anterior, se reconoce que las personas participantes pudieran durante la aplicación del cuestionario, evidenciar el efecto de los riesgos psicosociales, aspecto que podría provocar alguna alteración en las personas. Otro aspecto por resguardar, es que los participantes, producto del cuestionario, rememoren eventos negativos ocurridos durante el proceso de enfermedad o de la vida misma, lo que podría gatillar un episodio

de poco confortable como, estrés, ansiedad, etc. Para lo cual, la entrevistadora se preparó para dar contención en el momento, a través, de una escucha empática y activa.

Evaluación independiente

El proyecto será sometido a la evaluación de expertos ajenos a la investigación, pertenecientes al Comité Ético-Científico de la Caja Costarricense del Seguro Social, y al Comité Ético-Científico de la Universidad de Costa Rica, quienes serán los que decidan si se aprueba la ejecución del estudio.

Consentimiento informado (C.I)

También se enmarca en uno de los requerimientos de la declaración de Helsinki, específicamente desde el punto 24 al 29. En este estudio participaran solo los/as pacientes que estén de acuerdo a hacerlo y cada uno leerá o se les leerá, según él o la paciente lo prefiera y firmará por sí mismo un Consentimiento informado. También les serán clarificados y explicitados los supuestos metodológicos de la investigación, sus objetivos, tipo de colaboración que se les solicitará y el papel del investigador. Además, este incluirá todos los resguardos para los participantes.

Respeto por los sujetos inscritos

Teniendo presente que solo la firma del consentimiento informado (C.I) no asegura el respeto por los participantes de esta investigación, se plantea que aspectos referentes al respeto por los pacientes participantes en este estudio deben ser explicitados y clarificados en el protocolo de investigación y en el C.I, entre ellos tenemos:

Si algunos o algunas de los participantes cambian de opinión en relación a la participación o colaboración con la investigación y decide su retiro o solicita información adicional, no recibirán sanciones o represalias por parte de la investigadora o de la institución en la cual se realiza el estudio.

Además, que los datos entregados por cada uno de ellos serán tratados con la mayor confidencialidad, y no se utilizarán para otro objetivo que los planteados en la investigación, los cuales serán conocidos por los participantes directamente por investigadora.

De existir alguna diferencia en los planteamientos teóricos o de ejecución de la investigación, en relación con las presentadas a los participantes, esta será informada de manera factible, la cual será considerada en el consentimiento informado.

Procedimientos (reclutamiento y recolección de datos)

Es muy importante en el desarrollo de la investigación la obtención de la información, pues de ello dependen la confiabilidad y validez del estudio. El obtener información confiable y válida requiere mucho cuidado y dedicación por parte de la persona que desarrolla la investigación. Por lo que todos los datos que el investigador obtiene deben ser confiables y reales, para que el desarrollo de la misma sea lo más fiable posible.

Para efectos de la investigación con las aprobaciones Bioéticas por parte de la Comisión ética Científico de la Caja Costarricense del Seguro Social y el comité ético científico de la Universidad de Costa Rica con el fin de acordar los criterios de aplicación de cuestionario SF-36 versión 2, previo a la realización y cumplimiento del consentimiento informado.

Posterior a estas gestiones, la investigadora aplicó el instrumento a modo de la realización del cuestionario individual a cada paciente diagnosticado con cáncer gástrico que no haya recibido tratamiento para la enfermedad, este cuestionario fue aplicado en los meses: diciembre del año 2019 hasta mayo del 2020. Estas se efectuaron en el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, en el pie de cama de cada uno de los participantes, según la hospitalización de hombres y mujeres del servicio de oncología. Ya que la investigadora principal, trabaja en el servicio de oncología hospitalización eso facilitará la localización de ingresos de los pacientes a los servicios de oncología mujeres y hombres, luego de explicar los objetivos del estudio el y la paciente aceptan participar al aplicar en todo momento el consentimiento informado previo a la aplicación del cuestionario. Se realizó la aplicación del instrumento de la siguiente manera: primero se completaron los antecedentes sociodemográficos; posterior el cuestionario SF-36 versión 2.

Cada uno de los cuestionarios con una duración máxima de 40 minutos, aproximado.

Resultados obtenidos

A continuación, se muestran los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento SF-36 versión 2, para la Calidad de Vida Relacionada con Salud, las cuales se encuentran diferenciados por sexo.

En la Tabla 1 se presentan los resultados de las variables sociodemográficas, de la población participante según sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, número de hijos y puesto de trabajo

Tabla 1. Variables Sociodemográficas de las personas participantes en el estudio

VARIABLE	Hombres		Mujeres		Total (n=30)	
	n=13		n=17			
	f	%	f	%	f	%
Sexo						
Femenino	0	0	17	56,7	17	56,7
Masculino	13	43,3	0	0	13	43,4
Edad en años cumplidos						
43 años - 51 años	0	0	1	5,9	1	3,3
52 años - 59 años	1	7,7	4	23,6	5	16,6
60 años - 69 años	5	38,5	8	47,2	13	43,4
70 años - 79 años	5	38,5	3	17,7	8	26,5
80 años - 82 años	2	15,4	1	5,9	3	10

Lugar de residencia						
Hatillo	1	7,9	1	5,9	2	6,7
Alajuelita	1	7,7	1	5,9	2	6,7
Pavas	1	7,7	1	5,9	2	6,7
Aserrí	2	15,4	1	5,9	3	10
Ciudad Nelly	0	0	1	5,9	1	3,3
San José	1	7,7	0	0	1	3,3
Desamparados	4	30,8	1	5,9	5	16,7
Pérez Zeledón	0	0	2	11,8	2	6,7
Paso Canoas	1	7,7	0	0	1	3,3
Calle Blancos	0	0	1	5,9	1	3,3
Escazú	0	0	2	11,8	2	6,7
Quepos	0	0	1	5,9	1	3,3
Patarrá	1	7,7	0	0	1	3,3
Coto Brus	0	0	1	5,9	1	3,3
Ciudad Cortés	1	7,7	0	0	1	3,3
Acosta	0	0	1	5,9	1	3,3
Barrio Cuba	0	0	1	5,9	1	3,3
Santa Ana	0	0	1	5,9	1	3,3
Turrubares	0	0	1	5,9	1	3,3

Estado civil						
Soltera/o	1	7,7	2	11,8	6	20
Casada/o	4	30,8	8	47,1	12	40
Divorciada/o	3	23,1	2	11,8	5	16,7
Viuda/o	2	15,4	2	11,8	4	13,3
Unión Libre	3	23,1	0	0	3	10
N. hijos						
Sin hijos	1	7,7	1	5,9	2	6,7
1	1	7,7	3	17,6	4	13,3
2	1	7,7	1	5,9	2	6,7
3 o más	10	77	12	70,6	22	73,2

Puesto de trabajo						
Vendedor	1	7,7	0	0	1	3,3
Pensionado	8	61,5	4	23,5	12	40
Agricultor	3	23,1	0	0	3	10
Costurera	0	0	1	5,9	1	3,3
Ama casa	0	0	9	52,9	9	30
Asistente dental	0	0	1	5,9	1	3,3
Docente	0	0	1	5,9	1	3,3
Textil	0	0	1	5,9	1	3,3
Seguridad	1	7,7	0	0	1	3,3
Total	13	100	17	100	30	100

En el presente estudio, se caracteriza a la población tras recolección de datos sociodemográficos, correspondiendo a la población de 30 participantes tanto mujeres como hombres que se encontraban hospitalizadas en el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios. En relación con la edad en años cumplidos de las personas que participaron en el estudio se encuentran entre los rangos de 43 años a 82 años, de estos tanto hombres como mujeres tienen edad que comprende los rangos entre 61 a 79 años, más del 50 por ciento de los participantes (69,9%).

En cuanto al puesto de trabajo que desempeñan la mayoría de los participantes se encuentran pensionados, y de las mujeres son amas de casa o se encuentran pensionadas. Y según el estado civil el mayor porcentaje de la población es casada o casado el cual corresponde al 40%, y tienen al menos tres o más hijos (73,2%).

Según el lugar de residencia en los hombres destaca Desamparados como primer lugar de residencia del cual el 30,8%, y las mujeres Pérez Zeledón 11,8 % y Escazú 11,8% porcentaje, tanto para hombres como mujeres el mayor porcentaje reside en Desamparados correspondiendo al 16,7%.

Según el Ministerio de Salud en Costa Rica datos del año 2014, la incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población masculina según provincia y cantón, (Tasas por 100.000 varones) la provincia de mayor tasa es San José con una tasa 18,91, el cual podría decirse que coincide con la provincia del lugar del estudio y con ello el área de atracción de los usuarios, pero no se presenta esto mismo en relación a los cantones

según datos del Ministerio de Salud la incidencia debido es mayor en el cantón de Puriscal con una tasa de 38,49, seguido por el cantón de Mora con un tasa 34,83 y tercer lugar León Cortes con un 30,33, y la mayoría de los hombres del presente estudio residen en Desamparados como primer lugar y segundo Aserri(32). Y en relación a las mujeres según la provincia de encuentran Guanacaste en primer lugar y segundo lugar San José, no siendo Guanacaste en este caso como provincia del área de atracción del Hospital de estudio, pero sí San José, y por cantones en primer lugar se encuentra Moravia con 25,98 y segundo lugar Curridabat en 25,94(32). No formando parte estos cantones del área de atracción del Hospital San Juan de Dios, y observándose en este estudio los cantones donde la mayoría de mujeres residen es en Escazú.

En la Tabla 2 se presentan los resultados de la Dimensión de Salud general de la población participante según sexo.

Tabla 2. Dimensión Salud General del Componente de Salud Física en mujeres y en hombres, con cáncer gástrico participantes en el estudio.

VARIABLE	Grupo				Total	
	Hombres		Mujeres		(n=30)	
	n=13		n=17			
	f	%	f	%	f	%
Calificación de la Salud en General						
Mala	5	38,5	3	17,6	8	26,7
Regular	5	38,5	10	58,8	15	50,0
Buena	2	15,4	2	11,8	4	13,3
Muy buena	0	0	1	5,9	1	3,3
Excelente	1	7,7	1	5,9	2	6,7
Total	13	100	17	100	30	100

Fuente: Cuestionario SF-36

Se observa que tanto los hombres como las mujeres consideran su estado de salud en general como regular y mala.

La tabla 3 presenta la clasificación de salud de los y las participantes según su percepción de la misma con respecto al año anterior.

Tabla 3. Transición de salud en mujeres y en hombres, con cáncer gástrico participantes en el estudio.

VARIABLE	Grupo				Total	
	Hombres		Mujeres		(n=30)	
	n=13		n=17			
	f	%	f	%	f	%
Calificación de la salud en comparación de un año atrás						
Mucho peor	7	53,8	5	29,4	12	40
Algo peor	3	23,1	8	47,1	11	36,7
Mas o menos igual	0	0	2	11,8	2	6,7
Algo mejor	0	0	1	5,9	1	3,3
Mucho mejor	3	23,1	1	5,9	4	13,3
Total	13	100	17	100	30	100

Fuente: Cuestionario SF-36.

En la tabla se observa que en mayor porcentaje de los participantes clasifica su salud en comparación a la de hace un año atrás como “mucho peor” seguido por “algo peor”.

En relación con las mujeres la consideran como algo peor en mayor porcentaje, mientras que los hombres consideran la salud en comparación a un año atrás como “mucho peor”.

En la tabla 4 se presenta las medidas de los componentes de salud física y salud mental en los hombres y mujeres participantes de la investigación.

Tabla 4. Componentes de la calidad de vida relacionada con salud en mujeres y en hombres, con cáncer gástrico participantes en el estudio.

Componentes CVRS	Hombres n=13					Mujeres n=17				
	Media	D.E	Med	Min	Max	Media	D.E	Med	Min	Max
Componente de Salud Mental	63,02	16,79	60,50	33	93	57,72	16,11	53,7	28	87
Componente de Salud Físico	59,76	18,86	57,92	29	89	56,33	16,91	51,50	36	91

Puntajes cercanos a 100 se interpretan como mejor percepción de la calidad de vida relacionada con salud y cercanos a 1 como peor.

Fuente: Cuestionario SF-36.

En la tabla anterior, se puede observar que de los datos obtenidos en los componentes mental y física de la Calidad de Vida Relacionada con Salud en hombres y mujeres son puntajes bajos, pero que se encuentran cercanos a la media de la población sana, en relación a la media nacional del Estado de la Nación, 2008 (Componente Salud Mental = 50,04% y Componente Salud Física = 49,9%).

La tabla 5 se presenta la medición de cada una de las dimensiones tanto del componente de Salud Física como Mental en los hombres y mujeres participantes el estudio.

Tabla 5. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con salud en mujeres y en hombres, con cáncer gástrico participantes en el estudio.

Dimensiones CVRS	Hombres n=13					Mujeres n=17				
	Media	D.E	Med	Min	Max	Media	D.E	Med	Min	Max
<i>Componente Mental</i>										
Salud Mental	71,69	19,62	80,00	40,00	100,00	60,00	16,97	64,00	24,00	80,00
Vitalidad	66,92	23,05	60,00	30,00	95,00	58,33	16,65	60,00	30,00	90,00
Función Social	72,31	20,87	70,00	40,00	100,00	71,76	24,04	70,00	30,00	100,00
Rol Emocional	41,15	18,50	45,00	15,00	75,00	40,59	21,71	45,00	15,00	75,00
<i>Componente Físico</i>										
Salud Mental	66,77	24,62	64,00	24,00	100,00	57,18	16,65	56,00	30,00	90,00
Vitalidad	60,00	21,30	56,60	33,00	100,00	63,14	24,62	63,30	33,00	100,00
Función Social	44,62	29,11	35,00	20,00	100,00	40,88	28,13	20,00	20,00	100,00
Rol Emocional	71,54	29,67	80,00	20,00	100,00	64,12	20,93	60,00	30,00	100,00

Puntajes cercanos a 100 se interpretan como mejor percepción de la calidad de vida relacionada con salud y cercanos a 1 como peor.

Fuente: Cuestionario SF-36.

Las dimensiones que integran la calidad de vida relacionada con la salud de los hombres y mujeres del presente estudio, se encuentran por debajo de la media nacional del Estado de la Nación 2008.

Discusión

Esta investigación aplicada a personas tanto hombres como mujeres que se encontraban hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, con una población total de 30 participantes.

Notándose así que en su mayoría de los entrevistados fueron mujeres, no coincidiendo con la literatura, ya que la población de mayor incidencia de presentar cáncer gástrico, se da en población masculina, como lo indican algunos estudios donde este tipo de enfermedad es más común en hombres, con una proporción de hombre / mujer 3:2 (15). No observándose este comportamiento en este estudio, cabe mencionar que llama la atención, que se logra observar durante el estudio, que los usuarios masculinos permanecían mayor periodo de estancia hospitalaria, ya que al realizar visitas al servicio de oncología hombres en busca de participantes aún se mantenían hospitalizados.

En relación con la edad se encuentran entre los rangos de 43 años a 82 años, de las personas que participaron en el estudio muestra que a mayor edad mayor riesgo de presentar cáncer, y la mayoría de los participantes tienen más de 61 años.

Estudios realizados por el Ministerio de Salud en Costa Rica indican en el año 2018 que en nuestro país la longevidad de las personas ha permitido que diversas enfermedades y entre ellas el cáncer, se diagnostiquen más frecuentemente y generen mayor mortalidad en los adultos y adultos mayores (5). Otra posible explicación es que este tipo de enfermedad es más común en hombres mayores a 65 años (el 70% de los pacientes tienen más de 50 años)(15).

La mayoría de los participantes masculinos se encuentran pensionados, las mujeres son amas de casa o se encuentran pensionadas. El cual podría relacionarse con la edad de los participantes ya que la mayoría es población adulta mayor, como antes se menciona y a mayor edad mayor riesgo de tener cáncer y no necesariamente que la ocupación de las personas tenga alguna relación de enfermedad.

Según el lugar de residencia de la mayoría de los hombres residen en Desamparados como primer lugar, siguiendo Aserrí como segundo lugar.

Y según el estado civil la mayoría de la población es casada o casado y tienen al menos tres o más hijos, no encontrándose literatura que indique que exista alguna relación con la enfermedad de cáncer gástrico.

Es aquí donde se considera la teoría del confort de Katherine Kolcaba, ya que su aplicación no se limita solo a individuos, sino que también puede ser utilizada con las familias y la comunidad en diversos contextos (18). Por lo que en este estudio fue utilizada esta teoría, al considerar al individuo, esencial en el desarrollo del cuidado de enfermería, y con ello el cuidado al usuario oncológico y de la mano con su familia y el entorno que le rodea, es considerar a la persona como un todo.

En relación con la dimensión de la salud general para la subescala Componente de salud física de los hombres consideran la salud general mala y regular en igual porcentaje (38,5) y las mujeres la consideran en primer lugar como regular y en segundo lugar como mala.

Por lo que se puede explicar que estos resultados tienen una relación con la calidad de vida que estas personas tienen, una vez que han sido diagnosticadas y como se podría decir que la CVRS agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo como aquellos que interactúan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud y por lo tanto es un parámetro multidimensional(2).

Podría considerarse también en este proceso de enfermedad como la población en general tenía mala sensación de su calidad de vida y esto podría deberse al diagnóstico y que posteriormente todo lo que lleva desde su parte física como emocional, ya que estos son usuarios que pronto serán candidatos a recibir tratamiento quimioterapéutico, quirúrgico o paliativo, como lo es en el caso de esta investigación. Otra de las relaciones podría ser como algunos autores consideran que la calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar, así como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales, y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus

secuelas, el tratamiento(1). Y es que la enfermedad y el impacto que esta genera se ve reflejada en la persona en su estado de salud general, más aun teniendo un estudio donde los participantes con antecedente de cáncer gástrico, sin haber recibido tratamiento consideran su salud entre regular y mala.

La teoría del confort de Katherine Kolcaba es una teoría de rango medio, Kolcaba que describe la teoría del confort holístico es una teoría normativa y descriptiva para el cuidado de enfermería, ella considera las necesidades de las personas surgen desde situaciones como estímulos que causan tensión negativa en ellas, lo que bajo el concepto de CVRS Schwartzmann corresponderían a los estímulos estresores, cuando las personas se enfrentan a una enfermedad crónica (ENT) y su tratamiento.

Son estas situaciones que se presentan en las personas una vez que son diagnosticadas con cáncer gástrico, el cual deben enfrentar un proceso y en algunos momentos lo que generan o representa la enfermedad podría traer consigo un desequilibrio en su vida.

Es esta una de las razones por las que se considera de gran necesidad considerar a la persona no solamente desde su componente físico sino también mental, y permitir al profesional de enfermería a esta valoración holística para brindar cuidado de enfermería con calidez y calidad. Permittiéndose valorar el entorno de la persona, tomando en cuenta factores físicos, psicológicos y socioculturales son los que producen un desequilibrio en la respuesta de las personas y llevan a la percepción de un deterioro en la calidad de vida y en el nivel de salud, el cual estos estímulos están representados según la teoría del confort, en los contextos descritos por Kolcaba físico, psicoespiritual, ambiental, sociocultural (18).

Esto podría explicar la razón porque el resultado del estudio, en razón de la salud general donde la mayoría de los participantes con cáncer gástrico tantos hombres como mujeres consideran la salud general como regular en un 50%.

Y es que al momento de estudiar la salud de estas personas en relación a la transición de salud tanto de las mujeres como de los hombres con cáncer gástrico consideran su salud “mucho peor” en comparación a un año atrás (40,0%), y como de segundo lugar, “algo peor” en comparación a un año atrás (36,7%).

Las mujeres la consideran principalmente como “algo peor” en comparación a un año atrás, y los hombres la consideran en primer lugar como “mucho peor” en comparación a un año atrás.

Este comportamiento podría explicarse como lo propone en una de las primeras definiciones y más conocidas de la CVRS como: la diferencia en un periodo de tiempo específico entre las esperanzas y expectativas del individuo y las experiencias reales. Otros autores han definido CVRS como el efecto funcional de una enfermedad y su consiguiente terapia sobre un paciente, tal como lo percibe el paciente(9). Y es que parece que la enfermedad del cáncer gástrico en los participantes del estudio viene a generar un cambio importante en la salud de las personas, ya que como se puede observar, pareciera que la enfermedad repercute a tal punto que la mayoría de ellos consideran la salud en comparación a un año atrás como “mucho peor”.

Es de esta manera como la teoría del confort permite explicar que solo cuando se producen necesidades del confort en algunos de los dominios que esta incluye es posible identificar las intervenciones, para transformar la tensión negativa hacia una positiva y mejorar la comodidad o el confort de las personas o el nivel de CVRS los pacientes quienes son quienes perciben si las tensiones son cambiadas o no (18). Es de esta manera como se logra conocer lo que la persona considera, percibe a si mismo de su salud y en qué medida se ha visto afecta o no en el diario vivir, y como califica la salud en comparación a un año atrás obteniéndose resultados que indican un cambio o un deterioro en la CVRS.

En relación con los componentes CVRS en las mujeres participantes en el estudio, se encontró que, en el componente de salud mental y el componente de salud física los promedios obtenidos (CSM=57,72 y CSF= 56,33), en cuanto a los hombres, los puntajes obtenidos en el (CSM= 63,02 y el CSF=59,76), que también sobrepasaron la media nacional (CSF=49,9 y CSM=50,04). Cabe resaltar que tanto para hombres como mujeres son puntajes bajos, pero cercanos a la media nacional del Estado de la Nación 2008.

Una explicación para estos resultados podría ser como lo define el autor Ruiz, la calidad de vida al bienestar físico, emocional y social de las personas, así como la capacidad de

las mismas para desenvolverse y desarrollar las tareas típicas de la vida cotidiana. La calidad de vida relativa a la salud se centra en los aspectos de nuestra vida dominados o influenciados significativamente por la salud personal y en las actividades que realizamos para mantener o mejorar dicha salud(11).

Donde la persona a pesar de su proceso de enfermedad oncológica, como lo es el cáncer gástrico y en este momento del estudio donde ninguno de los participantes ha recibido tratamiento para tratar la enfermedad, la persona busca como sobrellevar su proceso de enfermedad, pese que se encuentra por encima de la media nacional, no es significativamente aumentado.

Y es por esta razón como lo considera la teoría que justifica esta investigación de Katherine Kolcaba, la importancia de intervenir sobre el nivel de CVRS o sobre los estímulos que generan un deterioro en la calidad de vida es solo posible una vez que sean identificados las áreas que se encuentran afectadas en las personas(18). Ya que es necesario conocer o identificar cuáles son las debilidades o necesidades de la persona para brindar cuidado de enfermería basado en la necesidad de paciente, pero esta necesidad no únicamente sea la salud física sino también valorar la salud mental.

Kolcaba formula una definición holística del confort al señalar que es una experiencia inmediata de fortalecer gracias a la satisfacción de las necesidades, a través de los tres tipos del confort, en el cual se considera de gran importancia identificar cuando este está disminuido para conocer las necesidades de las personas, y permitir con ello mejorar el cuidado a la salud, Katherine Kolcaba formula una definición holística al señalar que es una experiencia inmediata de fortalecer gracias a la satisfacción de necesidades a través de la de los tres tipos del confort:

Alivio, lo cual busca la satisfacción de las necesidades que presentan las personas, lo cual, en los usuarios oncológicos, podría explicar cómo la búsqueda de aliviar el malestar e inclusive la incertidumbre ante la enfermedad expone a la persona a presentar necesidades en los que la persona debe enfrentar y sobrellevar a pesar del proceso médico y emocional que con lleva la enfermedad oncológica y con ello el tratamiento al que se deberá someter la persona, el cual sin duda va más allá de un diagnóstico médico (18).

Tranquilidad: es el estado de calma o satisfacción hace referencia a la persona como un todo, a la comodidad de la mente y cuerpo, es un estado de satisfacción positivo (18). El cual la persona con enfermedad como el cáncer gástrico pese al proceso oncológico busca en muchas ocasiones la calma, y enfrentan los procesos de enfermedad, y buscan un equilibrio entre el malestar físico y mental.

Trascendencia: estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o dolor, (18). Esto podría explicar razón por la que este estudio cómo tanto los hombres como las mujeres pese que se encuentra por encima de la media nacional, no es significativamente aumentado, ya que pese a las necesidades de la salud mental o física la persona busca trascender como individuo a pesar de sus problemas o a sus condiciones de salud, del cual no implica un cambio únicamente en su estado físico sino también un cambio es su estado emocional, social.

Las dimensiones que integran el Componente de Salud Física, son: la salud general (SG), la función física (FF), el rol físico (RF), el dolor corporal (DC), y las dimensiones que integran el Componente de Salud Mental, se encuentran: salud mental (SM), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE), observándose que tanto el componente Salud Mental y el componente salud física y las dimensiones que los integran se encuentran por debajo de la media nacional, en todas sus dimensiones.

Para el componente de la salud mental en los hombres se observa en la dimensión de la salud mental (SM=71,69) con una media nacional (SM=81), y en las mujeres (SM=60,00) con una media nacional (SM=75).

La vitalidad en los hombres (VT=66,92), media nacional (VT=75) en las mujeres (VT=58,33) con una media nacional (VT=68).

Función social en los hombres (FS=72,31) media nacional (FS=86), y en las mujeres la función social (FS=71,76) y la media nacional para la mujer (FS=79).

El cual se encuentran disminuidas en todas las dimensiones tanto para los hombres como para las mujeres del estudio.

Y con respecto al rol emocional en los hombres (RE=41,15) y la media nacional 82, en las mujeres (RE=40,59) media nacional (RE=76). Esta es una de las dimensiones que

se observan de mayor impacto, ya que tanto para los hombres como para las mujeres se puede evidenciar la disminución en relación con la media nacional, lo que hace pensar que las personas presentan problemas en el desarrollo emocional, en su entorno, en el desempeño de sus actividades diarias en la vida y por consiguiente en la percepción de la calidad de vida relacionada con salud en el proceso de afrontamiento de la enfermedad como lo es el diagnóstico del cáncer gástrico y las implicaciones clínicas y emocionales que este proceso conlleva, para cada una de las personas una vez que son diagnosticadas. Siendo esta una de las dimensiones que enmarca el estado emocional de las personas podría explicar lo que algunos autores como Ruiz lo indica ya que el estado emocional suele englobar evaluaciones de la depresión y ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico, también suele incluir la medición de las preocupaciones y las metapreocupaciones (11).

Por lo que se ajusta muy cercanamente a lo que un estudio realizado considera que los pacientes con cáncer gástrico tienen necesidades de cuidados de apoyo considerables, sin embargo, pocos estudios han sido realizados, este estudio tuvo como objetivo comprender las necesidades insatisfechas de los pacientes con cáncer gástrico en diferentes fases del cáncer, identificar factores que contribuyen a sus necesidades insatisfechas y calidad de vida, experiencia de síntomas, ansiedad, depresión. Del cual obtienen como resultado las necesidades insatisfechas en el sistema de salud y dominio de la información, la fase del viaje del cáncer tuvo una asociación significativa con las necesidades físicas y de la vida diaria, la interferencia de los síntomas y la depresión mostraron efectos directos sobre la calidad de vida(27).

Y en el componen de salud física las dimensiones salud general para los hombres (SG=66,77) con una media nacional (SG=72), y las mujeres (SG=57,18), y la media nacional para la salud general (69).

La función física en los hombres (FF=60,0) y la media nacional 88, las mujeres consideran la función física en un promedio (FF=63,14) y la media nacional 83.

Rol físico los hombres presentan un promedio (RF=44,62) media nacional 82 y las mujeres (RF=40,88) y la media nacional 75.

Dolor corporal en relación a los hombres (DC=71,54) media nacional 75, en las mujeres (DC=64,12) y la media nacional 67 de dolor corporal.

La dimensión de rol físico es la que más se ve disminuida en el componente de la salud física esto tanto para los hombres como para las mujeres del estudio, de igual manera las demás dimensiones están disminuidas en relación a la media nacional, lo que explica que la salud física de las personas de este estudio se encuentra considerablemente afectada, esto podría relacionarse con lo que autoras como Torres y Sanhueza desarrollan en relación con la calidad de vida en un modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad, estudio que fue aplicado en pacientes con cáncer de mama, cérvico uterino y de vesícula, y concluye que es necesario aportar mucho más conocimiento en este campo, con el fin de contribuir a que el paciente y los recursos destinados a los programas de atención, no solo se fundamente en los aspectos biológicos de la enfermedad, sino que tiendan a un mayor desarrollo del modelo bio-psicosocial(19).

Y es que sin duda la disminución en las dimensiones de las personas que participaron en el estudio dan a conocer una debilidad en la calidad de vida relacionada con la salud y de los problemas en su desarrollo físico y mental que ello debe enfrentar en el día a día del proceso de enfermedad.

Y es aquí donde es de gran importancia lo que considera la teoría del confort de Katherine Kolcaba, y como también lo definía Goodnow (1935) quien escribe lo siguiente, siempre se juzga a la enfermera por su capacidad para hacer que el paciente se sienta cómodo, la comodidad es física y mental y la responsabilidad de la enfermera va más allá del cuidado físico (18). Además considera que las necesidades de las personas surgen en la personas desde situaciones consideradas como estímulos que causan tensión negativa en ellas y esto bajo el concepto de CVRS Schwartzmann lo que correspondería a estímulos estresores, es en el caso cuando las personas enfrentan una enfermedad crónica(18), en el caso de esta investigación sería considerado el cáncer gástrico como una enfermedad crónica el cual viene a generar en la persona un cambio en su estilo de vida y en todo su entorno desde el aspecto físico como emocional.

El cual podría explicar cómo ya desde la teoría se consideran las enfermedades crónicas, como lo es en este estudio el cáncer una afectación en el proceso de desarrollo de la persona, el cual trae consigo una serie de cambios que generan un discomfort en su estado de salud tanto físico como mental y en cada uno de los contextos de la experiencia humana de confort como lo describe Kolcaba (18). Y es que es esta teoría permite realizar un enlace importante con el estudio ya que se observa que la calidad de vida de las personas de acuerdo a los componentes tanto de salud física y mental, el cual engloba una serie de dimensiones que permiten dar a conocer lo que la persona considera desde su estado físico y mental, y las dimensiones sobre la salud que cada uno de estos componentes desarrolla, por lo que es fundamental valorar a la persona en su totalidad. Y permite una gran relación con los tres tipos de confort o comodidad, y que estas son satisfechas o experimentadas en cuatro contextos:

Confort físico. Es el contexto más obvio del confort y corresponde a las sensaciones corporales, se relaciona con todas las dimensiones fisiológicas y homeostáticas de un individuo (18).

Confort psicoespiritual. Corresponde a la conciencia interna del yo, como la autoestima, el autoconcepto, incluyendo la sexualidad y el significado que se tiene de la vida, y puede ser acompañado también de la relación con uno mismo y en un nivel superior (18).

Confort ambiental. Corresponde al entorno, las condiciones e influencias externas, involucra la luz, el ruido, los equipos (mobiliario), color, temperatura, los elementos naturales versus los artificiales que existen alrededor(18).

Confort sociocultural: corresponde a las relaciones interpersonales, familiares y sociales, incluyendo lo financiero, educación y redes de apoyo. La idea de cultura también considera las tradiciones e historia familiar, idioma, vestuario y costumbres. (18)

Esto permite al profesional en enfermería identificar cuando la persona presenta alguna alteración o necesidad ya sea consigo misma, su familia o entorno, al generar con esto una serie de cambios o incomodidades que en ocasiones se vuelven tanto para la persona como familia que cursa una enfermedad oncológica difícil de sobrellevar, tanto desde el aspecto físico como mental, porque la enfermedad trae consigo una serie de

cambios desde los diferentes ámbitos de desarrollo de la persona, el cual estos cambios vienen a generar una transición en la vida de los seres humanos, algunos de estos con muy buenas alternativas para sobrellevar el proceso pero otras de ellas con deficiencias en el afrontamiento de la enfermedad, lo cual transforma el proceso, en un proceso más difícil de llevar.

Esto le permite al profesional de enfermería prestar atención a las necesidades de estas personas y desarrollar el cuidado en entorno a la satisfacción de estas necesidades y proporcionar a la persona un ambiente de comodidad y confort aun así esté presente el proceso de enfermedad oncológica como lo es cáncer gástrico.

Conclusiones

- Permite esta investigación determinar la calidad de vida relacionada con salud de los hombres y mujeres del servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, que son diagnosticados con cáncer gástrico ya que los hallazgos indican que sí existe una repercusión en la salud física y la salud mental de las personas.
- Se logra con esta investigación identificar cuáles son las dimensiones o las condiciones de vida en que las personas que padecen cáncer gástrico se encuentran, lo cual corresponden a los contextos de la teoría del confort de Katherine Kolcaba, esto permite a los profesionales de enfermería definir intervenciones y así ser aplicadas en el Proceso de Atención de Enfermería para que los usuarios reciban cuidado integral y humanizado.

Recomendaciones

- Desarrollar un enlace en red nacional para el cuidado de la calidad de vida relacionada con la salud y dar seguimiento a los usuarios oncológicos.
- Considerar los resultados obtenidos en este estudio para tomar las medidas necesarias y poder brindar atención personalizada a los usuarios y las usuarias diagnosticados con cáncer desde el punto de vista no solamente físico sino también dar gran importancia a la salud mental.
- Dar a conocer la importancia de la calidad de vida relacionada con salud y la teoría del confort tanto al personal de enfermería, como a los estudiantes en la formación académica.
- Considerar por parte de las unidades oncológicas de las diferentes instituciones de Salud Nacional, resultados de estudios en relación con la calidad de vida relacionada con salud, para brindar atención oportuna, cuidado de calidad y humanizado, a los hombres y mujeres diagnosticados con cáncer gástrico.
- Generar la iniciativa de la aplicación de una herramienta para medir y así conocer la calidad de vida relacionada con salud en el ámbito hospitalario en los servicios de hospitalización a todos aquellos usuarios diagnosticados con cáncer gástrico.

Bibliografía

1. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc y enfermería* [Internet]. 2003;2(9):9–21. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
2. Soto Álvarez J. Incorporación de estudios de calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos: bases y recomendaciones prácticas. Uso de una lista-guía para su correcto diseño y/o evaluación. *An Med Interna* [Internet]. 2003;20(12):633–44. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003001200009
3. Vargas Chaves S. Etiología y Epidemiología del Cáncer en Costa Rica. *Rev Médica Costa Rica y Centroamérica* [Internet]. 2016;73(618):33–6. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/618/art06.pdf>
4. Ministerio de Salud de Costa Rica. Registro de Cáncer - Registro Nacional de Tumores. Situación epidemiológica del cáncer actualizado [Internet]. 2015. Available from: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/2722-situacion-epidemiologica-del-cancer/file>
5. Ministerio de Salud de Costa Rica. Análisis Situación Ssalud 2018 [Internet]. Costa Rica; 2018. 1-89 p. Available from: [ministeriode salud.go.cr](http://ministeriode.salud.go.cr)
6. Lostaunau V, Torrejón C. Estrés , afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. 2017;31(122):75–90. Available from: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ap/v31n122/2215-3535-ap-31-122-00075.pdf>
7. Regina Carmen GV. Calidad de Vida en enfermos Crónicos. *Rev Habanera Ciencias Medicas* [Internet]. 2007;6. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002
8. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Datos y cifras [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [cited 2019 Mar 29]. Available from:

- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
9. Badia Llach X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2004;27(Supl.3):2–6. Available from: <http://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=13058924&r=14>
 10. Botero de Mejía B PMM. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años : una aproximación teórica. *Hacia la Promoc la salud* [Internet]. 2007;12(Enero-Diciembre):11–24. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689002>
 11. Ruiz M.A PA. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics - Spanish Res Artic* [Internet]. 2005;2(1):31–43. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03320897>
 12. Díaz del Arco Cristina EL, Ortega Luis FJ. Actualización en cáncer gástrico. *rev Esp Patol* [Internet]. 2020;(xx). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.patol.2020.06.002>
 13. Villalobos González María. Cáncer gástrico. *Rev Med Costa Rica* [Internet]. 2008;65(583):99–101. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/583/art4.pdf>
 14. Ursem C, McQuaid KR. Gastric Adenocarcinoma. In: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW, editors. *Current Medical Diagnosis and Treatment 2020* [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2020. Available from: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1166177055>
 15. Information B. Gastric Cancer. In 2020.
 16. Campos Castro A. Generalidades Sobre Cáncer Gástrico. *Rev Médica Costa Rica y Centroamérica* [Internet]. 2012;69(604):461–5. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art4.pdf>
 17. Guadalupe NG. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine

- Kolcaba teoría de rango medio del confort. *Enfermería neurológica*. 2010;9(2):94–104.
18. Ceballos Vásquez Paula, Cofré González Carmen, Guerra Guerrero Verónica, Macaya Sazo Marlenne PTM. *Proyectando la calidad de vida relacionada con la salud y la teoría del confort como parte del cuidado*. In: Ceballos Vásquez P, Cofré González C, Guerra Guerrero V, Macaya Sazo M, Poblette Troncoso M, editors. *Abordajes Disciplinarios: una mirada de Enfermería a problemáticas actuales*. Chile: Universidad Católica de Maule; 2016. p. 89–116.
 19. Torres A S. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Cienc y enfermería* [Internet]. 2006;12(1):9–17. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v12n1/art02.pdf>
 20. Arancibia H, Carvajal C, Bustamante M, Justiniano JC, Talhouk O, Guler K, et al. Análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico. *Rev Med Chil* [Internet]. 2009;137:481–6. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v137n4/art05.pdf>
 21. Bajuk L, Reich M. Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres Uruguayas con cáncer de mama. *ciencias Psicológicas* [Internet]. 2011;5(1):19–30. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212011000100003&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a03.pdf
 22. Sánchez-Pedraza R, Ballesteros MP, Anzola JD. Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2010;12(6):889–902. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219912002>
 23. Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2010;28(1):9–18. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9667/v28n1a02.pdf?sequence=1>

24. Reich Micaela RE. Calidad de vida relacionada con salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cancer de mama. *Psicooncología* [Internet]. 2011;8(2–3):453–71. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/37892/36660>
25. Herrera Mostacero J, Diaz Plasencia J, Yan – Quiroz EF. Comparación de la percepción de la calidad de vida en pacientes con tratamiento quirúrgico y / o adyuvante en cáncer de colon y cáncer de recto en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. *Gastroenterol Perú* [Internet]. 2010;30(2):137–47. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v30n2/a06v30n2.pdf>
26. Isolani de Oliveira P, Castro Pereira C, Goncalves Silva Belasco A CBA. Comparación de la calidad de vida de portadores de cáncer de pulmón antes y después del tratamiento de quimioterapia. *Latino-Am Enferm* [Internet]. 2013;21(3):8. Available from: www.eerp.usp.br/rlae
27. Rha SY, Lee HJ, Lee J. Unmet needs in the physical and daily living domain mediates the influence of symptom experience on the quality of life of gastric cancer patients. *Support Care Cancer* [Internet]. 2020;1419–31. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04954-3%0AORIGINAL>
28. Yinin H, M ZV. Quality of Life After Curative Resection for Gastric Cancer : Survey Metrics and Implications of Surgical Technique. *ELSEVIER* [Internet]. 2020;251:168–79. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.02.005>
29. Dzung Ngoc Thi Dang, Lan Ngoc Thi Nguyen, Nga Thi Dang, HuyQuang Dang and TVT. Quality of Life in Vietnamese Gastric Cancer Patients. *Biomed Res Int* [Internet]. 2019;2019. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/7167065/>
30. Burns N, Grove K GJ. *Investigación en enfermería*. 5th ed. Elseiver, editor. 2012.
31. Sousa VD, Driessnack M CMA. *Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería*. 2007.

32. Ministerio de Salud de Costa Rica. INCIDENCIA [Internet]. actualizado 2020. Available from: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/incidencia>

Anexo 1. Carta de aprobación de investigación.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
 Tel: 2547-8217/25478830 - Fax: 2256-7603
 Email: rgutierc@ccss.sa.cr / dmzumbad@ccss.sa.cr

FORMULARIO COM-II CARTA APROBACION DE INVESTIGACION

21 de octubre del 2019
 DG-3370-2019

Máster
 Melissa Rodríguez Arce
 Estudiante de Posgrado en Enfermería Oncológica
 Universidad de Costa Rica

Asunto: Aprobación del Protocolo de Investigación: N° HSJD-15-2019: *"Calidad de vida relacionada con salud de hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico en el Servicio de Oncología del Hospital San Juan de Dios, en el periodo de agosto a diciembre del año 2019"*.

Estimada Máster:

De conformidad con lo establecido por la "Modificación y adición a la Normativa para la aprobación de estudios observacionales en los Centros Asistenciales de la CCSS" el Comité Ético Científico del *Hospital San Juan de Dios* ha revisado su propuesta de investigación y considera que esta cumple con los requisitos éticos y académicos, por tanto, no posee impedimento alguno para iniciarse, por lo cual esta Dirección General procede a aprobar su desarrollo.

Número de protocolo asignado: CEC-HSJD-15-2019

Número de sesión en que se aprobó este estudio: N° CEC-HSJD-020-2019

Fecha de sesión en que se aprobó este estudio: 19 de setiembre del 2019

Nombre del investigador principal: MSc. Melissa Rodríguez Arce

Nombre de los otros subinvestigadores (si hubiera): Dra. Vivian Vilchez Barboza

Nombre del tutor(a) (si aplica): Dra. Lorena Gamboa Vindas

Nombre del centro(s) y el(los) servicio(s) donde se realizará la investigación: Hospital San Juan de Dios, Servicio de Oncología

Esta recomendación es válida hasta: 19/09/2020

Nombre de los miembros del CEC que participaron en el análisis de este estudio: Dr. Ronald Gutiérrez Cerdas, Dra. Ariana Chaves Duarte, Dra. Patricia Cordero Ulloa, Dr. Allan Ramos Esquivel, Licda. Sue Ellen Sequeira Navarro, Licda. Melissa Láscarez Abarca, Sra. Sonia Cerdas Duarte.

Anexo 2. Solicitud de enmienda.



Hospital San Juan de Dios
DIRECCIÓN GENERAL
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

175 HOSPITAL
San Juan
de Dios

27 de marzo del 2020
HSJD-048CEC-2020

Máster
Melissa Rodríguez Arce
Estudiante de Posgrado en Enfermería Oncológica
Universidad de Costa Rica

ASUNTO: SOLICITUD DE ENMIENDA

Estimada Máster:

En Sesión Extraordinaria CEC-HSJD #08-2020, celebrada el 26 de marzo del 2020, se recibió el Formulario AP-VI: SOLICITUD DE ENMIENDA del Protocolo de investigación N° CEC-HSJD-15-2019: "Calidad de vida relacionada con salud de hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico en el Servicio de Oncología del Hospital San Juan de Dios en el período de diciembre 2019, enero 2020, febrero 2020, marzo 2020, abril 2020 y mayo 2020" enviado por su persona.

Con base en:

1. La información presentada en el proyecto de investigación.
2. Revisión del cumplimiento de los requisitos establecidos.

Los miembros presentes del Comité Ético Científico del Hospital San Juan de Dios acuerdan por unanimidad aprobar dicha enmienda, sin embargo, se le recomienda considerar que debido a la situación actual del país el reclutamiento estaría limitado, por consiguiente podría necesitar replantear las fechas del estudio.

Sin otro particular, se suscribe,

Atentamente,
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Dr. Ronald Gutiérrez Cerdas
Presidente



Archivo RGC/dmzumbad

Anexo 3. Consentimiento Informado.

Formato Estándar Consentimiento Informado, SABI-CCSS Versión 17/06/2016

TÍTULO CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD DE HOMBRES Y MUJERES CON ANTECEDENTE DE CÁNCER GÁSTRICO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, EN EL PERIODO DE AGOSTO A DICIEMBRE DEL AÑO 2019.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: MELISSA RODRIGUEZ ARCE

SUBINVESTIGADORES: NO APLICA

CENTRO ASISTENCIAL Y SERVICIO: Hospital San Juan de Dios, Oncología Mujeres y Oncología Hombres

TELÉFONO DISPONIBLE 24 HORAS Y CORREO ELECTRÓNICO: Celular: 8813-1165/
melrodrian@gmail.com

Este documento que usted está empezando a leer se llama CONSENTIMIENTO INFORMADO. Mediante este documento, se le está invitando a usted a participar en un estudio de investigación.

ESTE ESTUDIO TRATA SOBRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD DE HOMBRES Y MUJERES CON ANTECEDENTE DE CÁNCER GÁSTRICO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, EN EL PERIODO DE AGOSTO A DICIEMBRE DEL AÑO 2019, SE ESPERA CONOCER COMO LAS PERSONAS CONSIDERAN SU SALUD FÍSICA Y MENTAL A PARTIR DE CONOCER SU PADECIMIENTO EN ESTUDIO.

Se le invita a usted a participar de este estudio, porque ingresó al servicio de oncología, donde profesionales de la salud le brindarán atención por su padecimiento.

Aproximadamente 30 personas tomarán parte en este estudio.

Su participación durará aproximadamente 40 minutos.

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte sus derechos como asegurado (a) de la Caja Costarricense del Seguro Social. Con su decisión, usted no renuncia a sus derechos o a la potestad de hacer algún reclamo legal.

Si usted decide participar en el estudio, a usted se le realizarán los siguientes procedimientos: una visita única: Se le entregará un consentimiento informado que será leído por la persona encargada de la investigación si así usted lo desea, de lo contrario puede ser leído por su persona, se le aclararán las dudas que usted tenga para participar en este estudio. Una vez que ha comprendido la lectura y explicación del estudio a realizar y con

Firma del participante



Formato Estándar Consentimiento Informado, SABI-CCSS Versión 17/06/2016

documento que es el consentimiento informado, posteriormente la persona responsable de la investigación le realizará un cuestionario de 36 preguntas, llamado Calidad de Vida Relacionado con Salud (SF-36 v 2), el cual mide la calidad de vida en dos componentes: salud física y salud mental. Se le solicitará ubicar sus respuestas durante el último mes.

Los posibles riesgos o molestias que usted puede experimentar durante este estudio son alguna sensibilidad emocional, como que recuerde eventos negativos ocurridos durante el proceso de enfermedad o de la vida misma, lo que podría causar un episodio poco confortable como estrés, ansiedad, tristeza, llanto. Para lo cual, la entrevistadora se preparó para dar contención en el momento, a través de una escucha empática y activa. Además, como requisito del programa del posgrado en enfermería oncológica ha debido cumplir con la materia de salud mental y con ello la intervención en crisis y la relación interpersonal de ayuda.

Si alguna pregunta del cuestionario le causa incomodidad, usted puede escoger si contesta o no.

Usted no recibirá ningún tipo de compensación económica por la participación. El beneficio que recibirá por la participación en el estudio, consiste en la obtención del resultado obtenido en el cuestionario y así conocer cómo se encuentra con respecto a su calidad de vida relacionada con salud en el último mes. Su participación será de gran ayuda para identificar las necesidades que tienen las personas al ser diagnosticadas con la enfermedad de cáncer gástrico y con ello comunicar al profesional de enfermería a cargo del paciente, para que así esa persona que será intervenida quirúrgicamente o medicamento sea valorada y permitir al equipo interdisciplinario, trabajar sobre las debilidades, inclusive fortalecer los aspectos positivos, previo al tratamiento que serán sometidos para buscar con ello mayor éxito en el tratamiento próximo. Además, fortalecerá el acercamiento del paciente con el profesional de enfermería, el cual le permitirá así expresar con confianza algunas de sus necesidades o inquietudes.

El beneficio para la sociedad, consistirá en la construcción de conocimiento científico en la temática de calidad de vida relacionada con salud en las personas diagnosticadas con cáncer gástrico. Lo cual, podrá ser incluido en los cuidados que brinda el personal de salud a éstas personas usuarias, fortalezca el trabajo en equipo interdisciplinario para satisfacer las necesidades de las personas en esta área y promover un mayor éxito en el tratamiento próximo a recibir.

El investigador y el Comité Ético Científico mantendrán los registros relacionados con este estudio de manera privada, hasta donde la ley lo permita. Su participación



Firma del participante

Formato Estándar Consentimiento Informado, SABI-CCSS Versión 17/06/2016

estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de manera anónima. Para asegurar la confidencialidad de la información recolectada en este estudio se resguardarán los datos de acceso a la información será limitado por el uso de contraseñas y otros mecanismos de protección, como: en la oficina de la investigadora principal en un mueble bajo llave y la información digital en un disco externo encriptado que se utilizará solamente para esta investigación; únicamente el equipo investigador tendrá acceso a la información una vez recolectada. Los datos serán guardados por un periodo de tiempo de 10 años. Se garantiza que los datos recolectados no se utilizarán en otras investigaciones futuras con otros fines.

Su participación en el estudio puede ser suspendida por la investigadora en el caso que no siga las instrucciones brindadas.

Si usted decide participar en el estudio, pero después de estar en él, cambia de opinión y desea retirarse, debe saber que usted no pierde ningún derecho en relación con la atención de su salud, ni cambiará la atención brindada.

La investigadora en este estudio no tiene ningún interés económico en el desarrollo del cuestionario SF 36 V2 que está siendo estudiado.

Usted puede llamar a Melissa Rodriguez Arce al teléfono 8813 11 65, si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de su participación en este estudio.

Si usted cree que ha presentado algún compromiso emocional como resultado de su participación en este estudio, por favor, comuníquese con Melissa Rodriguez Arce al teléfono 8813 11 65.

Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como participante en esta investigación, comuníquese con el Dr Ronald Gutiérrez, presidente del Comité ético Científico (CEC – HSJD, CCSS) de la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual se encuentra localizado en las instalaciones del Hospital San Juan de Dios, ubicado en San José Central, al teléfono 25478217 o a la dirección electrónica rgutienc@ccss.sa.cr. Además, usted puede comunicarse con el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS) del Ministerio de Salud al teléfono 2257 78 21.

Firma del participante



Formato Estándar Consentimiento Informado, SABI-CCSS Versión 17/06/2016

Yo he leído (o alguien ha leído para mí) la información que se detalló anteriormente. Se me ha dado la oportunidad de preguntar. Todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. He decidido, voluntariamente, firmar este documento para poder participar en este estudio de investigación.

 Nombre del participante Cédula Firma Fecha Hora a.m. / p.m.

 Nombre del testigo Cédula Firma Fecha Hora a.m. / p.m.

Yo he explicado personalmente el estudio de investigación al participante y he respondido a todas sus preguntas. Creo que él (ella) entiende la información descrita en este documento de consentimiento informado y consiente libremente en participar en esta investigación.

 Nombre del investigador/ Cédula Firma Fecha Hora a.m. / p.m.
 Persona que obtiene el consentimiento



mpio
 110370891

 Firma del participante

Anexo 4. Cuestionario SF-36 versión 2.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Fecha: _____

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD¹

Nombre: _____

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Puesto de trabajo: _____

Lugar de residencia: _____

Número de hijos: _____

Estado civil: _____

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD

1. En general, diría Ud. que *su Salud es*:

Excelente 5 Muy buena 4 Buena 3 Regular 2 Mala 1

2. Comparando su Salud con la de hace un año, ¿Como la calificaría usted en general ahora? |

Mucho mejor ahora que hace un año 5 Algo peor ahora que hace un año 2

Algo mejor ahora que hace un año 4 Mucho peor ahora que hace un año 1

Más o menos igual ahora que hace un año 3

3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal.
¿Su estado de salud actual lo/la limita para hacer esas actividades? Si es así ¿cuánto?

Actividades	Sí, me limita mucho (1)	Sí, me limita un poco (2)	No, no me limita en absoluto (3)
3.1 <u>Actividades vigorosas</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, participación en deportes intensos.			
3.2 <u>Actividades moderadas</u> , tales como mover una mesa, barrer, trapear, bailar, montar bicicleta.			
3.3 Levantar o llevar las compras del mercado.			
3.4 Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.			
3.5 Subir <u>un</u> piso por la escalera.			
3.6 Doblarse, arrodillarse o agacharse.			
3.7 Caminar <u>más de un kilómetro</u> .			
3.8 Caminar <u>varios cientos de metros</u> .			
3.9 Caminar <u>cien metros</u> .			
3.10 Bañarse o vestirse.			

4. Durante las **últimas cuatro semanas** ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales **a causa de su salud física**?

Actividades	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Algunas veces (3)	Casi nunca (4)	Nunca (5)
4.1 Ha reducido el <u>tiempo</u> que dedicaba al trabajo u otras actividades.					
4.2 <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado.					
4.3 Ha tenido limitaciones en cuanto al <u>tipo</u> de trabajo u otras actividades.					
4.4 Ha tenido <u>dificultades</u> en realizar su trabajo u otras actividades.					

5. Durante las **últimas cuatro semanas** ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales **a causa de algún problema emocional** (como sentirse deprimido/a o con ansioso/a)?

	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Algunas veces (3)	Casi nunca (4)	Nunca (5)
5.1 Ha reducido el <u>tiempo</u> que dedicaba al trabajo u otras actividades.					
5.2 <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado.					
5.3 Ha hecho su trabajo u otras actividades <u>con menos cuidado</u> de lo usual.					

6. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales normales** con la familia, amigos, vecinos o grupos?

Nada 5 Un poco 4 Más o menos 3 Mucho 2 Demasiado 1

7. ¿Cuánto dolor **físico** ha tenido usted durante las **últimas cuatro semanas**?

Ningún Dolor 5 Muy poco 4 Poco 3 Moderado 2 Severo 1 Muy severo 0

8. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada 5 Un poco 4 Más o menos 3 Mucho 2 Demasiado 1

9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted **durante las últimas cuatro semanas**. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo **durante las últimas cuatro semanas**...?

	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca
9.1 Se ha sentido lleno/a de vida?	5	4	3	2	1
9.2 Se ha sentido muy nervioso/a?	1	2	3	4	5
9.3 Se ha sentido tan decaído/a que nada podía alentar/a?	1	2	3	4	5
9.4 Se ha sentido tranquilo/a y sosegado/a?	5	4	3	2	1
9.5 Ha tenido mucha energía?	5	4	3	2	1
9.6 Se ha sentido desanimado/a y deprimido/a?	1	2	3	4	5
9.7 Se ha sentido agotado/a?	1	2	3	4	5
9.8 Se ha sentido feliz?	5	4	3	2	1
9.9 Se ha sentido cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante las **últimas cuatro semanas** ¿cuánto tiempo su **salud física o sus problemas emocionales** han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre 1 Casi siempre 2 Algunas veces 3 Casi nunca 4 Nunca 5

11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
11.1 Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.	1	2	3	4	5
11.2 Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.	5	4	3	2	1
11.3 Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
11.4 Mi salud es excelente.	5	4	3	2	1

¹Instrumento validado para Costa Rica:

- Cuestionario SF-36, versión 2. Calidad de Vida Relacionada con Salud. Validado por el INEC.

Anexo 5. Carta de aprobación filológica

Carta de aprobación filológica.

San José, 15 de enero del 2021

Señores
Escuela de Enfermería
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

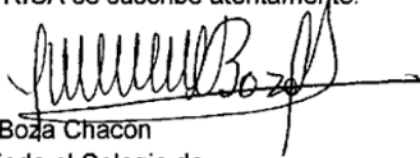
Estimados señores:

Yo, Mario Boza Chacón, mayor, casado, Filólogo, incorporado al Colegio de **Licenciados y Profesores**, con el número de carné **5034**, vecino de **Coronado**, portador de la cédula de identidad **103580444**, hago constar:

Que he revisado el trabajo final de graduación para optar al grado de Maestría Profesional en Enfermería Oncológica, denominado Calidad de Vida Relacionada con Salud de hombres y mujeres con antecedente de cáncer gástrico en el servicio de oncología del Hospital San Juan de Dios, en el periodo de diciembre del año 2019, enero 2020, febrero 2020, marzo 2020, abril 2020 y mayo 2020.

1. Que el trabajo final de graduación es sustentado por el estudiante Melissa Rodríguez Arce B79457.
2. Que se le han hecho las correcciones pertinentes en acentuación, ortografía, puntuación, concordancia gramatical y otras del campo filológico.

En espera que mi participación satisfaga los requerimientos de la UNIVERSIDAD DE COSTA RICA se suscribe atentamente.



Prof. Mario Boza Chacón
Filólogo Afiliado al Colegio de
Licenciados y Profesores