

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC A.C.
ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR EL ACUERDO NO.3219-25
CON FECHA 13-VI-1997 DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA



ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD DEL CANCER DE LOS
FAMILIARES DE ENFERMOS DE CÁNCER TERMINAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

DANIELA LETICIA RAMÍREZ RODRÍGUEZ

México D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC A.C.
ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR EL ACUERDO NO.3219-25
CON FECHA 13-VI-1997 DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA



ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD DEL CANCER DE LOS
FAMILIARES DE ENFERMOS DE CÁNCER TERMINAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

DANIELA LETICIA RAMÍREZ RODRÍGUEZ

ASESOR

BERTILA CHAROLLET HERNÁNDEZ
CÉDULA PROFESIONAL No.2693265

México D.F.

2009

AGRADECIMIENTOS

En ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es total: es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de otros) y espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida, en su conjunto, duele.

J Montoya Carrasquilla

A mis padres

Martha G. Rodríguez y Juan Jorge Ramírez.

Con todo mi amor, cariño y respeto, a ti mamá, gracias por velar mis sueños, por tus esfuerzos y sacrificios. Recuerden que yo trato de ser parte de sus sueños cumplidos, y ahora juntos hemos logrado éste. “Gracias”, es poco para decirles cuanto les agradezco todo cuanto han hecho por mí, pero ustedes al verme, descubrirán la profunda gratitud que les tengo.

A mi hermana y hermano.

Por compartir los momentos difíciles, pero sobre todo los felices, gracias de todo corazón.

A ti hermana porque de muchas maneras me haz dado tu apoyo, amor y fortaleza para lograr la culminación de esta meta.

A Iván

Gracias por representar más de lo que puedo escribir, por ser parte fundamental para el logro de éste sueño; por tu paciencia, comprensión y amor, ¡gracias!

A mis primos.

Porque desde pequeños aprendimos juntos a perseguir nuestros sueños y éste es uno de ellos que quiero compartir con ustedes, los quiero, Dany, René y Edgar.

A mis tíos

Por todo el interés, la confianza y el apoyo que me han brindado desde pequeña.
Gracias Mago y Gera

Para mis amigas

Por compartir conmigo sus palabras de aliento y sus críticas constructivas, por su motivación y nuestras vivencias, por que la amistad no se divide. Gracias por su amistad sincera y desinteresada.

A mi asesora de Tesis

Por su valiosa dirección académica, y por la confianza brindada desde el principio de este trabajo, gracias Berty.

RESUMEN

Dentro de esta investigación se abordarán diversos temas, pero todos ellos centrados en el familiar de un enfermo terminal de cáncer.

Se explicará la actitud que este familiar presenta con respecto a la enfermedad de su paciente.

De igual forma se tratarán temas relacionados para poder explicar el por qué de la actitud que presenta este familiar. Temas tales como actitud, explicando entre otras cosas su definición, también se hablará del cáncer, mencionando los tipos que existen, causas y tratamientos.

Debido a que la familia juega un papel primordial dentro de esta investigación, se abordará este tema explicando, entre otras cosas, el rol del familiar en el cuidado de un enfermo de cáncer terminal.

Para poder abordar estos temas se partirá desde la pregunta de investigación: ¿Cuál es la actitud que presenta un familiar de un enfermo terminal de cáncer con respecto a la enfermedad de su paciente?

El objetivo principal de la investigación es Identificar la actitud de los familiares de enfermos de cáncer terminal ante la situación de su paciente.

Para lograr lo anterior se realizó un instrumento que mide la actitud que presentan los familiares de los pacientes de enfermos terminales de cáncer, el cual fue aplicado a una población de 60 personas del Hospital La Raza, específicamente en el área de oncología.

Una vez terminada la aplicación se realizó el tratamiento estadístico, el cual consistió en un Análisis de varianza Anova, que permite diferenciar entre grupos con una característica particular.

Como conclusión se obtuvo que los familiares de los enfermos de Cáncer en una etapa terminal presentan una actitud disonante, es decir, se descubrió que los sujetos piensan de una forma determinada y actúan de otra.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	I
CAPÍTULO I. ACTITUDES	1
1.1 Definición	2
1.2 Teoría del Aprendizaje Social	5
1.3 Teoría de la Disonancia Cognoscitiva	6
1.4 Componentes de las Actitudes	7
1.5 Medición de las actitudes	11
CAPÍTULO II. CÁNCER	15
2.1 Definición de Cáncer	16
2.2 Clasificación	20
2.3 Síntomas	27
2.4 Causas	31
2.5 Tratamiento	37
2.5.1 Tratamientos Médicos o clínicos	37
2.5.2 Tratamientos alternativos	39
CAPÍTULO III. FAMILIA	41
3.1 Definición de Familia	42
3.2 Tipos de Familia	45
3.3 Personalidad de la Familia	50
3.3.1 Familia Rígida	50
3.3.2 Familia sobre protectora	51
3.3.3 Familia Centrada en los hijos	51
3.3.4 Familia Permisiva	52
3.3.5 Familia Inestable	52
3.3.6 Familia Estable	53

3.4 Familia en Proceso de duelo	53
3.5 Duelo Ante la Enfermedad del Cáncer	58
3.6 Etapas del Desarrollo de los Familiares de los Enfermos de Cáncer Terminal	59
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA Y RESULTADOS	61
4.1 Paradigma de Investigación	62
4.2 Tipo de Estudio	62
4.3 Planteamiento de Problema	63
4.4 Objetivo General	63
4.5 Objetivos Particulares	63
4.6 Hipótesis	64
4.7 Definición de Variables	65
4.8 Instrumento	65
4.8.1 Descripción del Instrumento	65
4.8.2 Confiabilidad	66
4.8.3 Validez	66
4.9 Muestra	66
4.10 Resultados	69
4.10.1 Rango de Resultados	69
4.10.2 Análisis de Resultados	70
4.11 Análisis de Reactivos	73
CONCLUSIONES	153
BIBLIOGRAFÍA	159
ANEXOS	162

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la enfermedad del cáncer ha ido en aumento en las últimas décadas, y por supuesto México no ha sido la excepción.

Si bien es cierto que los adelantos médicos en cuanto a esta enfermedad han sido muchos y muy satisfactorios, también es verdad que diariamente en todos los hospitales, muchas personas tienen que escuchar un diagnóstico desalentador: “Ya no tiene cura su enfermedad,” es decir, se encuentran en un estado clínicamente terminal.

Sin embargo, en los hospitales generalmente no se le da la importancia que requiere a los familiares de enfermos de cáncer terminal. En la mayoría de los casos, dichos familiares se encuentran confundidos y desorientados con respecto a la enfermedad de su paciente, en otros, las personas desesperadas, buscan la cura de su familiar en la medicina alternativa logrando únicamente hacerse falsas esperanzas pensando que su paciente podría salvarse, incluso por algún milagro.

Por otro lado, los médicos especialistas juegan un papel determinante en el proceso de la enfermedad, es por ello que es indispensable formar conciencia en estos profesionales, ya que algunos sólo ven al paciente como una persona más que pronto perderá la vida; en la mayoría de los casos, nunca se ponen a reflexionar que este paciente tiene hijos, esposa, y otros familiares que están sufriendo, por ende, no se preocupan por cómo es que dichas personas están percibiendo la enfermedad de su familiar, en cómo les puede afectar en sus vidas cotidianas;

los doctores sólo se concretan en dar el diagnóstico de una manera fría y distante, y no sugieren a estos familiares la búsqueda de ayuda psicológica; de hecho pocos son los hospitales que cuentan con departamento de psicología.

Ahora bien, los familiares no saben cómo actuar ante la cama de un paciente de cáncer terminal, no saben qué decirle, cómo animarlo, se encuentran totalmente desorientados, surgen dudas de todo tipo, desde las relacionadas con la salud del enfermo hasta con la nueva dinámica de la familia.

El no saber qué sucederá después de la muerte de esta persona, propicia el surgimiento de sentimientos de angustia, enojo, culpa, entre otros muchos.

Es por ello que a partir de esta investigación y la posterior elaboración del instrumento de medición de las actitudes que presenta un familiar de un enfermo de cáncer terminal; se pretende brindar al especialista en psicología un instrumento que le permita ubicar el tipo de actitud que está presentando determinado familiar y que posteriormente se pueda intervenir de una forma adecuada.

Para ello se partirá de la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la actitud que presenta un familiar de un enfermo terminal de cáncer con respecto a la enfermedad de su paciente?

De igual forma se realizará una investigación acerca de los conceptos, definiciones, características y generalidades de cada uno de los elementos presentes en este documento.

El objetivo principal de la investigación es Identificar la actitud de los familiares de enfermos de cáncer terminal ante la situación de su paciente.

Para lograr lo anterior se realizó un instrumento que mide la actitud que presentan los familiares de los pacientes de enfermos terminales de cáncer, el cual fue aplicado a una población de 60 personas del Hospital La Raza, específicamente en el área de oncología.

Una vez terminada la aplicación se realizó el tratamiento estadístico, el cual consistió en un Análisis de varianza Anova, que permite diferenciar entre diferentes grupos con una característica particular.

Por lo tanto, en el primer capítulo se aborda el tema de las actitudes mencionando las diferentes definiciones que existen de acuerdo a los autores más representativos del tema, las teorías de las actitudes, así como los componentes de ésta. Dentro de este mismo capítulo se hablará acerca del término disonancia cognoscitiva el cual es crucial para nuestra investigación.

Posteriormente, en el capítulo dos, se tratará el tema del cáncer exponiendo algunos aspectos de la enfermedad como son definición, tipos de cáncer y tratamiento; dentro de este capítulo se hablará acerca del duelo, proceso fundamental por el que pasa un familiar de un enfermo de cáncer terminal.

En el siguiente capítulo se hablará acerca de la familia, exponiendo principalmente su definición, los tipos de familia y las características de una familia que atraviesa un proceso de duelo.

Finalmente, en el capítulo cuatro se expondrá la metodología, es decir la forma en la que se construyó el instrumento de medición, así como los resultados, el tratamiento estadístico que se les dio y el análisis de los reactivos.

Por último, se explicarán las conclusiones a las que se llegaron después de conocer los resultados de la investigación.

La importancia que tiene este trabajo dentro de la psicología es el brindar un instrumento útil a los profesionales de la salud mental que les ayude a detectar la actitud que presenta un familiar de un enfermo de cáncer terminal, y que de esta forma puedan hacer una intervención, ayudando al familiar en el proceso de duelo y a mejorar su calidad de vida, la de su familia e incluso la del enfermo.

CAPÍTULO I. ACTITUDES

Una actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable hacia un objeto o sus símbolos (Fishbein 1975 citado por Hernández, 2003) es por ello que los seres humanos presentamos actitudes hacia diferentes situaciones, objetos, temas, personas, entre otras cosas.

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos con los que se están en contacto (Hernández, 2003)

1.1 Definición

Para poder hablar de actitudes es esencial conocer su definición; para esto se han encontrado y citado; algunas de éstas, las cuales pertenecen a diferentes autores:

Uno de los principales exponentes de la teoría de las actitudes es sin duda Allport, (1935) quien define a las actitudes como “un estado mental y neurológico y de atención, organizado a través de la experiencia y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con que éste esté relacionado” (Citado por Rodríguez, 1996, p.69)

Catell (2002) da una de las definiciones más completas acerca de este tópico y dice que las actitudes “son intereses, emociones, y comportamientos hacia una persona, objeto o acontecimiento” (citado por Shultz, p.487)

Thurstone (1928) define a la actitud como la intensidad de efecto a favor o en contra de un evento psicológico, así mismo, la define como la suma de las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, sesgos, ideas preconcebidas, miedos,

amenazas y convicciones acerca de un determinado asunto. (citado por Rodríguez, 1996)

Coon (1998) menciona en su libro que las actitudes están relacionadas con las creencias, también dice que “las actitudes resumen la experiencia previa” predicen y dirigen las acciones futuras” (p. 321)

Otro de los autores dedicados a estudiar las actitudes es Rockeach (1932), éste define a las actitudes como “Una organización de creencias interrelacionadas, relativamente duradera que describe, evalúa, y recomienda una determinada acción con respecto a un objeto o situación, siendo así que cada creencia tiene componentes cognitivos, afectivos y de conducta.” (Citado en Casas, 1999 p.57)

Por otro lado, en el Diccionario de Psicología se menciona que las actitudes son una “disposición relativamente constante para responder de cierta manera particular a las situaciones del mundo por el residuo de experiencia pasada que de algún modo, guía, orienta, influye, de una u otra forma en el comportamiento” (Galimberti, 2006, p 12)

Es importante mencionar que el término de actitud fue introducido en el ámbito de la psicología social por Thomas y Znaniecki en 1918 (Citados por Anastasio, 1998), y en ese momento se conocía como actitud social, esto con la finalidad de explicar las diferencias que existen en la vida cotidiana entre los campesinos polacos que residen en Polonia y los que residen en los Estados Unidos. Al realizar las conclusiones de esta investigación, lograron definir a las actitudes como la predisposición organizada para pensar, sentir, percibir, y comportarse en cierta forma

ante un referente o un objetivo cognoscitivo, éste se refiere a una categoría, clase o conjunto de fenómenos.

Todo lo anterior se ve resumido en la definición dada por Zenna y Rampel (1998), quienes definen a la actitud como “la categorización de un estímulo u objeto a lo largo de una dimensión evaluativa basadas en tres clases generales de información, a saber, cognoscitiva, emocional y afectiva” (Morales, 1992, citado por Trejo, 2006, p 17) a estas clases de información el autor agrega una más, que se refiere a la información de los acontecimientos pasados, es decir, las experiencias.

Debido a que la definición citada anteriormente resume, la mayoría de las ideas de las otras definiciones, ésta es la que se tomará para los fines de esta investigación, además, de que se trata de una definición completa y fácil de entender.

El concepto de actitud se basa en un campo fundamental que es la psicología social, en ésta es en donde Allport se basa para realizar sus estudios y llega a la conclusión que la actitud social es compartida y favorece los intereses sociales por encima de los individuales.

Es importante mencionar que una actitud también se forma a partir de nuestro grupo de inferencia, estos grupos son, como su nombre lo indica los que infieren directamente sobre nosotros como la familia o la sociedad, por lo que se torna de gran importancia la teoría del aprendizaje social.

1.2 Teoría del Aprendizaje Social

Según el Diccionario de Psicología el “aprendizaje social se realiza en la frecuentación de la sociedad, a través de continuos procesos de adaptación al medio en el que se encuentra el individuo”. (Galimberti, 2006, p 109)

La teoría del aprendizaje fue formulada por Albert Bandura (1977), éste asegura que al aprender recibimos nuevos conocimientos, y que a partir de éstos se forman las ideas, también se pueden formar sentimientos pero sobre todo conductas, éstas se pueden ir reforzando mediante experiencias agradables, lo cual propiciará que se repitan.

Esta teoría está basada en las cosas que ha vivido cada persona, es decir, en las experiencias. A este respecto Bandura (1977) asegura que “las personas evalúan una situación de acuerdo con ciertas expectativas internas y esta evaluación tiene un efecto sobre su conducta” (Citado por Myers 2000, p 369)

Esto quiere decir que las expectativas influyen de manera radical en la conducta, es decir “las expectativas moldean la conducta en una situación dada y la conducta en esa situación moldea las expectativas en situaciones futuras” (Morris 1997, p 369)

por ejemplo, una persona que tiene problemas en alguna materia del colegio, no tendrá las mismas expectativas en el examen final, que alguien que ha mantenido un buen promedio durante todo el curso, ya que esta última lo ve como una posibilidad de fracaso.

De igual forma, Bandura hace referencia a la importancia del uso de las representaciones mentales para poder comprender el proceso de imitación ya que el asegura que el aprendizaje social se da gracias a la imitación.

Además tiene sus bases en la transmisión cultural y esto permite que las habilidades, pensamientos, costumbres, religión, entre otras cosas, sean transmitidas de un miembro de la comunidad a otro, incluso de generación en generación. (Echegoyen, 2004)

A pesar de lo anterior, existen algunas ocasiones en la que solemos pensar una cosa pero actuamos de una manera completamente diferente a lo que pensamos, a esto se le conoce como disonancia cognoscitiva

1.3 Teoría de la Disonancia Cognoscitiva

La segunda teoría importante es la de la Disonancia Cognitiva, “el término fue introducido por L. Festinger esto con la finalidad de describir la condición de individuos, cuyas creencias, nociones y opiniones contrastan entre sí” (Diccionario de Psicología, 2006, p.340).

Según Festinger (1934) la disonancia puede ser causada por tres motivos principales, la primera razón es por la existencia de una incoherencia lógica entre dos opiniones incompatibles, la segunda razón es debido a que las costumbres pueden estar en contraste, es decir, ser diferentes al contexto en el que se está funcionando. Y la tercera razón es atribuida a las experiencias que hayan sido experimentadas por el sujeto, las cuales crearon convicciones que se adaptan mal al sujeto.

En todos los casos, menciona Festinger, “la presencia de la disonancia hace surgir presiones para reducirla o eliminarla” lo anterior se refiere a que la disonancia actúa de la misma manera que un impulso. (Citado por Galimberti, 2006, p.341)

1.4 Componentes de las actitudes

Rosenberg (1960) intentó conformar el concepto de actitud partiendo de un modelo tripartita, también conocido como el de los tres componentes. Una persona es capaz de responder de tres maneras diferentes ante lo que él llama un estímulo “actitudinal” (Kerlinger, 1997).

La primera forma de respuesta es la cognoscitiva, la cual está compuesta por creencias relevantes acerca de un objeto; la respuesta evaluativa es en la que convergen sentimientos hacia un objeto y la tercera es la conductual, en la cuál también intervienen intenciones de comportarse ante dicho objeto de una manera determinada.

Coincidiendo con lo anterior, Whittaker (1979) piensa que las actitudes están formadas a partir de tres elementos que son el cognoscitivo, el afectivo y el conductual.

Por su parte, Arreola (1995) propone que una actitud hacia algo tiene, de igual forma tres componentes principales, sin embargo, los nombra de una manera distinta, coincidiendo en conceptos con sus antecesores. Los componentes que propone son: ideas acerca del objeto, sentimientos hacia él y tendencias conductuales hacia él.

Arreola (1995) realiza una clasificación acerca de lo que se puede encontrar en cada componente, en el primero, que es el de las ideas, se incluyen hechos, opiniones y el conocimiento general del objeto; entre los sentimientos se incluyen el amor, el odio, simpatía aversión y otros sentimientos más; mientras que en las tendencias conductuales se encuentran las inclinaciones a obrar de determinada manera frente al objeto, acercarse a él, rehuirlo, entre otras.

A continuación se explica cada uno de los componentes de las actitudes:

a) Componente Cognitivo.

Whittaker (1989) menciona que se necesita la representación cognoscitiva de una imagen para poder formarnos una actitud sobre ella.

Mann (1972) (citado por Kerlinger 1997) señala que este componente consiste en la percepción del individuo, sus creencias, y estereotipos, todo esto engloba las ideas que se tengan con respecto del objeto. También se refiere a la cantidad de información con la que cuenta la persona acerca de un objeto específico.

Por ejemplo, cuando se piensa en la muerte, la primera imagen que se le puede venir a la mente a determinada persona es un panteón.

b) Componente Afectivo

Algunos autores como Mann designan a este componente como afectivo mientras que otros lo llaman sentimental, sin embargo, la única diferencia encontrada entre ambos es solo el término, ya que ambos conceptos señalan situaciones referentes a emociones y sentimientos que están vinculados a un objeto.

Según algunos teóricos como Fishbein (1962) y Raven (1965) el aspecto afectivo es el único componente con el que está formado una actitud, incluso definen a la actitud como “como un sentimiento que a favor o en contra de un objeto, tiene una persona” (p.34)

c) Componente Conductual.

Como su nombre lo indica, tiene que ver con la conducta de una persona hacia un objeto. Por ejemplo, el tener miedo a las alturas, evitará a toda costa exponerse a situaciones donde la altura éste presente para evitar el miedo.

Según Whittaker (1979) los psicólogos sociales aseguran que las actitudes tienen un componente activo que produce conductas congruentes con las cogniciones y los afectos relacionados con el objeto de actitud, sostienen la idea de que una actitud está formada por los tres componentes antes mencionados.

Por otro lado, Martínez (1995) menciona que la estructura de una actitud está determinada por la forma en que se relacionan los tres componentes.

Además de estos componentes, Arreola (1995) afirma que una actitud se puede formar también por la imitación, por ejemplo, los niños que remedan los actos de sus padres, de esto también pueden imitar sus actitudes, sin embargo, los padres no son la única fuente de imitación, sino que también la pueden adquirir de sus maestros, compañeros de clases y en los últimos años de los personajes de la televisión.

A este respecto Hartman y Husband, han demostrado que sin que exista una experiencia personal, los niños son capaces de formar actitudes sociales a partir de lo que ven en la televisión. (citados por Arreola, 1995)

No solo por medio de la televisión se ve influenciada la aparición de las actitudes, sino también por los demás medios masivos de comunicación, como son el radio, periódico y revistas, las cuales tienen mucha influencia sobre los adolescentes.

Otra forma como se pueden formar las actitudes es gracias al aprendizaje fortuito, éste es un aprendizaje que está dado gracias al azar o a las coincidencias (Osmon y Zanna, 1993).

1.5 Medición de las actitudes

Según Lindergen (1982) no es posible observar de forma directa a las actitudes, pero lo que se puede hacer es inferirlas de una conducta, y esto mediante la observación de la respuesta del individuo hacia determinado objeto o a través de otras formas como pueden ser sus apercpciones o bien expresiones verbales.

Por lo general es muy complicado utilizar la observación de la vida cotidiana de una persona, es por ello que sería más eficaz basarse en las declaraciones verbales, las cuales pueden ser escritas u orales. A este respecto Coon (1998) menciona que el uso de una entrevista basada en preguntas abiertas es factible para medir actitudes.

El método escrito también tiene un buen número de ventajas ya que es posible reunir mucha información en poco tiempo, otra ventaja que tiene es que los resultados pueden ser analizados más fácilmente a través de la estadística, además son los medios de medición más usados por los psicólogos sociales.

Las actitudes pueden ser medidas de distintas maneras. Otra de las citadas por Coon (1998) es la escala de la distancia social, la cual es aplicable a grupos sociales. “en estas escalas, las personas declaran su disposición de admitir miembros de un grupo particular en varios niveles de cercanía social” (Coon, 1998, p. 679)

Para medir las actitudes se toman en cuenta cuatro aspectos que son los mencionados por Lindgren (1982) que se explica a continuación.

a. El primer aspecto es la dirección, y aquí se toma en cuenta si la actitud está en pro o en contra del sujeto, persona o acontecimiento en que se centra.

b. La intensidad o la fuerza es el siguiente aspecto, pero no menos importante, puede ser apreciada de varias formas. Indicando la propia posición de en la escala graduada de valores, seleccionando una respuesta entre varias cuya intensidad va de fuerte a ligera.

c. Algunas veces los investigadores se ven interesados en la centralidad de una actitud, el cual es el siguiente aspecto, aquí intentan medir si se aproxima al centro de un sistema de actitudes y valores que son sumamente importantes para el bienestar y los objetivos del individuo y si ocupa una posición fundamental.

d. El último aspecto es la prominencia, esto se refiere al grado con que un individuo destaca una actitud determinada, se relaciona con la centralidad y la intensidad.

- e. Las actitudes son solo un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí, es por eso que las mediciones deben ser tomadas en cuenta como un síntoma y no como un hecho (Padua, 2000).

La forma más usual de medir actitudes es a través del uso de las escalas de actitud, las más comunes son la Escala tipo Lickert, Tipo Osgood, también conocida como escala del diferencial semántico y, por último, la escala tipo Guttman.

a) Escala Tipo Lickert

A pesar de que este método fue creado a principios de los años 30's, es un método que sigue vigente y muy probablemente el más usado, éste fue creado por Rensis Lickert.

Éste “consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se piden las reacciones de los sujetos” (Hernández Sampieri, 2003, p.368)

Se construye en función a una serie de afirmaciones que buscan medir y ejemplificar situaciones, emociones, sentimientos, o acciones sobre un objeto cosa en general.

El sujeto deberá elegir uno de los cinco puntos que están planteados en la escala, cada uno de estos puntos tiene un valor previamente asignado, de esta forma el sujeto recibe una puntuación de acuerdo a lo que éste puede seleccionar, y sumando cada una de estas puntuaciones se obtiene una calificación final.

Estas afirmaciones deben tener una dirección, ya sea afirmativa o negativa, si dicha afirmación resulta ser positiva, se debe calificar positivamente, por lo que cuanto más positiva sea su respuesta más positiva será la actitud (Hernández Sampieri, 2003, p. 370).

b) Escala Tipo Osgood

También conocida como escala del diferencial semántico, fue creada por Osgood en 1957, esta escala “consiste en una serie de adjetivos extremos que califican al objeto de actitud ante los cuales se solicita la reacción del sujeto”. (Hernández Sampieri, 2003, p. 379)

Generalmente esta escala requiere que el sujeto evalúe un objeto con base en una escala de clasificación.

En las instrucciones se les solicita los sujetos que marquen el espacio en blanco que refleje su posición ante un objeto en particular, esto se hace mediante adjetivos bipolares, como se había mencionado.

El mayor riesgo de este estilo de medición se presenta en la necesidad de obtener los adjetivos o frases bipolares exactas para el objeto de estudio.

La limitación del diferencial semántico se relaciona con el registro de que las escalas deben estar compuestas por adjetivos o frases bipolares exactas.

CAPÍTULO II. CÁNCER

2.1 Definición de Cáncer

Debido a que este documento de investigación está enfocado a los familiares de las personas que padecen cáncer, es de suma importancia conocer sobre esta terrible enfermedad, causas, síntomas y tipos de ésta. Con ello se pretende que los familiares entiendan que está pasando en el organismo del familiar enfermo de cáncer.

Para poder comprender la magnitud que esta enfermedad ha alcanzado en las últimas décadas, se revisarán algunas cifras: “En México (1993) se registraron 44,951 casos de cáncer, ocupando el segundo lugar dentro de las causas de mortalidad en la población en general; de igual forma ocupó el sexto lugar en niños preescolares, el segundo en niños de 5 a 14 años, el tercero en personas de 15 a 44 años y el primero en personas de 45 a 64 años.” (Higashida, 1996, p. 443)

Es necesario saber que los seres humanos se encuentran formados por el elemento básico de la vida que son las células, el cuerpo humano cuenta con trillones de éstas, hasta el momento clasificadas en 200 tipos aproximadamente (Hartmann,2005) entonces, éstas, junto con el tejido conjuntivo y los líquidos de sostén dan forma a los diversos órganos con los que cuenta el ser humano (Grolier, 2001)

Las células antes mencionadas son “susceptibles a la irritabilidad, contracción, crecimiento, metabolismo, y con ello a multiplicarse a una velocidad lenta y uniforme donde poseen una función definida como social en el organismo” (Grolier, 2001, p. 128)

La Enciclopedia Encarta (2000) define a esta enfermedad como “un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.”

Estas células son capaces de extenderse a diferentes partes del cuerpo, esto lo hacen a través de un proceso llamado metástasis.

Lo anterior quiere decir que las células del tumor original son capaces de viajar a través del torrente sanguíneo, vasos linfáticos o dentro de pecho, abdomen o pelvis, provocando la formación de nuevos tumores en otra parte del cuerpo.

De acuerdo a lo anterior el Dr. Zomeño, especialista en oncología, definió al cáncer como “una enfermedad no única, sino un conjunto de enfermedades que tienen en común el que algunas células del cuerpo proliferan de forma incontrolada provocando problemas en su lugar de origen y en otros órganos” (Zomeño, 2000 citado por Cedillo, 2006, p.14)

Esta enfermedad puede originarse en cualquier tipo de célula y en cualquier tejido corporal, pero no es una sola enfermedad sino un conjunto de éstas que se pueden clasificar de acuerdo al tejido y a la célula donde se originen (Enciclopedia Encarta, 2000).

En los diferentes cánceres humanos lo que ocurre es que una de las células del organismo se encuentra alterada y esto provoca que se multiplique en repetidas ocasiones produciendo millones de células hijas que de igual forma se encuentran alteradas, incluso estas células pueden expandirse al resto del cuerpo e invadirlo completamente.

De acuerdo a la definición que da el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cáncer “Es el crecimiento anormal e incontrolado de células en alguna parte específica del cuerpo, este tipo de degeneración puede darse en varias partes del organismo por lo que existen varios tipos de cáncer”.

Para poder comprender mejor lo que es el cáncer es necesario explicar primeramente el comportamiento de una célula sana: por lo general las células crecen y se dividen para producir más, pero sólo cuando el cuerpo lo necesita, “este proceso se lleva a cabo de acuerdo a un programa genético e instrucciones que son únicas para cada tipo de célula” (Hartmann, 2005, p. 19)

Mientras la célula está creciendo poco a poco se acomoda con las ya existentes, cuando está madura, “realiza la tarea para la que está genéticamente programada” (Hartmann, 2005, p. 19), a lo largo del tiempo la célula muere y le cede su lugar a una joven.

Gracias a este proceso, las células mantienen el cuerpo sano y equilibrado. Las funciones anteriormente mencionadas las realizan debido a que están “equipadas” con mecanismos que utilizan para prevenir que su reproducción no se vea alterada,

esto quiere decir que no se realicen demasiadas copias de ellas o que estas copias sean defectuosas, un ejemplo de esto es que las células están programadas para morir después de cierto número de repeticiones.

Los defectos que se presentan en la mayoría de las ocasiones son debido a factores externos al organismo como el consumo del tabaco, radiaciones, o bien por el ataque de algún virus. (Alatorre, 2004)

A pesar de lo anterior, en algunas ocasiones el comportamiento de las células se vuelve anormal, el desarrollo de estas células anormales, “es un proceso complejo llamado *carcinógenesis*” (Hartmann, 2005)

Según Alatorre (2004) éste comienza con el crecimiento desmedido de las células, posteriormente se acumulan dentro de una masa de tejido llamado neoplasia o tumor, que por lo general invade e incluso destruye el tejido normal.

Es importante mencionar que a pesar que una célula anormal surge de una normal, su comportamiento no es el mismo; Hartmann (2005) califica el comportamiento de las células anormales como anarquista y desorganizado.

Debido a estas diferencias que se encuentran entre una y otra, es importante mencionar cuáles son las características principales de las células cancerosas:

- *Proporcionan sus propias señales de crecimiento:* generalmente las células normales reciben las señales de crecimiento de otras o bien de las hormonas, pero las anormales, generan sus propias señales, e incluso forzan a sus propias vecinas a producir factores que estimulen su desarrollo.

- *Dejan de responder a las señales anti crecimiento provenientes de las células circundantes:* esto quiere decir que las células anormales no obedecen los mensajes moleculares encargados de detener el crecimiento.
- *Desarrollan su propio aporte sanguíneo:* “un tumor obtiene sus nutrientes y oxígeno de nuevos vasos sanguíneos y lo hace mediante un proceso llamado angiogénesis” (Hartmann, 2005, p.23)
- *No se autodestruyen:* mientras que las células normales tienen un ciclo de vida normal, es decir nacen, crecen, se reproducen, envejecen y finalmente mueren, las cancerosas, parecen ser inmortales, “esta resistencia a la muerte celular es lo que caracteriza a la mayoría de los tipos de cáncer” (Hartmann, 2005, p.23)

2.2 Clasificación

Debido a la creciente en la cifra de las personas enfermas de cáncer en los últimos años y a la aparición de diversos tipos de esta enfermedad, los doctores se han dado a la tarea de organizar y clasificar los diferentes tumores, esto con el fin de tener una guía útil, que consta de tratamiento, síntomas, características, entre otras cuestiones, para los pacientes y para los mismos doctores:

En la siguiente clasificación se divide en tres a los tumores cancerígenos:

- Dependiendo de su lugar de origen, por ejemplo de pulmón, mama, próstata, páncreas, entre otros.
- Del tejido o célula del cual procedan. De acuerdo con esta clasificación, se encuentran los siguientes grupos de tumores malignos:

- ❖ Los *carcinomas*; este tipo de tumor es considerado el más frecuente, y tiene su origen en los tejidos epiteliales como la piel y los tejidos que cubren las cavidades corporales, además de los tejidos glandulares de la mama y la próstata (Enciclopedia Encarta, 2000). Estos se dividen a su vez en tres tipos: los epidermoides, estos se desarrollan más frecuentemente en la boca, la laringe, faringe y el cuello del útero. Otro tipo es el llamado grupo de los adenocarcinomas, estos se desarrollan principalmente en las glándulas mamarias, próstata, estómago, riñón, colón y recto. El último grupo es el denominado carcinoma *in situ* que es cuando el tumor no se ha extendido y no ha producido metástasis; ésta se define como la capacidad que tienen las células del cáncer de penetrar en los vasos sanguíneos y linfáticos para circular a través del aparato circulatorio y después crear un nuevo foco en tejidos normales del cuerpo (Wikipedia, recuperado el 26 de julio de 2007).
- ❖ Los *sarcomas*, estos son otro tipo de tumor maligno, se localizan generalmente en el tejido conjuntivo, el cual se encuentra en todo el cuerpo, por lo que los tumores aparecen en cualquier parte, sin embargo, este tipo es poco frecuente.
- ❖ Las *leucemias y linfomas*: dentro de este subtipo se encuentran los cánceres que afectan a los tejidos formadores de las células sanguíneas, generalmente producen inflamación de los ganglios linfáticos, inflamación del vaso y médula ósea, de igual forma permiten la sobreproducción de células blancas inmaduras.

Como se mencionó anteriormente, existen diversas clasificaciones de esta enfermedad, otra de ellas es la publicada por el folleto electrónico del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, (2007) que menciona los diferentes tipos de cáncer tomando como base la parte del cuerpo que es afectada, entre los tipos mencionados en dicho folleto se encuentran los siguientes; antes se muestra la definición:

El IMSS define al cáncer como “Un crecimiento anormal e incontrolado de las células, localizado en alguna parte específica del cuerpo, este puede darse en varias partes del organismo” (IMSS, recuperado el 30 de julio de 2007) a partir de esta definición considera alguno de los siguientes tipos de cáncer, aunque existe una gran variedad de estos, es importante aclarar que los que se mencionarán a continuación son los más comunes en nuestro país.

- ❖ *Cáncer de colon*; éste afecta principalmente al intestino grueso, o a la parte inferior del sistema digestivo, este tipo de cáncer es común en muchos países, sin embargo, es complicado detectarlo ya que por lo general no presenta síntomas, en algunas ocasiones es posible que aparezcan ciertas características que es importante hacerlas notar, por ejemplo: cambios en los hábitos de evacuaciones, sangre en el excremento, cólicos continuos y gases o dolores abdominales. Este tipo de cáncer puede ser prevenido si se cuenta con algunos cuidados como puede ser tener una alimentación rica en frutas y verduras, limitar el consumo de grasas, dejar de fumar y practicar ejercicio. Las opciones de tratamiento que existen para tratar este tipo de cáncer son procesos quirúrgicos, radiación, quimioterapia y terapia a base de anticuerpos monoclonales.

❖ *Cáncer cutáneo*; este tipo está caracterizado por el crecimiento anormal de las células de la piel, por lo general, la exposición al sol favorece la aparición de esta enfermedad, existen tres variaciones de esta enfermedad: la primera es la que afecta a las células basales; el que se desarrolla en las células escamosas y el melanoma. Los dos primeros tipos tienen como característica principal que presentan un crecimiento lento y son fáciles de tratar, por su parte, el melanoma es un tipo de cáncer mucho más grave, esto debido a que llega a afectar las capas más profundas de la piel e incluso, es capaz de extenderse hacia otras partes del cuerpo. Los tres tipos de cáncer cutáneo anteriormente mencionados presentan síntomas y características diferentes entre sí, se expondrán a continuación:

- *Cáncer de célula basal*; caracterizado principalmente por no ser tan agresivo, además es fácil de curar si se detecta a tiempo. En ocasiones pueden aparecer síntomas tales como: una roncha aperlada o brillante en la cara, o bien una cicatriz de color café claro en el pecho o en la espalda.
- *Cáncer de célula escamosa*; al igual que el tipo anterior no es tan agresivo, por lo que puede ser curado fácilmente si es detectado a tiempo, los síntomas particulares de este tipo son: una bola roja y dura en la cara, labios, oídos, cuello, manos o brazos, o bien una cicatriz con costra en los lugares antes mencionados.

- *Melanoma*; este es el tipo más agresivo y difícil de tratar y los síntomas que se pueden presentar son los siguientes; una mancha grande y café rodeadas por otras más pequeñas; un lugar localizado en cualquier parte del cuerpo que cambia de color, textura o que sangre; llagas en la piel;

ronchas brillosas y duras en forma de medias lunas y por último llagas oscuras en las palmas de la manos.

Es importante mencionar que el cáncer *cutáneo* se puede prevenir si se limita el tiempo bajo los rayos de sol; evitar uso de camas de bronceado, utilizar protección solar así como realizar revisiones periódicas del estado de la piel.

En algunas ocasiones si el cáncer es descubierto a tiempo puede ser tratado con éxito, y algunos de los tratamientos utilizados en la actualidad para combatir el cáncer *cutáneo* son los siguientes: congelamiento con nitrógeno en líquido, terapia con láser, cirugía Mohs, radiación u quimioterapia. (IMSS, recuperado el 28 de julio de 2007)

- ❖ *Cáncer de páncreas*; Este tipo es, desafortunadamente, uno de los más agresivos y comunes en nuestro país, ya que se desarrolla en el órgano encargado de la secreción de enzimas útiles para la digestión de los alimentos, el cáncer de *páncreas* es difícil de detectar cuando apenas comienza, por lo que es muy común encontrarse con pacientes en fases muy avanzadas, ya que cuando es descubierto, éste ya se expandió, incluso a otras partes del cuerpo.

Los síntomas más comunes de este tipo son los siguientes: dolor en la parte superior del abdomen, en ocasiones este dolor se puede prolongar hasta la parte media de la espalda; pérdida de apetito y de peso; coloración amarillenta en la piel y ojos; náusea, vómito y problemas digestivos.

Al igual que los demás tipos anteriormente mencionados, éste puede ser prevenido si se sigue una serie de hábitos de salud como dejar de fumar, llevar una dieta equilibrada y mantener un peso saludable.

- ❖ *Cáncer de próstata*; éste es muy común en la población masculina mexicana, afecta la glándula masculina encargada de producir sémen, los principales síntomas son: malestar en el área pélvica, urgencia para orinar y dificultad para hacerlo, flujo urinario débil y goteo, sensación constante de tener que orinar, sangre en la orina y eyaculaciones dolorosas.

De acuerdo con experiencias médicas es probable que éste se pueda prevenir si se lleva una alimentación balanceada y hacerse constantemente revisiones para poder detectarlo a tiempo.

Dentro de los tratamientos más utilizados en nuestro país para combatir éste se encuentran la radiación, terapia hormonal, cirugía y quimioterapia.

- ❖ *Cáncer pulmonar*; es una de las principales causas de muerte en nuestro país, sin embargo, es uno de los más fáciles de detectar y de curar. En nuestros días la población mexicana es más propensa a éste ya que existen muchos factores en el ambiente tales como la contaminación, la exposición al asbesto y al humo de cigarro, “el tabaquismo es la causa del 90% de los cánceres de pulmón en la población mexicana” (Alatorre, 2004, p 48)

Los principales síntomas que presenta esta enfermedad son: tos constante y que empeora, tos con sangre, dolor de pecho, respiración acelerada, y casos recurrentes de neumonía y bronquitis.

Las personas pueden hacer cosas para poder prevenir este tipo de cáncer como: dejar de fumar, evitar la exposición al humo del cigarro y llevar una dieta balanceada.

- ❖ *Cáncer de seno*; éste afecta el área de seno y generalmente se manifiesta en forma de nódulos o quistes, es muy común en la mujeres mexicanas, sin embargo también los hombres se pueden ver afectados con esta enfermedad; este tipo de cáncer no es considerada hereditario todavía, sin embargo en los últimos años se ha observado que las hijas de pacientes enfermas han presentado este padecimiento. Los síntomas más comunes son: quistes, líquido transparente o sangriento que provenga del pezón, hundimiento del pezón, cambio en el tamaño del seno y cambio en la textura de éste.

De acuerdo a algunos estudios médicos se ha descubierto que se puede prevenir si se toma una aspirina a la semana, limitar el consumo de alcohol, mantener un peso saludable, practicar alguna actividad física, tener una dieta alta en fibra, comer frutas y verduras, entre otros.

2.3 Síntomas

Como se mencionó anteriormente, cada tipo de cáncer tiene sus síntomas específicos, sin embargo, para fines de esta investigación se han tomado los que son más comunes en la mayoría de los tipos:

- *Dolor*: por lo general es considerado por los médicos como el principal impedimento para disfrutar de la vida aún teniendo cáncer, ya que éste afecta varios ámbitos de ésta como el sueño, la alimentación y en sí las actividades cotidianas. (Alatorre, 2004). Las personas que se encuentran en las etapas

terminales del cáncer, el dolor se produce debido a que éste se está esparciendo hacia los huesos, tejidos y otras partes del cuerpo.

De acuerdo con las descripciones de los pacientes del doctor Loprinzi (2005, p. 108) “el dolor puede ser sordo, profundo, pulsátil y ocasionalmente agudo, cuando se presenta en un órgano; cuando el dolor afecta la piel o un músculo, lo describen como un dolor agudo o como un ardor” cuando el dolor afecta a algún nervio la mayoría de la gente lo describe como agudo además de que asegura la presencia de hormigueo, o en algunas ocasiones como una descarga eléctrica. La mayoría de los médicos pueden emplear medicamentos o bien técnicas para manejar el dolor de sus pacientes y así atenuarlo.

Este tratamiento depende de la fase en la que se encuentre; por ejemplo en las fases primarias el dolor se trata con radioterapia, quimioterapia o bien medicamentos específicos, sin embargo, en las fases más avanzadas el tratamiento para el dolor comprende de analgésicos o narcóticos, ya que en estas etapas, el uso de otros tratamientos podría resultar peligroso.

Otra de las alternativas que en los últimos tiempos han sugerido los médicos a sus pacientes para controlar el dolor a través de la relajación, esto debido a que el estrés y la ansiedad de los enfermos, especialmente de los que se encuentran en las últimas etapas, puede empeorar el dolor al crear tensión en el cuerpo, por lo que las técnicas usadas para controlar la ansiedad también ayudan a controlar el dolor, la mayoría de éstas utilizan ejercicios de respiración, meditación e imaginación guiada o lo que también se conoce como técnicas de sensibilización. Es recomendable que el paciente trate de poner su mente lejos del dolor realizando actividades que le agradan como

escuchar música o leer un libro, es importante ejercitarse un poco, siempre y cuando el estado de salud del paciente lo permita.

- *Falta de aire:* este problema es conocido como disnea, y tiene muchas causas. Según Higashida (1996, p. 111) esto es debido a la “diseminación del cáncer a los pulmones, también lo propician los problemas cardiacos, debilidad muscular, anemia y fatiga generalizada.” Para ayudar a disminuir las molestias que produce este síntoma los doctores primeramente tienen que investigar mediante diversos estudios la causa principal, y buscando atender ésta directamente; si lo anterior es imposible, se tratará de aliviar la molestia de la falta de aire mediante el uso de oxígeno, o bien una corriente de aire fresco frente a la cara (Hartmann, 2005).

También es posible tratar este problema con medicamentos como la morfina, que permite la dilatación de los tejidos pulmonares, permitiendo la adecuada oxigenación del cuerpo.

- *Cambios de apetito y pérdida de peso:* éste se presenta generalmente en pacientes que se encuentran en las etapas avanzadas. Este síntoma puede ocasionar una gran preocupación en los familiares del enfermo debido a la asociación que se tiene con que comer bien es sinónimo de buena salud. Sin embargo, es importante que los familiares entiendan que si obligan a comer al paciente entre otras cosas puede provocarle estrés y náusea.
- *Náusea y vómito:* este aspecto puede estar relacionado con el anterior, sin embargo también es resultado de muchas otras causas como la expansión del cáncer hacía el hígado, un cambio en la función intestinal, así como el uso de los medicamentos. De acuerdo con Alatorre (2004), lo que le paciente puede

hacer para combatir este síntoma es comer solo alimentos que se le antojen, siempre y cuando lo tenga permitido por su doctor, y comerlos en raciones pequeñas.

- *Piernas hinchadas:* por lo general se presenta en enfermos que se encuentran en etapas avanzadas del cáncer, entre las causas principales se encuentra la presencia de coágulos, la retención de agua, que puede ser tratada con diuréticos o con la disminución del consumo de sal. Puede ayudar a disminuir la hinchazón si se mantiene las piernas elevadas mientras se descansa así como el uso de medias elásticas.

De igual forma, la Sociedad Americana del Cáncer (2005) menciona cinco situaciones o síntomas, que al aparecer puede dar pie a la sospecha de que una persona presenta la enfermedad.

- *Baja de peso importante sin causa aparente:* es decir, que la persona haya bajado más de cinco kilos sin haber realizado una dieta o tome algún medicamento para bajar de peso.
- *Cuando existe un lunar o verruga que crece:* un lunar es una mancha de color negro o café, que se encuentra en cualquier parte del cuerpo y una verruga es un granito de carne que generalmente es de color café (Alatorre, 2004) para decir que el lunar está creciendo, éste debe de incrementar su tamaño cada mes, también es posible que éste se agriete, se ulcere, provoque comezón o bien que sangre.
- *Cuando hay la presencia de un tumor:* el tumor se define como una bola de carne y ésta se puede palpar en el lugar donde éste se encuentre.

- *Aparición de una úlcera que no cicatriza:* con el concepto cicatrizar se refiere a una herida o úlcera que se mantiene abierta por semanas y no tiene señales de cicatrización
- *Disfonía permanente:* con disfonía se refiere a que el tono de voz se convierte en “ronco”, esto aparece de repente y no se quita.
- *La presencia de sangrado anormal:* cuando existe un sangrado sin causa aparente, por ejemplo, cuando al toser se escupe sangre, se vomita, orina o defeca con sangre.
- *Cambios en los hábitos de de defecar:* si repentinamente ocurre un cambio en la forma de defecar, es decir, en la cantidad, tamaño o frecuencia, sin que exista una causa como una infección; de igual forma si se presentan los siguientes síntomas: estreñimiento, heces delgadas, diarrea, sangrado que se mantiene por varias semanas y no se presenta mejoría con los tratamientos comunes para tratar la infección.

Es importante aclarar que estos puntos citados anteriormente son causa únicamente de sospecha de la presencia de algún tipo de cáncer, no son considerados como síntomas al menos hasta que la enfermedad esté confirmada en base a estudios específicos. (Alatorre, 2004)

2.4 Causas

Es necesario especificar que los diferentes tipos de cáncer no presentan una sola causa, sino que son el resultado de un conjunto de factores, de acuerdo con Alatorre (2004, p. 17) “Los individuos que lo padecerán poseen las causas internas, externas o ambas.” A pesar de lo anterior Hartmann (2005) asegura que en nuestros días y a

pesar de los avances médicos que se dan día a día aún no se conocen las causas específicas de dicha enfermedad.

Sin embargo, de acuerdo a las experiencias de diversos pacientes, se ha hecho una aproximación de dichas causas permitiendo realizar una clasificación, siendo así que la causa se puede clasificar en factores externos e internos:

- *Factores externos:* estos son considerados como las influencias que son externas al cuerpo, éstas pueden ser el estilo de vida y los factores ambientales tales como el tabaquismo, alcoholismo, alimentación mal balanceada, radiaciones de sol o de otros tipos, influencia del entorno, exposición a sustancias químicas y se ha encontrado que algunos cánceres son causados por infecciones o bien por virus.

Este punto es de suma importancia ya que la mayoría de los melanomas existentes (cánceres de la piel) son debido a exposición prolongada de los rayos ultravioleta emitidos por el sol; a pesar de esto, las radiaciones provenientes del sol no son las únicas, también existen las llamadas radiaciones ionizantes que son las producidas por las plantas nucleares, de acuerdo con el catálogo electrónico de Discovery, las personas más propensas a estas radiaciones son aquéllas que viven en las montañas altas, también las que se encuentren en zonas donde la capa de ozono ha desaparecido o disminuido; también presentan mayores probabilidades de riesgo los sujetos que pasan mucho tiempo en el aire como los pilotos, mecánicos y auxiliares de vuelo. Otro tipo de radiaciones muy peligrosas son las que se utilizan para realizar los rayos X, por lo tanto, estos no deben de ser usados a menos que sean de suma importancia (Discovery, recuperado el 19 de septiembre del 2007).

De igual forma, muchos productos químicos han sido considerados altamente cancerígenos, tal es el caso del asbesto y del amianto, los cuales son utilizados principalmente para la construcción.

Como se mencionó anteriormente; la alimentación juega un papel determinante, éste afecta principalmente al sistema digestivo y sus componentes; un claro ejemplo de esto son los nuevos descubrimientos que se han hecho acerca de los beneficios de la fibra, que entre otras cosas ayuda a disminuir de manera considerable el cáncer de colón, al contrario, una dieta rica en productos ahumados y picantes incrementa la posibilidad de la aparición de cáncer en el estómago.

Con respecto a los cánceres que son producto de un virus se sabe que “el virus del papiloma humano contribuye con la aparición de los cánceres cervical, vaginal y vulvar”. (Hartmann, 2005, p. 24)

Con respecto a la importancia del entorno, durante mucho tiempo se pensó que las personas que vivían en una zona determinada eran más propensas a cierto tipo de cáncer, posteriormente se le dio mayor peso a la incidencia de algún tipo de cáncer en una raza específica, de acuerdo con las investigaciones realizadas en Japón, esto no se encontró del todo cierto: el cáncer de colón y mama es poco frecuente entre los japoneses que viven en su país, esto hizo pensar que era producto de alguna conducta genética, pero posteriormente, un estudio comprobó que los japoneses que residen en Estados Unidos tienen una incidencia de estos tipos de cáncer igual a la de la población americana; lo mismo pasó con el cáncer de estómago el cuál es muy común entre los japoneses que viven en su país, sin embargo, la incidencia de éste es muy baja entre los japoneses que viven en Estados Unidos. Lo anterior quiere decir que aunque la genética juega un papel importante en la aparición de un determinado tipo

de cáncer, tiene una influencia más significativa el lugar donde se vive. (Discovery, recuperado el 19 de septiembre del 2007).

Es importante recalcar que en los últimos años se ha suscitado un fenómeno muy particular sobre la aparición constante de cánceres que en el pasado eran poco frecuentes y viceversa; tal es el caso del cáncer de estómago que hasta hace poco menos de 60 años era muy común y en la actualidad ya no lo es tanto, esto es debido a que anteriormente se consumían una gran cantidad de productos ahumados; por el contrario el cáncer de pulmón y boca antes era muy raro, sin embargo, en la actualidad se aprecia un incremento muy significativo debido al desmedido consumo de tabaco en todas sus presentaciones.

- *Factores internos:* de acuerdo con Alatorre (2004, p.18) “en la herencia genética que cada persona tiene en el cuerpo, a través de sus propios genes marcados en su DNA, se pueden desarrollar diferentes tipos de cáncer conocidos como oncogenes.

Otros factores internos pueden ser también: los niveles hormonales, mutaciones genéticas y heredadas y condiciones inmunológicas

Hartmann (2005, p. 25) hace una tercera clasificación a la que denomina *Factores de riesgo*, a éstos los define como “los factores que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle cáncer, de igual forma señala que la identificación de éstos factores puede ser un posible camino para encontrar las causas del cáncer. Entre los principales factores de cáncer que señala Hartmann son la edad, los antecedentes familiares, entre otros.

Con respecto a la edad, afirma que para muchos tipos de cáncer, es un factor de riesgo muy importante, y esto es debido a diferentes factores:

- El proceso natural de envejecimiento trae consigo cambios importantes en los procesos de las células del cuerpo; cuando éstas se han dividido por mucho tiempo pueden ocurrir problemas de replicación genética, es decir, que por errores de reproducción cambie la función de un momento a otro, lo anterior favorece al arraigamiento de células cancerosas.
- Por otro lado, la función inmune disminuye con la edad por lo que es común que las personas pierdan algunas de sus funciones naturales que en condiciones de juventud les hubiesen permitido luchar contra el cáncer.
- También puede ser posible que las personas que han vivido mucho tiempo han estado expuestas durante gran parte de su vida a sustancias causantes de cáncer.

Acerca de los antecedentes familiares, menciona que las personas que tienen familiares cercanos enfermos de cáncer pueden ser más propensas, por lo que tienen un alto riesgo a desarrollar la enfermedad. Esto se afirma a partir de estudios realizados en mujeres americanas en donde de acuerdo a los resultados que se obtuvieron se puede afirmar que una mujer cuya madre, o bien su hermana presenta cáncer de mama, tiene el doble de posibilidad de desarrollar la enfermedad.

Es importante señalar que el riesgo de cáncer es más probable que sea familiar y espontáneo a heredado, con familiar se refiere a algo que representa comúnmente en una familia, pero que no es directamente resultado de un gen causante de cáncer. El cáncer familiar puede deberse por ejemplo al estilo de vida.

Los factores antes mencionados son los más comunes, sin embargo, conforme las investigaciones y los descubrimientos avanzan.

Se ha encontrado que existen otros factores, sólo que según el catálogo electrónico de Discovery esto no se hace de manifiesto abiertamente debido a las grandes implicaciones económicas que supone, por ejemplo, en el caso de los campos electromagnéticos, se ha constatado que una exposición prolongada a los campos de energía generados por la torres de alta tensión es un factor de riesgo muy significativo, a pesar de esto, las compañías que usan este tipo de energía pagan estudios para poder negar esta aseveración, a pesar de esto la Organización Mundial de la Salud (OMS) acaba de pasar los campos electromagnéticos a la categoría de potencialmente cancerígenos.

Otro factor importante de riesgo detectado en la última década, es la exposición constante a las microondas, las cuales son emitidas por distintos aparatos que son muy comunes en la actualidad, tal es el caso de los teléfonos celulares.

Una vez expuesto lo anterior se puede decir que las causas principales del cáncer son todas las mencionadas anteriormente, además de la existencia de un factor genético y una baja en las defensas del sistema inmune.

Sin embargo, según Campoy (2006), lo anterior es lo que afirma la oncología oficialmente, la “auténtica verdad” es que los riesgos mencionados al principio, son solo responsables de una quinta o sexta parte del desarrollo del cáncer. Este autor le da mayor peso a fuertes traumas emocionales y a shocks traumáticos inesperados y además asegura que la gran mayoría de los oncólogos ignoran por completo esto, ya que “los problemas psíquicos y emocionales y las posibles consecuencias psicosomáticas de éstos escapan a sus parcelados conocimientos” (Campoy, 2006, p.12)

2.5 Tratamiento

De acuerdo con la Universidad de Emory, el tratamiento contra el cáncer varía de una persona a otra y de un tipo de cáncer a otro, es decir, el tratamiento para combatirlo no es el mismo en todos los casos. (Universidad de Emuri, recuperado el 20 de septiembre de 2007)

Existen muchos tipos de tratamiento, entre ellos podemos encontrar a los clínicos o médicos y a los alternativos.

2.5.1 Tratamientos Médicos o clínicos

- *Cirugía:* este tratamiento es usado principalmente cuando el cáncer es detectado en una de sus etapas tempranas, es útil para remover diferentes tipos de tumores, y muchas veces es suficiente para curar al paciente. Dentro de este tratamiento existen varios tipos de cirugía los cuales serán mencionados a continuación:
 - *Cirugía curativa:* presenta un pronóstico muy bueno y consiste en una operación en la cual se puede extirpar todo el tumor canceroso.
 - *Cirugía parcial:* su pronóstico en la actualidad es considerado como regular, ya que en ésta operación solo se puede eliminar una parte del tumor canceroso.
 - *Cirugía supresiva:* este tipo de cirugía se caracteriza porque sólo se extraen algunas glándulas, con esto se busca evitar que crezca más algún

tumor, por ejemplo en las mujeres es común que extirpen las glándulas mamarias, su pronóstico es regular.

➤ *Cirugía paliativa*: ésta se practica cuando el cáncer ya no puede ser eliminado y sólo se utiliza para mitigar el dolor o bien mejorar la función de algún órgano que se afectó gracias a la expansión del cáncer. (Alatorre, 2005).

- *Radiación*: ésta puede ser utilizada en conjunto con la cirugía u otros tratamientos, se lleva a cabo con aparatos especiales de rayos x, funciona matando las células que se reproducen ya sean buenas o malas, si la radiación mata más células malas, esto significa que el paciente es candidato a la radiación, posteriormente se analiza el número de sesiones necesarias, que se hace en función al tipo de cáncer. Este tratamiento tiene algunas reacciones como pueden ser quemaduras o inflamación en los diferentes órganos internos que están expuestos.
- *Quimioterapia*: éste es un término que se utiliza para una gran cantidad de medicamentos utilizados para matar las células cancerosas, estos fármacos funcionan por medio de daños a las células cancerosas que siguen dividiéndose, también son capaces de prevenir la reproducción de dichas células. (Universidad de Emory, recuperado el 20 de septiembre de 2007). Estos medicamentos son muy fuertes, por lo que es común que generen reacciones secundarias tales como caída del cabello, adelgazamiento, úlceras, vómitos, anemia, entre otros.
- *Inhibidores específicos*: éste tratamiento tiene poco tiempo utilizándose en los pacientes enfermos, lo que éste hace es concentrarse en proteínas específicas

- *Anticuerpos*: éste involucra el uso de anticuerpos para atacar a las células cancerígenas, estos han sido manufacturados para su uso como fármacos y no como proteínas, que es como se encuentran en nuestro cuerpo.
- *Vacunas*: el propósito de éstas es estimular las defensas del cuerpo, el tratamiento está enfocado a aumentar las respuestas inmunes en el cuerpo del enfermo.

2.5.2 Tratamientos alternativos

De acuerdo con el Despacho de Medicina Alternativa (1995), podemos definir a la medicina alternativa como “un dominio amplio de los recursos de curación que comprende todos los sistemas de salud, modalidades, prácticas y creencias acompañantes, a parte de aquéllas intrínsecas al sistema de salud políticamente dominante de una sociedad”

Para muchos médicos ésta no es una opción, ya que incluye tratamientos tales como el uso de cartílago de tiburón y la terapia de ozono, además, estos por lo general prometen curar al paciente, por lo que éste prefiere dejar su tratamiento clínico y suplirlo por el alternativo pero cuando se da cuenta que la terapia alternativa no está funcionando se desanima y cae en depresión, además de que seguramente será muy tarde para continuar con el tratamiento clínico lo cual no es nada bueno en una persona enferma de cáncer.

Debido a la abundancia de estos métodos en los últimos años, los doctores, han recomendado a sus pacientes utilizar ambos tipos de tratamientos, es decir, combinar el tratamiento clínico con el alternativo. De acuerdo con Hartmann (2005), ningún

tratamiento alternativo en la actualidad es capaz de curar el cáncer, sin embargo, la combinación de este tipo de tratamientos con los clínicos ha conseguido ciertas mejoras en pacientes etapas muy avanzadas.

Lo médicos del hospital siglo XXI afirman que las terapias alternativas pueden ser utilizadas para reforzar el sistema inmunológico, aliviar los efectos secundarios del tratamiento como la náusea, mejorar la calidad de vida, prevenir la recurrencia del cáncer, proporcionar una sensación de control y para ayudar la tratamiento médico convencional, no para curar.

CAPÍTULO III. FAMILIA

3.1 Definición de Familia

Debido a que este documento de investigación está dirigido a los familiares de enfermos terminales de cáncer, es necesario revisar los conceptos y definiciones relacionados con la familia para así poder entender el papel que tiene el familiar dentro de la enfermedad del paciente terminal.

De acuerdo con el Diccionario de Psicología (2006, p. 484) la familia es “un núcleo comunitario elemental que une a los individuos de sexo diferente y a su prole”.

Sin embargo, desde el punto de vista social, la familia es “una estructura social básica donde padres e hijos se relacionan a través de fuertes lazos emocionales” (Tipos de familia, recuperado el 20 de octubre de 2007 de www.monografias.com.mx)

La Enciclopedia Encarta (2003) define a la familia como “un grupo social básico creado por vínculos de parentesco y matrimonio”, comúnmente este grupo da a su miembros protección, amor, compañía y seguridad.

ONUSIDA (2005), un programa de las Naciones Unidas, en su catálogo virtual, define a la familia como un sistema de interrelación biopsicosocial, que media entre el organismo y la sociedad.

También se encuentra integrada por un determinado número de personas, el cual es variable, estas personas se encuentran relacionadas por diferentes tipos de lazos como pueden ser: consanguíneos, de matrimonio o de adopción.

Desde el punto de vista psicológico funcional, el estar inmerso en una familia implica compartir un espacio físico.

De acuerdo con los estudios de Parterson, (citado por Galimberti, 2006), los cuales están sustentados en la psicología social, y de igual forma fundamentados en la corriente del estructuralismo; llega a la conclusión de que la familia es una organización de carácter privado, ya que su estructura está destinada a ser de carácter nuclear y de dimensiones reducidas.

Con respecto a las funciones de la familia, Paterson (2006) distingue los siguientes aspectos: socialización primaria de los hijos, ayuda a la maduración psicocultural de sus miembros, lo anterior, Peterson lo resume en su teoría de la siguiente manera:

“La familia se vuelve un simple órgano (en el sentido literal del instrumento musical) de la sociedad, a la que se encomiendan algunas funciones que no se puedan dejar libradas a la anarquía del mercado” (Peterson citado por Galimberti, 2006, p. 486).

Con lo anterior, Peterson trata de explicar que hay cierto tipo de funciones que deben de ser enseñadas o reforzadas por la familia, ya que si éstas estuvieran al cuidado de la sociedad en general, sería un caos.

Estas funciones a las que se refiere son las sexuales y las de reproducción, las cuales forzosamente deben de estar controladas por la familia mediante la inculcación de valores a sus miembros.

Sin embargo, existen otras funciones de la familia útiles ante la sociedad, ONUSIDA (2005), menciona que la familia es el principal medio por el que sus miembros son capaces de alcanzar un desarrollo psicobiológico, sociocultural, económico y educativo; además posee funciones básicas como son las de reproducción, comunicación efectividad, educación, apoyo social, adaptabilidad, generación de autonomía y difusión de reglas y normas.

Por otro lado, Pastor Ramos (1997), sostiene que cuando se menciona el término familia, es necesario distinguir entre las dos acepciones que éste posee, es decir, familia como grupo, de acuerdo con el autor la psicología social es la encargada de estudio de ésta; y la familia como institución, la cual se define como un sistema abstracto de norma, valores y pautas de comportamiento social.

También, Pastor Ramos (1997) menciona que la familia está sustentada en diferentes fundamentos, entre los que se encuentran: los fundamentos biológicos, culturales, sociales, económicos, y psíquicos, estos últimos son los que más interesan en esta investigación, pero no por eso los demás son menos importantes.

Respecto a los fundamentos psíquicos menciona que la familia es la encargada entre otras de cubrir la necesidad de apoyo y pertenencia que presenta todo ser humano.

De acuerdo con Reiss (1965), la familia puede ser definida como “un pequeño grupo estructurado, según formas de parentesco con la función clave de cuidar psíquicamente y educar culturalmente al recién nacido” (citado por Pastor Ramos, 1997, p.97)

Reiss (1965) afirma que los grupos familiares son los únicos capaces de dar y generar estabilidad entre adultos y niños, también generan un afecto incondicional entre sus miembros. (citado por Pastor Ramos, 1997)

Una vez analizadas las diversas definiciones de familia que proponen varios autores, es necesario mencionar que para los fines de esta investigación se utilizará la propuesta dada por Reiss (1965) quien afirma que los grupos familiares son capaces de dar estabilidad emocional y un afecto incondicional. La principal razón por la que se utilizará ésta es debido a que una característica primordial de la mayoría de los familiares de pacientes que padecen cualquier enfermedad terminal, es que brindan un apoyo y solidaridad incondicional al paciente.

Para poder comprender de una forma más adecuada las características y generalidades de las familias, es necesario conocer los tipos de éstas.

3.2 Tipos de Familia

De acuerdo con Pastor Ramos (1997), la clasificación de las familias ha ido cambiando a lo largo de tiempo, él asegura que ésta se da mediante tipologías. Define una tipología como “un instrumento lógico, por eso sus fijas divisiones estructurales

no suelen corresponderse exactamente con la dinámica viva de la realidad” (Pastor Ramos, 1997, p. 100)

De acuerdo con las tipologías que menciona el autor, la clasificación de la familias está dada de la siguiente manera:

- a) *Numerosidad*: dentro de esta tipología se encuentran las familias elemental, nuclear y extensa.
- b) *Tipo de matrimonio*: monógamo, polígamo, poliándrico o bien la simple cohabitación o como comúnmente se le conoce como unión libre.
- c) *Residencia*: patrilocal o neolocal.
- d) *Autoridad*: patriarcal, matriarcal, igualitaria o democrática.
- e) *Descendencia*: está dado en función al número de hijos que se tengan
- f) *Sistema económico*: relacionada principalmente con el nivel económico y la corriente económica

La anterior es sólo una lista de tipologías, sin embargo, existen muchas más, por ejemplo la propuesta por la Universidad de Cambridge. (citada por Pastor Ramos, 1996), la cual solo contiene cuatro tipologías, lo que la hace más simple que la anterior:

- a. *Grupos domésticos sin estructura familiar*: no se sabe en realidad qué es lo que representan, es decir, si son un grupo de amigos, compañeros, una fraternidad religiosa o simplemente un grupo de personas conviviendo y cohabitando en la misma casa.

- b. *Grupos domésticos simples*: estos están compuestos solamente por una pareja con sus hijos, o bien sólo por un miembro de la pareja y su descendencia, lo anterior debido a la muerte de uno de los cónyuges, o bien por ser madre o padre solteros, lo que importa dentro de esta tipología es que se presenta la exclusión de otros parientes.
- c. *Grupos domésticos extensos*: esto se refiere a la existencia de parientes cercanos al núcleo conyugal, por ejemplo, abuelos, tíos o sobrinos.
- d. *Grupos domésticos múltiples o polinucleares*: se encuentran compuestos por más de un núcleo conyugal. Por ejemplo, puede ser patriarcal si la autoridad descansa en la pareja más vieja del grupo.

A continuación se explicarán los tipos de familia que surgen de las tipologías antes mencionadas, sin embargo, es importante mencionar que estas clasificaciones han tenido que cambiar en las últimas décadas, debido principalmente a los cambios que ha presentado la sociedad, por ejemplo, el auge que en estos últimos años han tenido las madres solteras o las parejas divorciadas han originada una nueva clasificación de las familias.

- *Familia elemental, conyugal o nuclear*: es la unidad familia básica que se compone de esposo, esposa e hijos, estos últimos pueden ser descendencia directa de la pareja o bien adoptados (Monografías, recuperado el 20 de octubre del 2007). De acuerdo con Pastor Ramos (1996), este tipo de familia es considerado por muchos sociólogos como el prototipo, el autor considera a este tipo como universal, y en la actualidad es el más común en occidente. Otra característica de ésta es que es muy común en las ciudades industrializadas, esto probablemente se debe al riguroso control de la

natalidad que se tiene en éstas. El hecho de ser una familia nuclear no quiere decir que las relaciones con los demás parientes no existan, al contrario, las familias elementales mantienen el contacto a través de celebraciones llamadas telefónicas, visitas, eventos sociales, etc.

Aunque en cierta medida estas relaciones de parentesco son menos intensas comparadas con las que existen en las familias extensas.

- *Familia amplia o extensa:* según Pastor Ramos (1996), una familia extensa puede ser reconocida por el hecho de que dos o más familias elementales convivan bajo el mismo techo. La característica principal de ésta es que se moldea la personalidad de sus miembros, principalmente de los niños de una forma muy diferente, por lo general, se hace bajo dos aspectos, el primero, es aquel que tiene que ver con el poder, y el segundo con la sumisión. Una de las principales causas de que en la actualidad este tipo de familias esté desapareciendo es tal vez debido a que se valora mucho la privacidad de la vida, a pesar de lo anterior aun existen, aunque en menor medida, este tipo de familias, que por lo general son de recursos económicos limitados, y las viviendas en donde habitan son muy pequeñas por lo que se pueden derivar otros fenómenos como son el hacinamiento.
- *Familia monoparental:* está constituida únicamente por uno de los padres y sus hijos, esto es debido a varias razones, por ejemplo, la muerte de uno de los conyugues o bien el divorcio. (Monografías, recuperado el 20 de octubre del 2207).

Como se mencionó anteriormente con los cambios que ha sufrido la sociedad en las últimas décadas se ha tenido que incluir dos tipos de familia, que de acuerdo a sus

características, el moldeamiento de la personalidad de los hijos es muy diferente que en el resto de los tipos:

- *Familia de madre soltera*: caracterizada principalmente porque la madre asume sola las responsabilidades de la crianza de los hijos, esto debido a que el padre, por diferentes motivos rechaza la paternidad de los hijos (monografías, recuperado el 20 de octubre de 2007), es importante tomar en cuenta que de este mismo tipo pueden generarse subtipos de madres solteras, como por ejemplo: madre soltera adolescente, joven o bien adulta; y en cada uno de estos subtipos la forma de educar a los hijos y otras generalidades de la familia pueden cambiar significativamente.
- *Familia de padres separados*: en esta familia los padres se encuentran separados por diversas causas, sin embargo, están dispuestos a seguir cumpliendo el rol de padres, es decir, se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad o bien a la maternidad. (Monografías, recuperado el 20 de octubre de 2007).
- *Neofamilia*: este término es relativamente nuevo y surge en los países avanzados, en sociedades tales como las de Estados Unidos o Europa, donde los hijos abandonan la familia nuclear a muy temprana edad y acostumbran irse a estudiar a otras ciudades; por lo que la neofamilia se caracteriza por la convivencia de un grupo de personas unidas por un vínculo afectivo y que comparten un espacio físico, es decir, un hogar.(ONUSIDA, recuperado el 20 de octubre de 2007).

Los tipos de familia se caracterizan a su vez por la forma en la que está conformada su estructura familiar y la influencia que tienen en el establecimiento de patrones de comunicación y formas de interacción. A lo anterior se le denominará como personalidad de la familia, o bien forma de ser de la familia.

3.3. Personalidad de la familia

Como se ha podido observar a lo largo de este capítulo, la familia es un núcleo social muy complicado de entender. Dentro de este grupo se dan intensos intercambios de afecto. (Rolla, 1976).

Como se señaló en el punto anterior existen diferentes tipos de familia, de igual forma existen diversas maneras en que cada uno de sus miembros convienen y se desarrollan dentro del núcleo familiar.

3.3.1 Familia Rígida

La principal característica que posee esta familia es que los padres presentan cierta dificultad al asumir que sus hijos están creciendo, generalmente lo hijos están sometidos a unos padres estrictos. (monografías, recuperado el 20 de octubre de 2007).

De igual forma, en un estudio realizado por ONUSIDA (2005), se señala que una familia rígida establece sus normas y reglas, pero no es capaz de aceptar el cambio de estos ni de aplicar nuevos criterios.

Por lo general, una familia que posee este modo de ser es capaz de impedir el desarrollo personal de sus miembros, inhibir su deseo de independencia y hacer hijos introvertidos y temerosos.

3.3.2 Familia sobreprotectora

Una familia sobreprotectora se caracteriza principalmente porque las figuras que representan la autoridad acostumbran establecer medios de protección del ambiente exterior muy exageradas, por lo que generalmente tratan de satisfacer de una forma absoluta y relativamente inmediata todas las necesidades de sus miembros.

El modo de ser de los hijos es dependiente y, por lo general, cuando crecen son incapaces de ganarse la vida, cuando tienen un problema y es por su culpa, presentan excusas para todo.

Las consecuencias que esta familia trae a sus miembros es que estos pueden presentar dificultades al desarrollar su autonomía, también se ha comprobado que las personas pueden presentar sentimientos de inseguridad, incapacidad para resolver problemas personales, necesidad de apoyo. Y en casos extremos, puede causar el probable desarrollo de trastornos de la personalidad como dependencia y paranoia.

3.3.3 Familia centrada en los hijos

Tiene como característica principal que los padres centran toda su atención en los hijos, esto lo hacen generalmente por el temor que existe de enfrentar los problemas de la pareja.

Por lo anterior, los padres se vuelven dependientes de lo hijos hacen todo para que estos estén felices, dedican su vida a los hijos, ya que de esto depende sus satisfacción personal (Costasur, psicología, recuperado el 22 de octubre de 2007)

De acuerdo con la investigación realizada por ONUSIDA (2005), esta familia puede causar en sus miembros sentimientos de culpa, ansiedad así como la dificultad de alcanzar independencia y autonomía.

3.3.4 Familia Permisiva

Dentro de esta familia la voz de autoridad la llevan los hijos; los padres son incapaces de mostrar su autoridad, argumentando que es mejor razonar que regañar o castigar (monografías, recuperado 22 de octubre de 2007).

De acuerdo con un artículo publicado en El Nuevo Diario (2003), la familia permisiva es incapaz de definir normas y reglas; la comunicación es confusa y ambigua, y la escala de valores no está bien definida, ya que ésta varía de acuerdo a la situación.

Según un artículo publicado por Tejeros (s.f.), para el Centro de Estudios Públicos, la familia permisiva deja a sus hijos que hagan cualquier cosa, lo que posteriormente traerá como consecuencia adultos irresponsables e indisciplinados y que con el tiempo estos llegarán a desarrollar un gran sentimiento de frustración debido a la gran cantidad de errores cometidos.

3.3.5 Familia Inestable

Una de las principales características de la familia inestable es que no son unidos, esto debido a la falta de metas en común por parte de los padres.

La principal consecuencia de una familia de este modo es que forma hijos desconfiados, inseguros y temerosos, por lo general, son adultos pasivos-dependientes, y personas frustradas que se sienten incapaces de exteriorizar lo que sienten.

3.3.6 Familia Estable

Es una familia que se caracteriza principalmente por permanecer unida, los padres tienen bien definidas las funciones de su rol.

Esa unión que presenta la familia provoca que los hijos crecen de una manera estable, seguros y confiados, por lo general llegan a ser adultos que saben expresar sus sentimientos. Estos niños llegan a alcanzar altos grados de madurez e independencia. (monografías, recuperado el 25 de octubre de 2007)

3.4 Familia en proceso de duelo

Para poder entender las características de una familia que se encuentra en proceso de duelo es necesario primeramente saber que es un duelo.

El principal problema que se presenta en una familia al hablar de la muerte de un ser querido, es que a pesar de que en nuestra cultura se le festeja y honra, para la mayoría de las personas está asociada con la desgracia, y tragedia, lo ven como un acontecimiento ajeno a la vida.

De acuerdo con el Diccionario de Psicología (2006, p. 359), se entiende por duelo a “un estado psicológico consecuente con la pérdida de un objeto significativo que formaba parte integrante de la existencia.”

Este objeto perdido del que se habla en la definición se refiere a varias cuestiones, las cuales van desde la muerte de un ser querido, hasta la pérdida de la propia imagen social. (Gialimberti, 2006).

Sin embargo, de acuerdo con Ruíz, (s.f.), la descripción más adecuada del duelo puede ser encontrada en la obra de Freud (1915), en donde destaca las principales características de este proceso:

- a) Reacción a la pérdida de un ser amado o bien algo equivalente, por ejemplo, la patria o la libertad.
- b) El duelo es un efecto normal semejante a la depresión, lo que los diferencia es que en el primero la autoestima no se ve afectada.
- c) Existe el sentimiento de culpa.

Las características anteriores son las consideradas para un duelo normal, sin embargo, también existe el duelo patológico que presenta las características anteriores más las siguientes:

- a) Estado de estrés y depresión que persisten después de un año de la pérdida.
- b) Estado de ánimo depresivo.
- c) Recuerdos referentes a las circunstancias de la pérdida.
- d) Insomnio y ansiedad.

Por su parte, Parrado (2000) menciona que aproximadamente el 16% de las personas han presentado un cuadro de depresión durante un año y después de la muerte de un ser querido.

De igual forma, la autora, sostiene que una persona que pasa por un periodo de duelo, presenta diferentes etapas durante el transcurso de éste, las etapas propuestas por la autora son las siguientes:

1. Fase de impacto: también conocida como fase de impasibilidad, y ésta se presenta a las pocas horas de la muerte del ser querido dura hasta una semana, ésta se caracteriza por una liberación emocional intensa, la persona no se encuentra consciente de lo sucedido, o como se denomina coloquialmente “no le ha caído el veinte”, también muestra una conducta semiautomática. De acuerdo con la autora, los ritos familiares y sociales como son el velorio y el posterior sepelio, ayudan a la adecuada resolución de esta fase.
2. Fase de depresión: también conocida como fase de repliegue, por lo general comienza después de un mes del fallecimiento del ser querido y puede prolongarse varios meses después, se ve caracterizada por una sintomatología depresiva inhibida, seguida de episodios de protesta acompañados de ira. En esta etapa la persona se encuentra sola ante la pérdida ya que los rituales sociales y religiosos han concluido, es en este punto donde la persona debe regresar a su vida habitual, y esto le causa conflicto en sus sentimientos.
3. Fase de recuperación: también conocida como fase de restitución y se presenta al año o poco después del deceso del ser querido, se caracteriza por que la persona es capaz de establecer nuevos lazos afectivos, se da una intensificación emocional respecto a sentimientos tales como nostalgia,

tristeza, llanto y recuerdos tristes del familiar fallecido, estos duran solo unos días y son los marcan el final del duelo.

Ha habido varias discusiones entre diferentes autores con respecto a la duración del duelo, sin embargo, de acuerdo con Parrado (2002) existen grandes diferencias, culturales, pero según las características de nuestro entorno la duración normal es de un año. De acuerdo con nuestra cultura también se pueden encontrar varios tipos de duelo:

- a) Duelo ausente o retardado: se produce una negación, e incluso existe la esperanza de que la persona fallecida regrese. Se presenta un intenso cuadro de ansiedad, y por lo general no hay una evolución en la primera fase del duelo.
- b) Duelo inhibido: se presenta una incapacidad para expresar los sentimientos o manifestaciones relacionadas con la pérdida.
- c) Duelo prolongado o crónico: se caracteriza por la persistencia de sentimientos depresivos, y dura más de doce meses, la persona se queda estancada en la segunda etapa.
- d) Duelo no resuelto: es muy similar al anterior, pero la diferencia es que la persona se encuentra fijada en las circunstancias que llevaron a la muerte del ser querido, lo que le impide volver a su vida habitual. Por lo general, se encuentra estancada entre la segunda y tercera etapa.
- e) Duelo enmascarado: el duelo se disfraza clínicamente en síntomas somáticos, por ejemplo, dolores de cabeza sin una causa física aparente.
- f) Duelo psiquiátrico: se caracteriza por la presencia de fuertes trastornos de la personalidad. Hanus (2003) distingue, varios tipos de personalidad más propensos a presentar un duelo psiquiátrico entre los que se encuentran:

1. Histérico: la persona se identifica con la persona fallecida y en ocasiones llega a presentar un cuadro parecido a las causas de la muerte del ser querido.
2. Obsesivo: por lo general presenta fuertes sentimientos de culpa que pueden llevarlo a una depresión crónica.
3. Melancólico: en este cuadro clínico, por lo general, se presentan pérdida de autoestima, y existe la presencia de la idea del suicidio.

A partir de lo anterior es necesario especificar que cuando un ser querido muere, la familia atraviesa por todas las etapas anteriormente mencionadas, sin embargo, cada miembro de la familia las presenta de manera diferente, como ya se mencionó, esto depende de la personalidad de cada uno.

También la dinámica familiar cambia, dependiendo de qué miembro falleció, generalmente si la persona fallecida fue el padre, el hijo mayor pretende tomar su lugar, esto produce cambios importantes en la familia.

3.5 Duelo Ante la enfermedad del Cáncer

En cada uno de los miembros de la familia del enfermo de cáncer terminal surgen diferentes sentimientos tales como dolor, pena, miedo y culpa.

De acuerdo con (Aberasturi, 1976) el miedo surge debido a que los familiares, al conocer el diagnóstico del cáncer saben que su familiar va a morir. De acuerdo con la autora conforme va pasando el tiempo, y empeora el estado de salud del paciente, el miedo inicial se transforma en miedo a la propia muerte y posteriormente en miedo a la muerte de los demás integrantes de la familia.

Otro de los sentimientos comunes que surgen es la culpa, los familiares suelen culparse de lo que no se puede hacer para evitar el deterioro del paciente y suelen recurrir a frases tales como si “yo hubiera...” y frases parecidas.

Los sentimientos anteriores adquieren características especiales según el miembro de la familia que haya fallecido, es decir, los miembros de la familia no actúan de la misma manera si el familiar enfermo de Cáncer Terminal es el abuelo de 80 años o el niño de 12 años.

A pesar de lo anterior, el proceso de duelo es igual y tiene las mismas etapas anteriormente explicadas.

3.6 Etapas del Desarrollo de los Familiares de los Enfermos de Cáncer Terminal

Dentro del núcleo familiar los integrantes de éste se encuentran ubicados en las diferentes etapas del desarrollo humano, cada una de estas etapas posee características diferentes.

Aunque el ser humano, a lo largo de su vida atraviesa por siete etapas diferentes dentro de esta investigación solo se abordarán tres, que son las que atañen al tema:

- **Juventud:** Esta etapa comprende aproximadamente de los 18 a los 25 años de edad. Dentro de esta etapa el sujeto ya se encuentra más tranquilo después de haber salido de la adolescencia, sin embargo, aún no logra el equilibrio propio de la adultez. Dentro de esta etapa el joven es más analítico y reflexivo, es

capaz de frenar la fantasía y enfrentar la realidad objetivamente. (recuperado de etapas de desarrollo septiembre 2008, www.monografias.com)

- **Adulthood Temprana:** Esta etapa abarca de los 26 a los 35 años y está caracterizada principalmente porque el adulto presenta un gran anhelo por relacionarse con personas del sexo opuesto y establecer sus sentimientos, por lo general, utilizan el matrimonio para lograr este fin. El adulto tiene más responsabilidades en esta etapa, ha dejado atrás la juventud, sus ideas e ideales son más claros. Por lo general ya se asentado en un trabajo fijo. (recuperado de etapas de desarrollo septiembre2008,www.monografias.com)
- **Adulthood Media:** Esta etapa abarca de los 36 a los 45 años aproximadamente, se caracteriza porque surge la crisis de la mediana edad. Ésta es una experiencia emocional negativa suscitada por la sensación de estar “entrampado” entre lo aspirado, lo logrado y lo realmente posible de alcanzar en ese momento. Este sentimiento puede suscitar una reacción de pérdida de propósito en la vida, aunque no todas las personas atraviesan esta crisis; su mayor preocupación son eventos tales como la muerte, enfermedades, trabajo e hijos. (Craig, 2001)

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA Y RESULTADOS

4.1 Paradigma de investigación

Para la realización de esta investigación se tomará como base el enfoque cuantitativo, el que de acuerdo con Sampieri (2003, p. 8), “es aquel que utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente”.

Este tipo de estudio se caracteriza principalmente por tomar como base el uso de la estadística, lo anterior para establecer con exactitud los patrones de comportamiento que presenta una población en particular.

4.2 Tipo de Estudio

Esta investigación se clasifica de la siguiente manera:

- Por su profundidad, es descriptiva, ya que busca identificar la actitud que presenta un familiar de un enfermo terminal de cáncer.
- Por el tiempo en que ocurrieron los hechos investigados es prospectiva, ya que se estudiará el fenómeno mientras éste está ocurriendo.
- Por el número de veces en que se recolecta la información: es transversal, ya que se recolecta información en un solo momento de la investigación.
- Por las técnicas de investigación que se emplean es de campo, debido a que a través de la aplicación del instrumento se está en contacto directo con los sujetos.

4.3. Planteamiento del problema

La pregunta de investigación en la que se basó el presente estudio es la siguiente:

¿Cuál es la actitud que presenta un familiar de un enfermo terminal de cáncer con respecto a la enfermedad de su paciente?

4.4 Objetivo General

Identificar la actitud de los familiares de enfermos de cáncer terminal ante la situación de su paciente.

4.5 Objetivos Particulares

- Conocer la definición de actitud
- Conocer cómo se mide una actitud
- Conocer los aspectos relacionados con la muerte
- Investigar aspectos relacionados con la enfermedad del cáncer
- Investigar cómo se realiza un instrumento
- Realizar un instrumento que mida la actitud de los familiares de los enfermos terminales
- Conocer que actitud tienen los familiares de enfermos terminales de cáncer hacia la muerte.

4.6 Hipótesis

Debido a la naturaleza de la investigación se plantearan tres tipos de hipótesis relacionadas con la edad, sexo y una visión general de la población:

Ho: No existe diferencia significativa sobre la actitud que presentan los familiares con respecto a la enfermedad de su paciente.

Ha: Si existe diferencia significativa sobre la actitud que presentan los familiares con respecto a la enfermedad del paciente.

Ho: No existe diferencia significativa sobre la actitud que presentan los familiares con respecto a la enfermedad del paciente, al considerar su edad.

Ha: Si existe diferencia significativa sobre la actitud que presentan los familiares con respecto a la enfermedad del paciente, al considerar su edad.

Ho: No existe diferencia significativa sobre la actitud que presentan los familiares con respecto a la enfermedad del paciente, al considerar su sexo.

Ha: Si existe diferencia significativa sobre la actitud que presentan los familiares con respecto a la enfermedad del paciente, al considerar su sexo

4.7 Definición de Variables

Actitud: (Thurstone, 1928) define a la actitud como la intensidad de efecto a favor o en contra de un evento psicológico, así mismo, la define como la suma de las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, sesgos, ideas preconcebidas, miedos, amenazas y convicciones acerca de un determinado asunto. (citado por Rodríguez, 1996)

Cáncer: Es el crecimiento anormal e incontrolado de células en alguna parte específica del cuerpo, este tipo de degeneración puede darse en varias partes del organismo por lo que existen varios tipos de cáncer. (IMSS, 2005)

Familia: “Un grupo social básico creado por vínculos de parentesco y matrimonio”, comúnmente este grupo da a sus miembros protección, amor, compañía y seguridad. (Enciclopedia Encarta, 2003)

4.8 Instrumento

4.8.1 Descripción del instrumento

El instrumento consta de 40 reactivos los cuales están agrupados de acuerdo al componente de la actitud (afectiva, cognoscitiva y conductual) se contestan de forma dicotómica es decir SI o NO (Ver anexo)

4.8.2 Confiabilidad

Para obtener la confiabilidad del instrumento se utilizó el programa SPSS for Windows versión 14, obteniendo una confiabilidad de Alpha de Cromach de .84 lo que la hace una prueba confiable.

4.8.3 Validez

Para la validación de este instrumento se recurrió a la validez de expertos, también llamada validez recurrente.

Se le presentó el instrumento original a 11 expertos quienes analizaron el original que constaba de 48 preguntas, lo calificaron y posteriormente de esta forma se eliminaron 8 reactivos quedando 40 en total.

4.9 Muestra

Para la realización de esta investigación se seleccionó una muestra de 60 personas, cuya característica en común es que tuvieran algún familiar enfermo de cáncer y que éste se encontrara en fase terminal. Su edad debía de oscilar entre los 18 y 45 años de edad.

Se utilizó un muestreo estratificado basándose en el sector de la edad, escogiendo a las personas entre 18 y 45 años, lo anterior debido a que son las personas adultas las que se encargan del cuidado de un familiar enfermo.

Posteriormente se recurrió al muestreo aleatorio simple, elaborando primeramente una lista de los pacientes internados en el área de oncología del Hospital la Raza, se enumeraron y se procedió a seleccionar la muestra utilizando una tabla de números aleatorios.

Después de procedió a aplicar el instrumento, esto se realizó en un lapso de quince días, en donde se aplicó el instrumento a cuatro personas diarias, dedicando un tiempo aproximado de una hora a cada uno.

Para elegir el tamaño de la muestra se hizo con base en la proporción de los sujetos que presentan cierta característica en determinada población. En este caso, la actitud que presenta el familiar con respecto a la enfermedad de su paciente.

Para poder obtener el tamaño de la muestra fue necesario utilizar la siguiente formula:

$$n = \frac{z^2 p(1-p)N}{e^2(N-1) + z^2 p(1-p)}$$

Donde:

N= a la población total de familiares de enfermos terminales de cáncer dentro del hospital de la raza en el área de oncología, (300)

n= número de personas que conforman la muestra

p= proporción de los familiares de enfermos terminales que tienen una actitud positiva hacia el cáncer (0.5)

e= error de estimación (.11)

z= nivel de confianza del 95% lo que corresponde a un valor de z= 1.96

Al sustituir los valores anteriores de la formula queda de la siguiente manera:

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.5(1-0.5) \cdot 300}{.11^2(300-1) + 1.96^2 \cdot 0.5(1-0.5)}$$

$$n = 60$$

Lo anterior da un total de 60, que es el número de la muestra.

4.10.Resultados

Una vez finalizada la aplicación se procedió a la calificación de cada instrumento, de acuerdo a la norma de calificación (ver anexo), y posteriormente se realizó el tratamiento estadístico el cual consistió en un Análisis de varianza Anova, que permite diferenciar entre diferentes grupos con una característica particular, (en este caso, edad o sexo)

La población se dividió según las edades en tres grupos (juventud, adultez temprana y adultez media).

Con respecto a la clasificación de sexo se hicieron dos grupos: masculino y femenino.

4.10.1 Rango de Resultados

Para realizar la calificación del instrumento es necesario utilizar la siguiente tabla, la cual arroja el rango en el que el familiar del enfermo de cáncer terminal se encuentra:

31-41.....Actitud positiva.

10-30.....Actitud disonante

0-9.....Actitud negativa.

4.10.2 Análisis de Resultados

Se dividió a la población en dos categorías: sexo y edad; en la primera se hizo un análisis para comparar la actitud entre hombres y mujeres para observar si el sexo es un factor determinante en el comportamiento que presentan ante la enfermedad de su familiar.

En la segunda categoría, se hicieron tres grupos de edades correspondientes a juventud (18-25 años); adultez temprana (26-35 años) y adultez madura (36-45 años) con el fin de observar si la edad influye en la actitud que presentan los familiares ante la enfermedad del paciente.

Con respecto al indicador de sexo, se obtuvo mediante el análisis de varianza, que no existe diferencia significativa en hombres y mujeres, sobre la actitud que presentan los familiares con respecto a la enfermedad del paciente (se acepta la hipótesis nula) como se analiza más adelante en la interpretación de las gráficas por pregunta.

La siguiente tabla muestra el número de hombres y mujeres que contestaron el instrumento, así como su proporción en la muestra, indicando la calificación y rango de actitud que presentan.

TABLA DE RESULTADOS EN FUNCION AL SEXO

SEXO	sujetos	proporción en la muestra	Puntuación	Rango
masculino	33	55	27	Actitud disonante
femenino	27	45	26	Actitud disonante
total	60			

SEXO	ANALISIS DE VARIANZA A UN NIVEL DE SIGNIFICANCIA DEL 1%				
Gran media	Estimación interna de la varianza	Estimación intermedia	Valor de F	Valor del estadístico de prueba	Decisión estadística
0.64732693	0.001680944	0.113905982	67.763103	99.47	Se acepta la hipótesis nula

Con respecto al indicador de la etapa de desarrollo, se obtuvo mediante el análisis de varianza, que no existe diferencia significativa sobre la actitud que presentan los familiares con respecto a la enfermedad del paciente en función a dicho indicador (se rechaza la hipótesis alterna), como se analiza más adelante en la interpretación de las gráficas por pregunta.

La siguiente tabla muestra el número de sujetos por etapa de desarrollo, que contestaron el instrumento, así como su proporción en la muestra, indicando la calificación y rango de actitud que presentan.

edad	etapa de desarrollo	sujetos	proporción en la muestra	Puntuación	Rango
18-25	juventud	9	15	27	Actitud disonante
26-35	adultez temprana	35	58	26	Actitud disonante
36-45	adultez madura	16	27	28	Actitud disonante
		60			

ETAPA DE DESARROLLO	ANALISIS DE VARIANZA A UN NIVEL DE SIGNIFICANCIA DEL 1%				
Gran media	Estimación ir	Estimación intermedia	Valor de F	Valor del estadístico de prueba	Decisión estadística
0.65729933	0.008849482	0.182662355	20.6410217	76.17	Se acepta la hipótesis nula

TABLA DE RESULTADOS GENERAL

La siguiente tabla muestra los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento a la muestra; como se puede observar, la mayoría de los sujetos presenta una actitud disonante.

SUJETO	EDAD	SEXO	RESULTADO
1	18	Masculino	ACTITUD DISONANTE
2	22	Masculino	ACTITUD DISONANTE
3	22	Masculino	ACTITUD DISONANTE
4	23	Masculino	ACTITUD DISONANTE
5	23	Masculino	ACTITUD DISONANTE
6	25	Masculino	ACTITUD DISONANTE
7	25	Masculino	ACTITUD DISONANTE
8	25	Femenino	ACTITUD DISONANTE
9	25	Femenino	ACTITUD DISONANTE
10	26	Masculino	ACTITUD DISONANTE
11	27	Masculino	ACTITUD DISONANTE
12	27	Masculino	ACTITUD DISONANTE
13	27	Masculino	ACTITUD DISONANTE
14	27	Masculino	ACTITUD DISONANTE
15	27	Masculino	Actitud positiva
16	27	Masculino	ACTITUD DISONANTE
17	27	Masculino	ACTITUD DISONANTE
18	27	Femenino	ACTITUD DISONANTE
19	27	Femenino	ACTITUD DISONANTE
20	27	Femenino	ACTITUD DISONANTE
21	27	Femenino	ACTITUD DISONANTE
22	27	Femenino	Actitud positiva
23	27	Femenino	ACTITUD DISONANTE

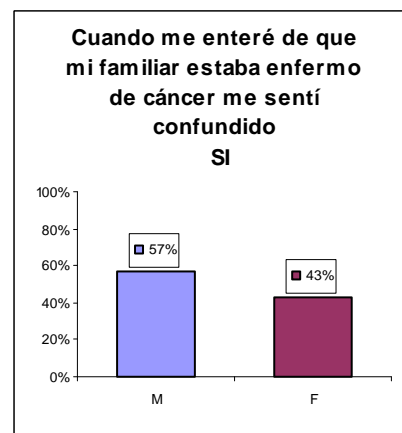
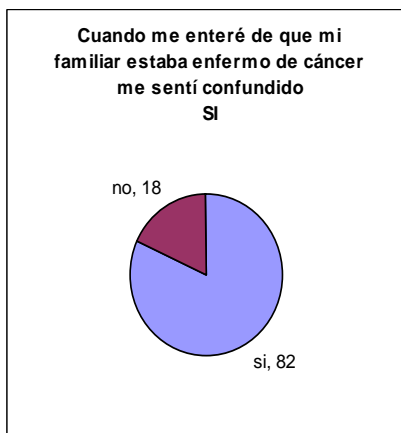
4.11 Análisis de reactivos

A continuación se realizará un análisis de los reactivos que conforman el instrumento para medir la actitud que puede presentar un familiar de un enfermo de Cáncer terminal.

Para este análisis se presentarán dos graficas por cada reactivo, la gráfica de barras representa el porcentaje de hombres y de mujeres que contestaron al reactivo que se haga alusión, mostrando la opción que eligieron; la gráfica de pastel, representa en general el porcentaje de personas que contestaron cada reactivo.

La finalidad de este análisis será comparar las respuestas que dieron a este reactivo hombres y mujeres, para identificar si existe diferencia significativa en sus respuestas.

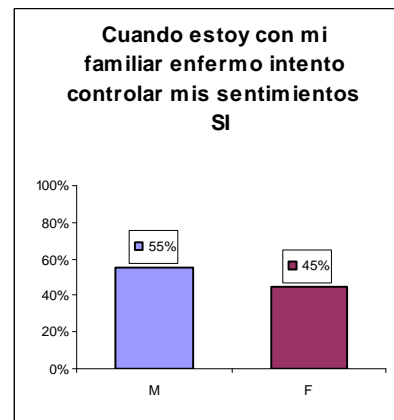
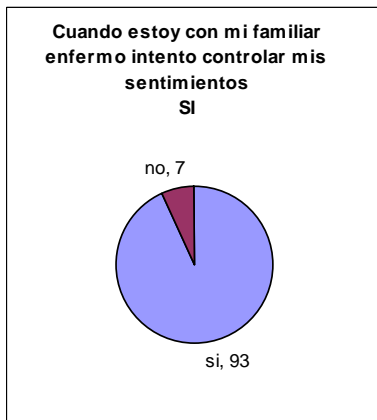
1. Cuando me enteré de que mi familiar estaba enfermo de cáncer me sentí confundido.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 82% del total de sujetos contestaron que sí se sentían confundidos al enterarse sobre la enfermedad de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 57% son hombres y el 43% mujeres)

Estos resultados muestran que para los familiares de los enfermos de cáncer terminal el recibir el diagnóstico de su paciente fue confuso y doloroso, lo que provoca un estado de shock , que no permite entender y asimilar de manera rápida lo sucedido, sin importar si se es hombre o mujer.

2. Cuando estoy con mi familiar intento controlar mis sentimientos

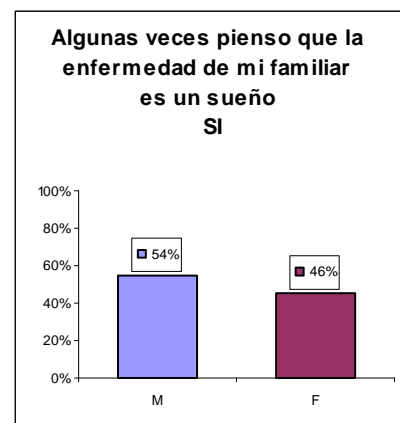
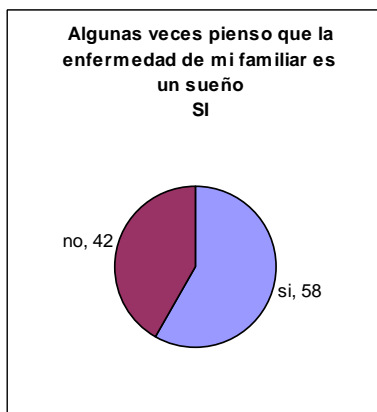


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 93% del total de sujetos contestaron que sí controlan sus sentimientos en la convivencia con su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 55% son hombres y el 45% mujeres)

Con lo anterior nos podemos dar cuenta de que la mayoría de las personas que contestaron el instrumento tratan de controlar lo que sienten y de mostrar fortaleza frente a su familiar enfermo, sin importar si se es hombre o mujer,

de acuerdo con los comentarios recibidos durante la aplicación, este punto les pareció muy importante debido a que el enfermo se debe sentir animado y no notar la tristeza o el cansancio del familiar que lo cuida.

3. Algunas veces pienso que la enfermedad de mi familiar es un sueño.

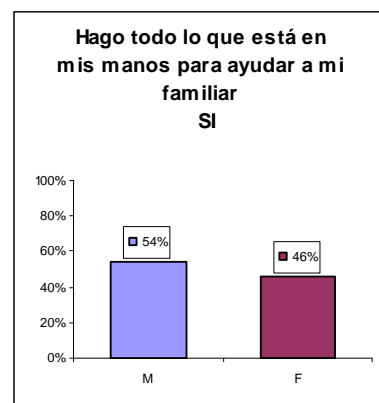
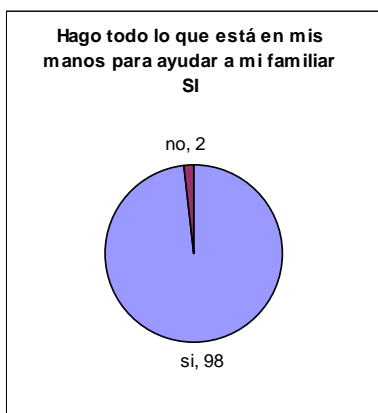


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 58% del total de sujetos contestaron que sí han pensado que la enfermedad de su familiar les parece un sueño (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 54% son hombres y el 46% mujeres)

Esto significa que el familiar está pasando por una etapa del duelo llamada negación, y como se mencionó en el capítulo 3, esta etapa suele ser la primera que se presenta.

Debido a lo anterior es usual que la sensación que presentan los familiares, sin importar si se es hombre o mujer, de estar en un sueño sea recurrente en los primeros días, meses, e incluso semanas de haber recibido el diagnóstico.

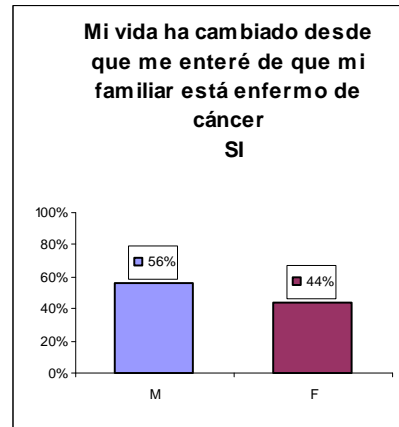
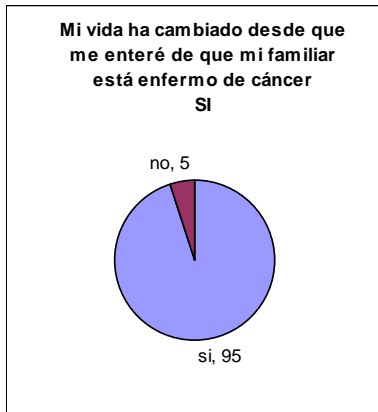
4. Hago todo lo que está en mis manos para ayudar a mi familiar.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 98% del total de sujetos contestaron que sí hacen todo lo que está en sus manos para ayudar a su familiar enfermo (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 54% son hombres y el 46% mujeres)

En este reactivo se ve reflejado el hecho de que el familiar trata en medida de lo posible proporcionarle a su paciente una mejor calidad del tiempo que le queda de vida y hace todo lo posible, sin importar si se es hombre o mujer, para que el enfermo se sienta bien, dentro de lo que cabe.

5. Mi vida ha cambiado desde que me enteré de que mi familiar está enfermo de cáncer.



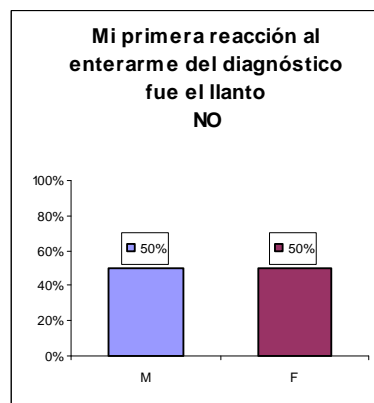
Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 95% del total de sujetos contestaron que consideran que su vida ha cambiado desde que se enteraron de la enfermedad de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 56% son hombres y el 44% mujeres)

Como se mencionó a lo largo del capítulo 3 (Familia) el diagnóstico de una enfermedad (sea cual sea) causa cambios de todo tipo dentro de la dinámica familiar. Los cambios pueden ir desde la alimentación hasta la remodelación de la casa para las facilidades del enfermo.

Pasando por los cambios de humor y ánimo súbitos que puedan presentar lo familiares más cercanos al enfermo.

Lo anterior ejemplifica otra etapa del duelo, que enfrentan hombres y mujeres indistintamente, que es el enojo, y lo puede demostrar portándose en ocasiones, grosero con el mismo enfermo o bien con los demás integrantes de la familia.

6. Mi primera reacción al enterarme del diagnóstico fue el llanto.

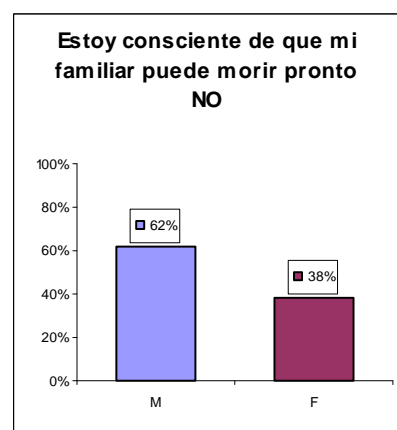
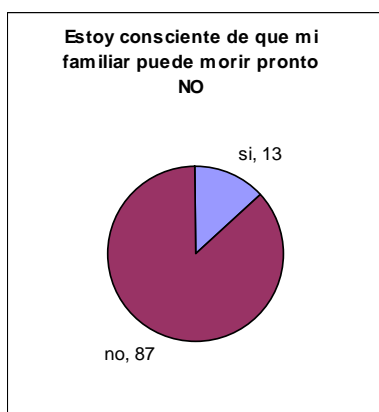


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 47% del total de sujetos contestaron su primera reacción después de conocer el diagnóstico final de la enfermedad de su familiar no fue el llanto (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 50% son hombres y el 50% mujeres)

Cada persona es diferente y, por ende, tiene diferentes formas de reaccionar ante situaciones dolorosas. No todas las personas van a reaccionar llorando, algunas se pueden mostrar enojadas o incrédulas, mientras que otras pueden reírse debido a los nervios.

De acuerdo a lo que se observa en las gráficas, las mujeres y los hombres son propensos a reaccionar ante este tipo de situaciones con llanto por igual.

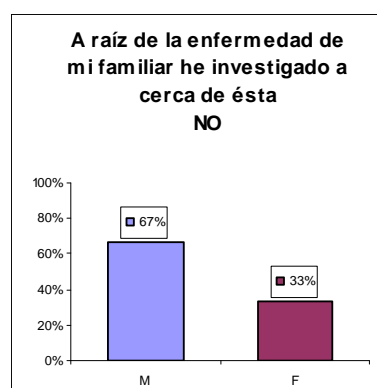
7. Estoy consciente de que mi familiar puede morir pronto.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 87% del total de sujetos contestaron que no están consientes de que su familiar pueda morir pronto (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 62% son hombres y el 38% mujeres)

Para la mayoría de las personas, es muy difícil aceptar la muerte y más aún si se trata de la de un ser querido, de acuerdo con las gráficas, a los hombres son los menos consientes de la próxima muerte del familiar enfermo de cáncer.

8. A raíz de la enfermedad de mi familiar he investigado acerca de ésta.

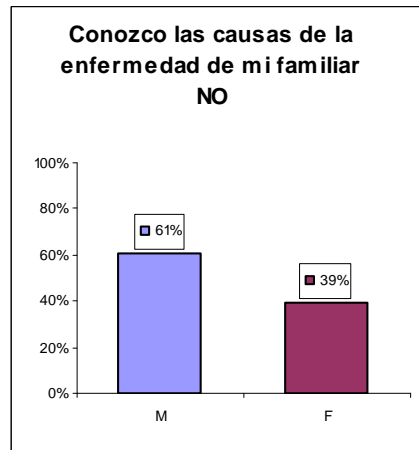
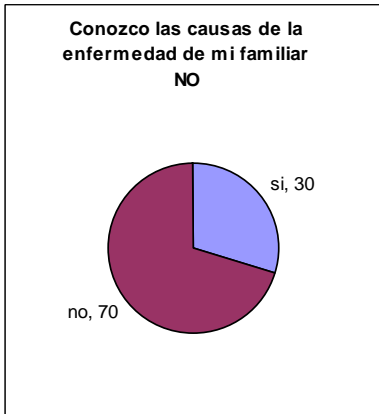


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 80% del total de sujetos contestaron que no han investigado aspectos relacionados con la enfermedad de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 67% son hombres y el 33% mujeres)

Por lo general, la población no está enterada del significado, causas, consecuencias y tratamiento del cáncer. Al enterarse del diagnóstico por parte del doctor, pueden llegar a sentir miedo al enfrentarse ante algo desconocido, por lo que intentan liberar o calmar su miedo, buscando información acerca de la enfermedad de su familiar, sin embargo la mayoría de las personas que contestaron el instrumento no han investigado acerca de ésta enfermedad, siendo los hombres los que menos han investigado.

A pesar de lo anterior, durante el proceso de aplicación se pudo notar que hay familiares que han investigado tan a profundidad la enfermedad de su paciente, que son capaces de sugerir tratamientos a los doctores. Esta conducta, como se muestra en las gráficas, puede presentarse con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres.

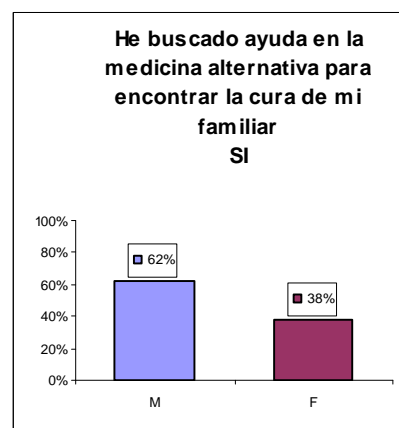
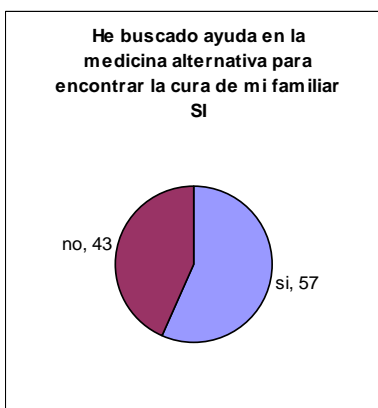
9. Conozco las causas de la enfermedad de mi familiar.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 70% del total de sujetos contestaron que no conocen las causas de la enfermedad de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 61% son hombres y el 39% mujeres)

Esta pregunta está ligada a la anterior, ya que como se mencionó anteriormente el familiar teme enfrentarse a lo desconocido o bien, a una realidad inminente, por eso prefiere no indagar ni investigar las razones por las que su familiar está enfermo, como se observa en la gráfica, y al igual que la pregunta anterior, las mujeres suelen investigar y estar mas enteradas de los aspectos relacionados con la enfermedad que los hombres.

10. He buscado ayuda en la medicina alternativa para encontrar la cura de mi familiar.

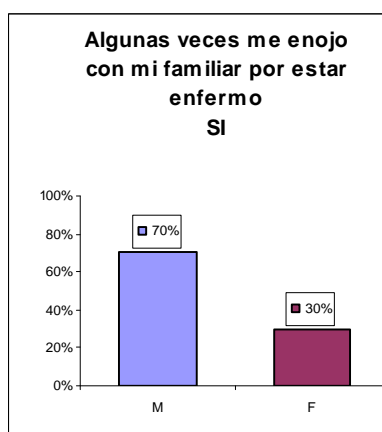
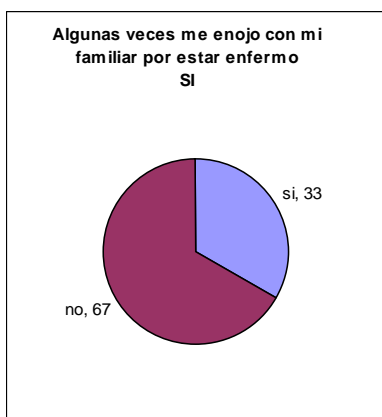


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 57% del total de sujetos contestaron si han buscado ayuda en la medicina alternativa para encontrar la cura de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 62% son hombres y el 38% mujeres)

Esta conducta que llegan a presentar los familiares, es una manifestación de dos cosas, la primera, se presenta nuevamente la negación y se trata, por todos los medios de encontrar la cura del familiar; y el otro elemento que se manifiesta en esta conducta es procurar hacer todo lo posible para que el familiar enfermo esté bien y brindarle una mejor calidad de vida.

Es notorio, de acuerdo con las gráficas, que esta conducta la presentan más los hombres que las mujeres.

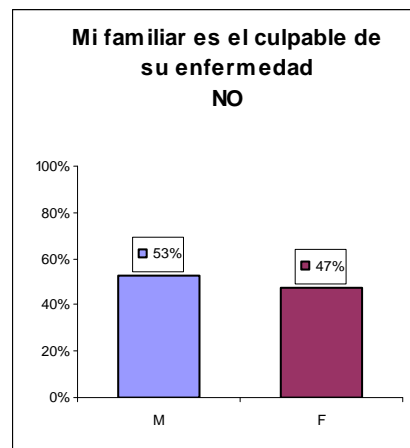
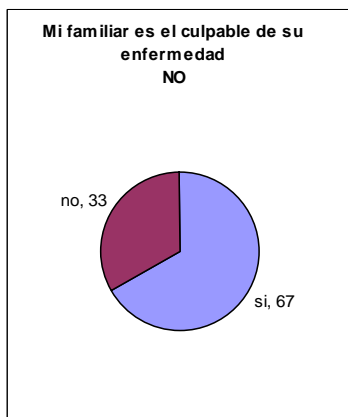
11. Algunas veces me enojo con mi familiar por estar enfermo.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 33% del total de sujetos contestaron que en ocasiones se enojan con su familiar por estar enfermo (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 70% son hombres y el 32% mujeres)

De acuerdo a los resultados que muestran estas gráficas se puede observar que las mujeres son las que menos experimentan el sentimiento de enojo hacia su familiar, mientras que los hombres se enojan más con el paciente por estar enfermo, con esto nos podemos dar cuenta que llega un punto en que el familiar encargado de cuidar al paciente, se puede sentir enojado contra él por muchas razones, una de ella puede ser que la persona ha dejado de lado sus actividades cotidianas por estar en el hospital, o que incluso ha perdido su trabajo.

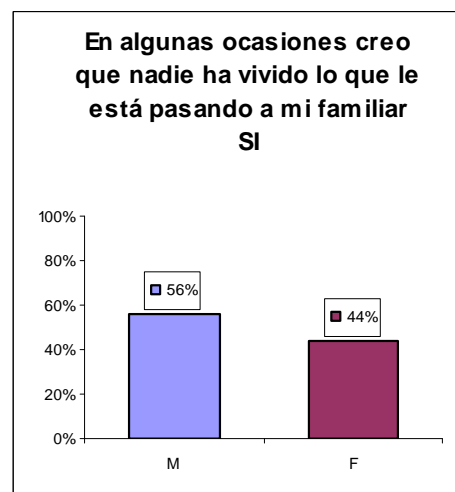
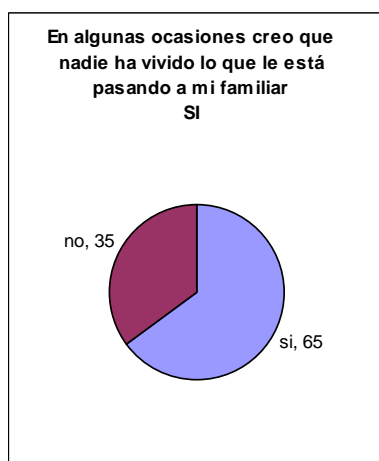
12. Mi familiar es el culpable de su enfermedad.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 33% del total de los sujetos piensan que su familiar no es el culpable de su enfermedad (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 53% son hombres y el 47% mujeres)

Aunque pocas personas de la muestra piensan que su familiar no tiene la culpa de su enfermedad, este sentimiento puede llegar a surgir cuando los actos del paciente enfermo lo llevaron a este punto, por ejemplo, los pacientes que tienen cáncer pulmonar, que como se vio en el capítulo 2 (Cáncer) es un tipo de cáncer que afecta principalmente a las personas fumadoras. Este sentimiento puede llegar a presentarse en hombres y mujeres por igual.

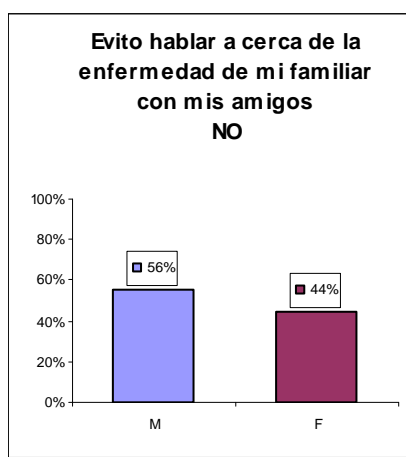
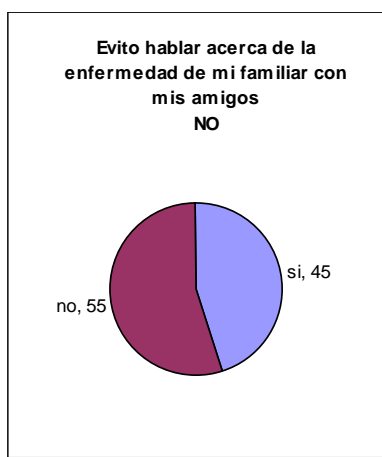
13. En algunas ocasiones creo que nadie ha vivido lo que está pasando mi familiar.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 65% del total de sujetos contestaron que en ocasiones creen que nadie ha vivido lo que le está pasando a su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 56% son hombres y el 44% mujeres)

La mayoría de la veces el enfermo de cáncer llega a ponerse tan grave, que la familia cree que no es normal, por lo que puede llegar a pensar que ningún otro enfermo está experimentando los mismos síntomas que su familiar, esto sin importar si el familiar que cuida al paciente es hombre o mujer.

14. Evito hablar acerca de la enfermedad de mi familiar con mis amigos.



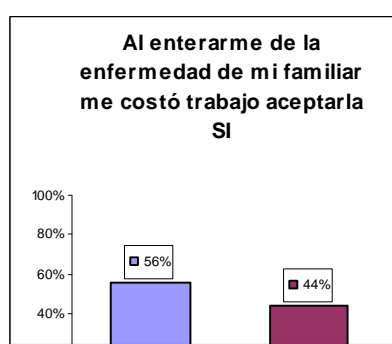
Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 55% del total de sujetos contestaron que no evitan hablar con sus amigos acerca de la enfermedad de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 56% son hombres y el 44% mujeres)

En ocasiones el familiar puede sentir pena debido a que el enfermo de cáncer sufre cambios físicos drásticos en el proceso de su enfermedad, estos cambios son derivados de los tratamientos como puede ser la quimioterapia o la radiación, algunos de estos cambios fueron explicados en el capítulo 2 (Cáncer)

La estructura física del paciente se ve afectada, adelgaza, se le cae el cabello y su piel puede llegar a tornarse amoratada. Aunque esto es un proceso normal para las personas enfermas de cáncer, para los familiares puede llegar a ser un shock el ver el cambio tan drástico de su paciente por lo que prefieren mantenerlo en secreto.

Sin embargo, a algunos de los familiares que componen esta muestra se les facilita hablar con sus amigos y/o conocidos acerca de la enfermedad de su familiar, sin importar si son hombres o mujeres.

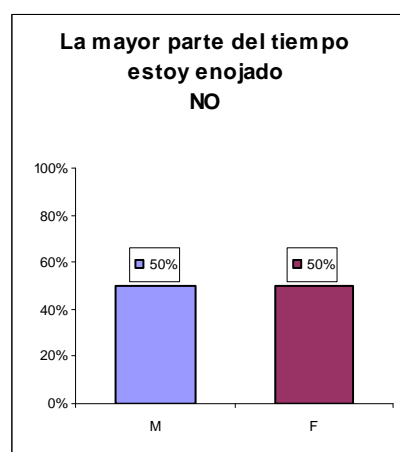
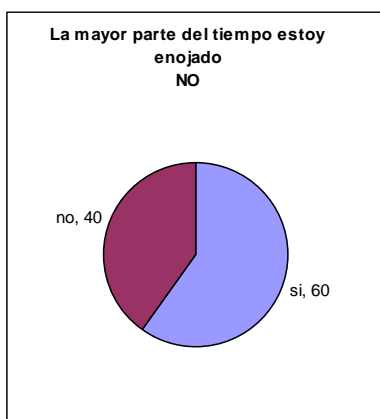
15. Al enterarme de la enfermedad de mi familiar me costó trabajo aceptarla.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 83% del total de sujetos contestaron que al enterarse de la enfermedad de su familiar, les costó trabajo aceptar ésta (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 56% son hombres y el 44% mujeres)

Como ya se ha mencionado en reactivos anteriores, la etapa de la negación está muy presente en el duelo anticipado por el que pasan los familiares de un enfermo de cáncer terminal al enterarse del diagnóstico, y no importa si se es hombre o mujer.

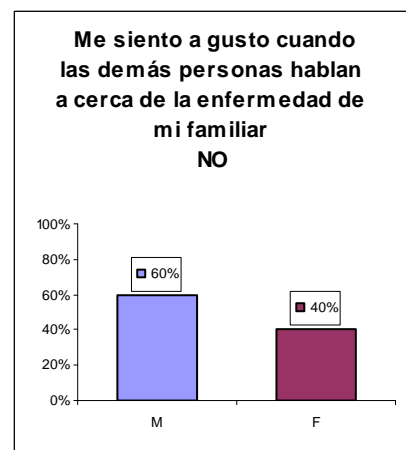
16. La mayor parte del tiempo estoy enojado.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 40% del total de sujetos contestaron que la mayor parte del tiempo no se encuentran enojados (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 50% son hombres y el 50% mujeres)

Aunque un importante porcentaje de los participantes del estudio dieron una respuesta negativa a esta pregunta, es muy probable que el familiar encargado del enfermo, sin importar si es hombre o mujer, se sienta enojado y en ocasiones frustrado debido al cambio que ha experimentado su vida a lo largo de la enfermedad de su paciente.

17. Me siento a gusto cuando las demás personas hablan acerca de la enfermedad de mi familiar.

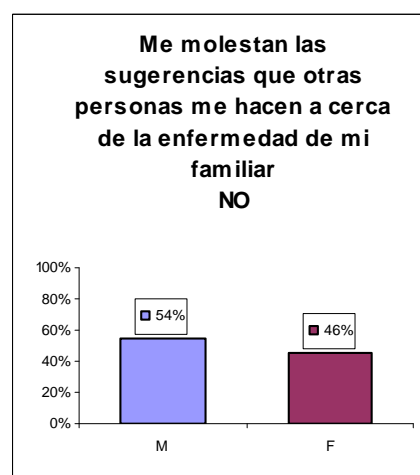
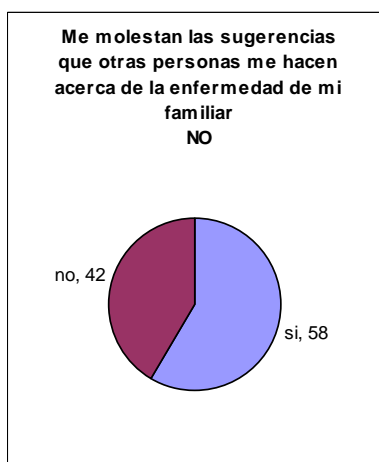


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 50% del total de sujetos contestaron que no se sienten a gusto cuando las demás personas hablan acerca de la enfermedad de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 60% son hombres y el 40% mujeres)

Generalmente las personas que no están involucradas en el cuidado del familiar enfermo suelen dar consejos a las personas que sí se encargan de esto. Lo anterior puede llegar a molestar al cuidador, de acuerdo con los resultados, las mujeres son quienes experimentan más frecuentemente éste sentimiento que los hombres.

Otra de las cosas que les parece molestar a las personas cercanas al enfermo es que los sujetos ajenos comenten a terceras personas el estado demacrado en el que se encuentra el paciente.

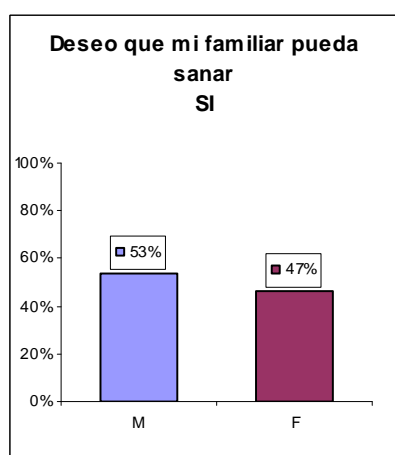
18. Me molestan las sugerencias que otras personas me hacen acerca de la enfermedad de mi familiar.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 42% del total de sujetos contestaron que no les molestan las sugerencias que otras personas les hacen acerca de la enfermedad de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 54% son hombres y el 46% mujeres)

Esta situación puede depender mucho del estado de ánimo del cuidador y del tipo de sugerencia que se haga. Lo anterior debido a que el familiar que cuida al enfermo, ya sea hombre o mujer, puede sentir la sugerencia como un reproche de que no está cuidando bien a su paciente.

19. Deseo que mi familiar pueda sanar.

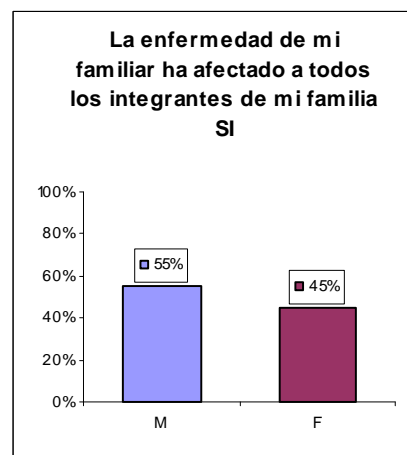


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 97% del total de sujetos contestaron que sí desean que su familiar sane (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 53% son hombres y el 47% mujeres)

Es muy normal que exista el deseo o la esperanza por parte de los familiares cercanos que el paciente pueda sanar.

La persona o las personas encargadas del cuidado del enfermo, sin importar si es hombre o mujer van a hacer todo lo posible para que éste se encuentre bien.

20. La enfermedad de mi familiar ha afectado a todos los integrantes de mi familia.

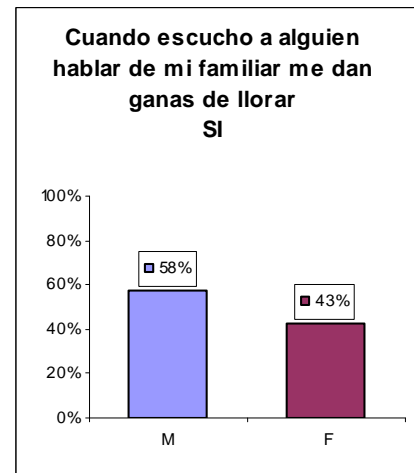
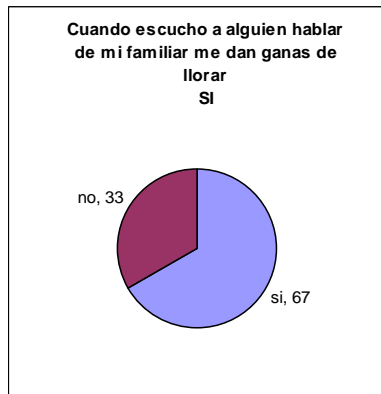


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 100% del total de sujetos piensan que la enfermedad de su familiar ha afectado a todos los integrantes de la familia (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 55% son hombres y el 45% mujeres)

La enfermedad de un miembro de la familia siempre va a afectar la dinámica de ésta, y lo va a hacer si no en todos, sí en la mayoría, las consecuencias se pueden ver reflejadas tanto en el lado afectivo como monetario, los padres centran su atención en el enfermo y no en los hijos, si la madre es la cuidadora del enfermo, es común que descuide sus labores domésticos e incluso que deje de ir a trabajar; los hijos son propensos a distraerse de sus actividades diarias y bajar sus calificaciones; el enfermo

puede sentirse tan frustrado y volverse difícil de manejar; lo anterior puede provocar un ambiente de tensión en la familia cambiando así por completo la dinámica familiar.

21. Cuando escucho a alguien hablar de mi familiar me dan ganas de llorar.

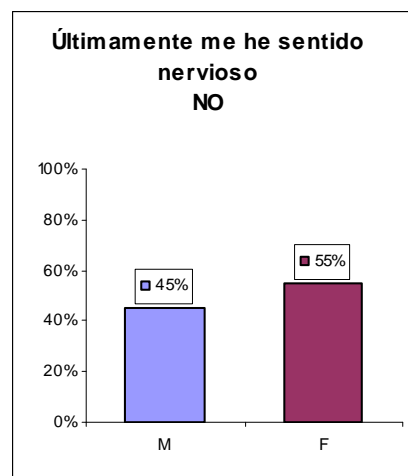


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 67% del total de sujetos contestaron que cuando escuchan a alguien hablar de su familiar enfermo, sienten ganas de llorar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 58% son hombres y el 43% mujeres).

Quando hay un enfermo muy grave dentro de la familia, los sentimientos de los integrantes del núcleo familiar, se encuentran muy susceptibles, por lo que es muy probable que si escuchan hablar a alguien a cerca de su familiar, mencionándolo cuando el estaba sano, pueden tener este tipo de reacciones, y por lo general, lo van a hacer a escondidas ya que el familiar que cuida debe de mostrar fortaleza.

Curiosamente, los hombres de ésta muestra son quienes presentan mas este sentimiento en comparación con las mujeres.

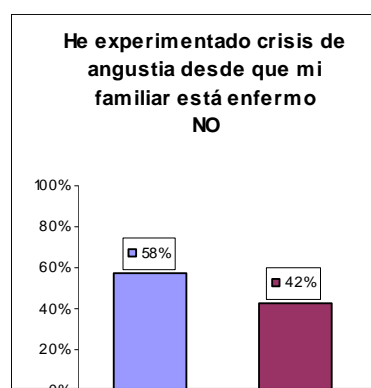
22. Últimamente me he sentido nervioso



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 52% del total de sujetos contestaron que no se han sentido nervioso últimamente (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 45% son hombres y el 55% mujeres)

El hecho de tener un enfermo Terminal de cáncer en la casa o en el hospital puede ocasionar que se experimenten diferentes sentimientos en los familiares del enfermo, específicamente en aquel que se encarga de cuidarlo, uno de estos sentimientos puede ser el nerviosismo, ya que hay mucho incertidumbre porque no saben en que momento se va poner mas enfermo el paciente, o lo que le pueda ocurrir de un momento a otro, curiosamente, dentro de ésta muestra, los hombres son mas propensos a sentirse de ésta forma que las mujeres.

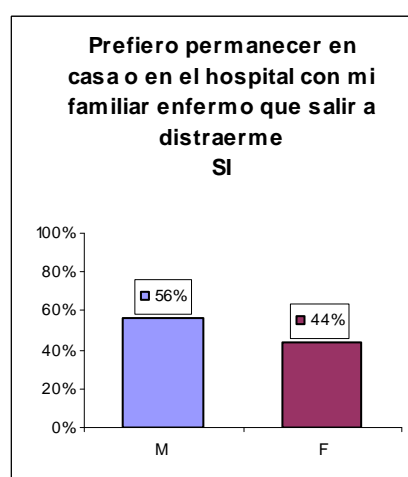
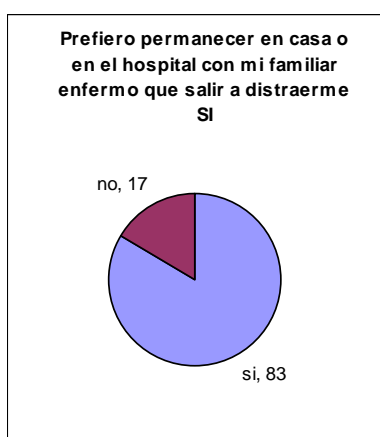
23. He experimentado crisis de angustia desde que mi familiar está enfermo.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 45% del total de sujetos contestaron que no han experimentado crisis de angustia desde que su familiar está enfermo (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 58% son hombres y el 42% mujeres)

Aunque un porcentaje importante de las personas de esta muestra no han presentado crisis de angustia durante el periodo en el que sus familiar ha estado enfermo, es normal que los seres humanos se muestren ansioso ante situaciones desconocidas, inesperadas o en las que la incertidumbre este presente constantemente. De acuerdo a la gráfica, los hombres son menos susceptibles a presentar crisis de angustia que las mujeres.

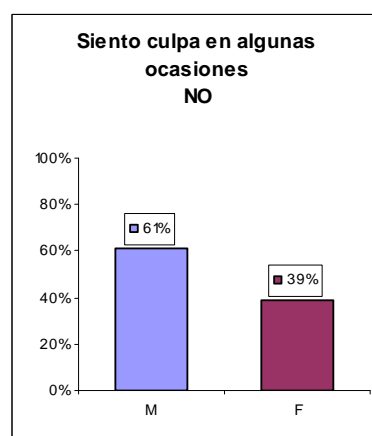
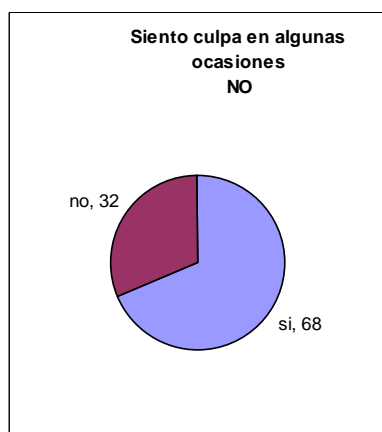
24. Prefiero permanecer en casa o en el hospital con mi familiar enfermo que salir a distraerme.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 83% del total de sujetos contestaron que prefieren quedarse en casa con su familiar enfermo, que salir a distraerse (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 56% son hombres y el 44% mujeres)

Al conocer que el diagnóstico para el enfermo de cáncer es terminal, los familiares, prefieren estar con su familiar mas tiempo, para pasar con el sus últimos días de vida, y para hacer esto lo más llevadero posible. De acuerdo con las gráficas, los hombres son quienes más prefieren quedarse en casa en comparación con las mujeres.

25. Siento culpa en algunas ocasiones.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 32% del total de sujetos contestaron que no sienten culpa (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 61% son hombres y el 39% mujeres)

Los familiares que cuidan al enfermo terminal de cáncer se encuentran sometidos a mucha presión debido a que los cuidados deben de ser óptimos, este puede, en algunos casos ocasionar en los cuidadores un estado de desesperación, incluso algunas veces pueden llegar a hablarle de una forma grosera al enfermo, o tratar de alejarse de él. En las gráficas se puede observar que las mujeres son más propensas a experimentar este sentimiento.

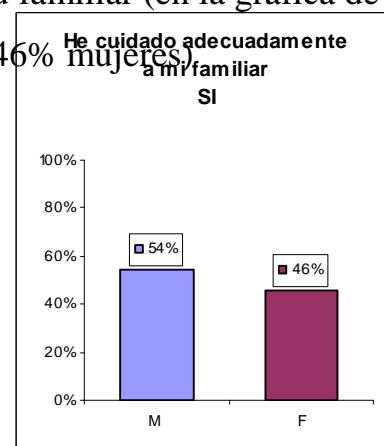
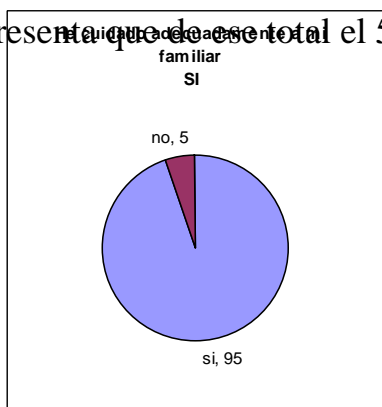
Otras veces el estado de salud del enfermo se encuentra ya tan deteriorado que para el familiar que lo cuida es difícil verlo así por lo que en ocasiones trata de evitar el contacto con éste.

El familiar sabe que esto no está bien, sien embargo, lo sigue haciendo, lo que le provoca un sentimiento de culpa.

Al igual que en reactivos anteriores, esto puede ser explicado en base al concepto de disonancia cognoscitiva.

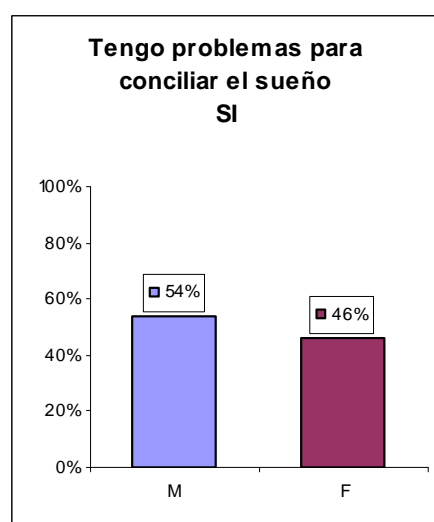
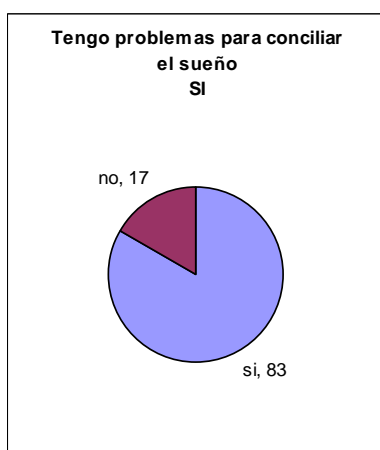
26. He cuidado adecuadamente a mi familiar.

Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 95% del total de sujetos contestaron que si han cuidado adecuadamente a su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 54% son hombres y el 46% mujeres).



Los familiares, del enfermo terminal, sin importar el sexo de éstos, consideran que durante la enfermedad de su familiar lo han cuidado muy bien y hacen todo lo posible para que el paciente pase de una forma “agradable” y menos dolorosa sus últimos días.

27. Tengo problemas para conciliar el sueño.

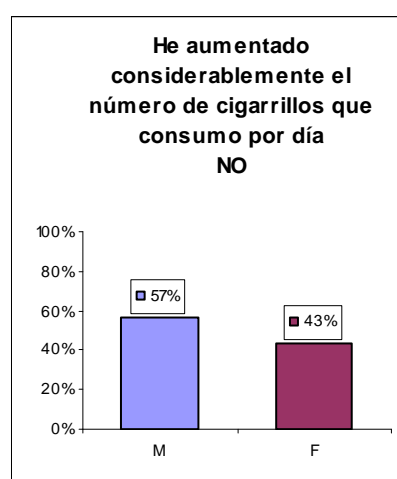
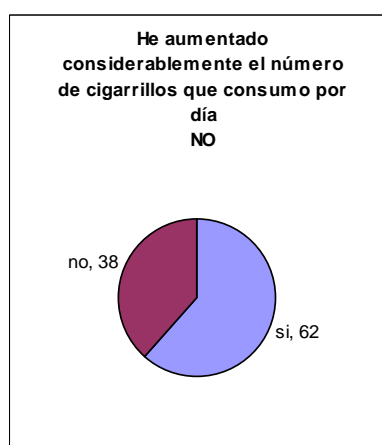


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 83% del total de sujetos contestaron que sí tienen problemas para conciliar el sueño (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 54% son hombres y el 46% mujeres)

Los problemas en el sueño pueden surgir cuando los sujetos están sometidos a mucho estrés, a éste se le puede sumar la tristeza que pueden estar sintiendo por el mal estado de salud de su familiar.

Generalmente los familiares que se encargan de cuidar al enfermo, sin importar el sexo de éstos, no pueden dormir debido a que están pendiente durante la noche de su familiar, de ir a darle las medicinas, de asegurarse que no necesite nada o simplemente se levantan constantemente para asegurarse de que su familiar aún se encuentre con vida.

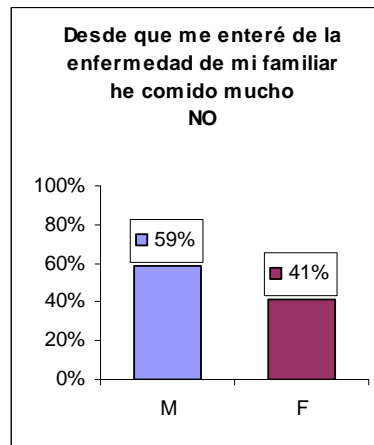
28. He aumentado considerablemente el número de cigarrillos que consumo por día.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 38% del total de sujetos contestaron que no han aumentado el número de cigarrillos al día desde que su familiar enfermó (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 57% son hombres y el 43% mujeres)

En nuestra sociedad el cigarrillo suele ser utilizado como un método para contrarrestar la ansiedad que se puede experimentar en determinadas situaciones, la mayoría de las personas que contestaron éste instrumento, si han aumentado el número de cigarrillos al día. Siendo las mujeres las que mas presentan ésta conducta.

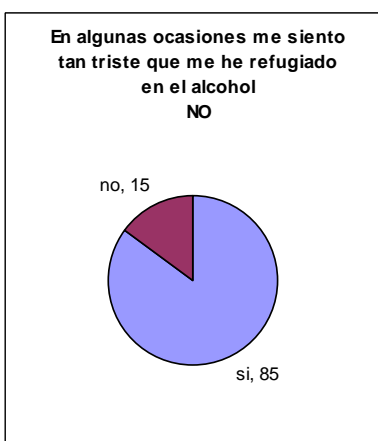
29. Desde que me enteré de la enfermedad de mi familiar he comido mucho.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 23% del total de sujetos contestaron que no ha aumentado la cantidad de comida que ingieren desde que se enteraron de la enfermedad de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 59% son hombres y el 41% mujeres)

Es común que cuando existe una situación que preocupe a los sujetos traten de desviar su atención o de consolarse con cosas materiales como ir de compras, tomar alcohol en exceso o bien como en este caso comer más de lo normal. Las mujeres suelen aumentar la cantidad de comida que los hombres.

30. En algunas ocasiones me siento tan triste que me he refugiado en el alcohol.



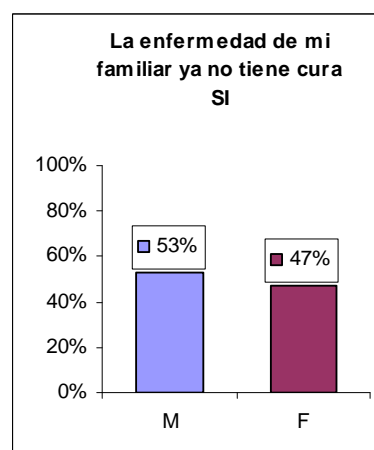
Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 15% del total de sujetos contestaron que no se han refugiado en el alcohol desde que se enteraron de la enfermedad de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 57% son hombres y el 43% mujeres)

Este es un reactivo muy parecido al anterior, solo que en lugar de la comida los sujetos desvían su atención hacia el alcohol, y nuevamente son las mujeres quienes presentan ésta conducta con mayor frecuencia.

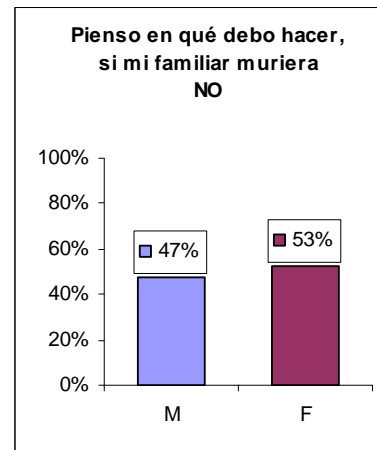
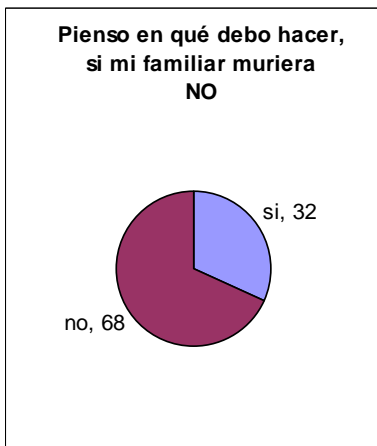
31. La enfermedad de mi familiar tiene cura.

Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 68% del total de sujetos consideran que la enfermedad de su familiar ya no tienen cura (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 53% son hombres y el 47% mujeres)

Estos sujetos presentan nuevamente una disonancia cognoscitiva debido a que ellos saben que su familiar ya no tienen cura, sin embargo, como se ha visto en reactivos anteriores les cuesta trabajo aceptar que su familiar puede morir pronto.



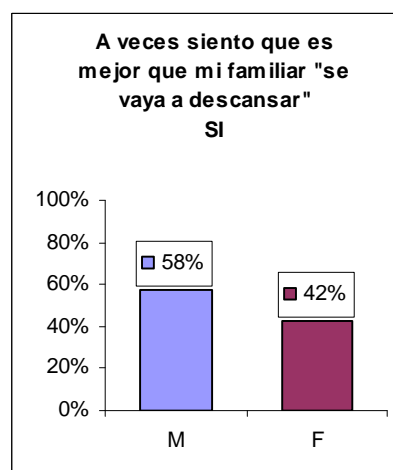
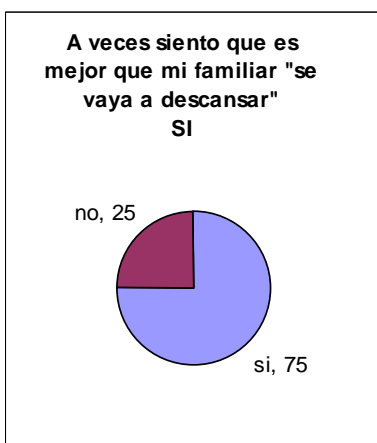
32. Pienso en qué debo hacer si mi familiar muriera.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 68% del total de sujetos consideran que no han pensado en que hacer cuando su familiar muera (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 47% son hombres y el 53% mujeres.)

Para un familiar cercano a un enfermo, es difícil pensar en las cosas que se tienen que hacer cuando la muerte de su familiar llegue. Esto es debido a la falta de aceptación que puede presentar la persona con respecto a la enfermedad. En este caso los hombres son lo que suelen pensar más en este aspecto.

33. A veces siento que es mejor que mi familiar se “vaya a descansar”



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 75% del total de sujetos consideran que es mejor su familiar se vaya a descansar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 58% son hombres y el 42% mujeres).

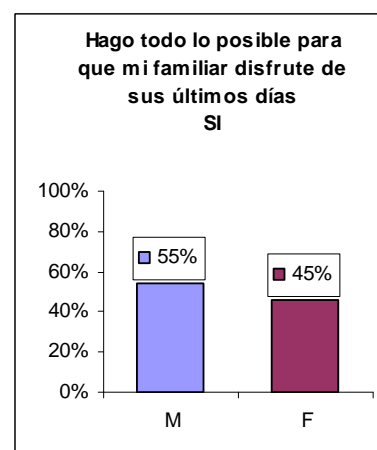
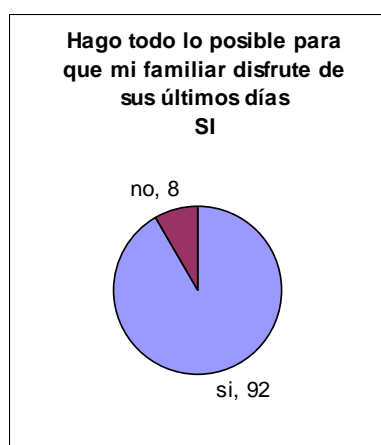
Es muy complicado para un sujeto ver a su un familiar en fase terminal de cáncer, en la cual como se explicó en el capítulo 2, es la peor etapa, ya que el enfermo experimenta principalmente dolores insoportables.

Lo anterior puede llevar al familiar a pensar que su paciente ya no debe de sufrir de esa manera y que lo mejor que le puede pasar es la muerte.

El familiar puede llegar a un conflicto emocional lo que le puede ocasionar entre otros sentimientos, culpa, enojo y tristeza.

Los hombres han llegado a considerar más este punto que las mujeres.

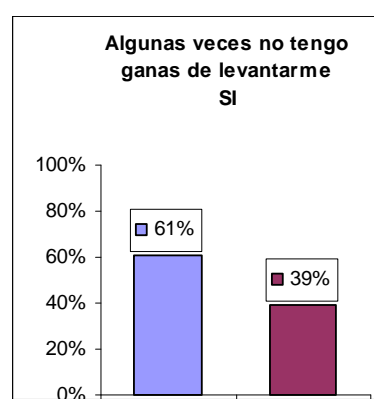
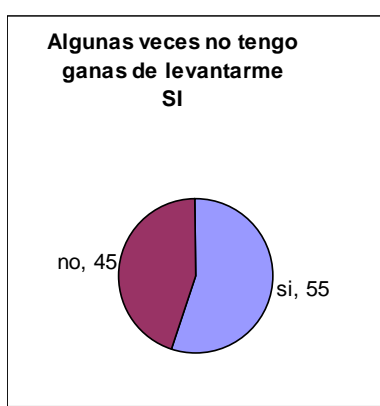
34. Hago todo lo posible para que mi familiar disfrute de sus últimos días.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 92% del total de sujetos consideran que hacen todo lo posible para que su familiar disfrute de sus últimos días de vida (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 55% son hombres y el 45% mujeres).

En realidad no hay muchas cosas para lograr que los últimos días de vida de un familiar terminal de cáncer sean placenteros, sin embargo, los familiares hacen esta lo imposible para que éstos sean lo mas llevaderos posible, como procurando que su ropa de cama sea cómoda, atenderlo las 24 horas del día, estar el mayor tiempo posible al pendiente del enfermo. Lo anterior lo hacen indistintamente hombres y mujeres.

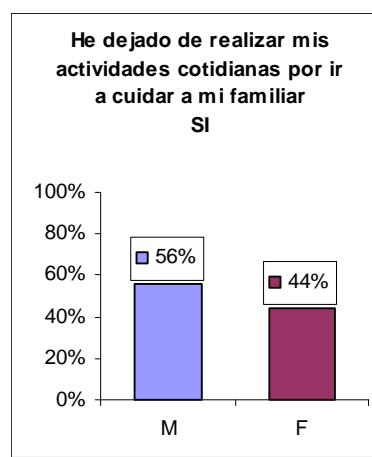
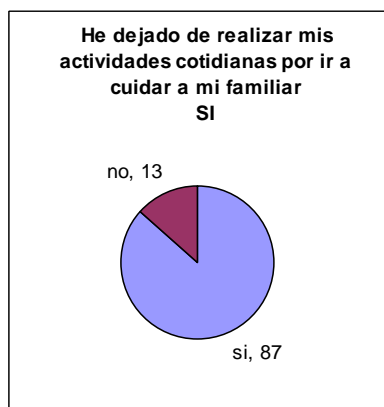
35. Algunas veces no tengo ganas de levantarme



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 55% del total de sujetos consideran que en algunas ocasiones no tienen ganas de levantarse desde que se enteraron de que su familiar esta enfermo (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 61% son hombres y el 39% mujeres.)

Lo anterior es normal debido a que como se revisó anteriormente las personas que están sometidas a mucho estrés tienen problemas para conciliar el sueño y cuando por fin lo logran solo les quedan unas pocas horas para dormir por lo que al llegar la hora de despertar se sienten cansadas y les cuesta trabajo levantarse. Los hombres son quienes experimentan más que las mujeres éste problema.

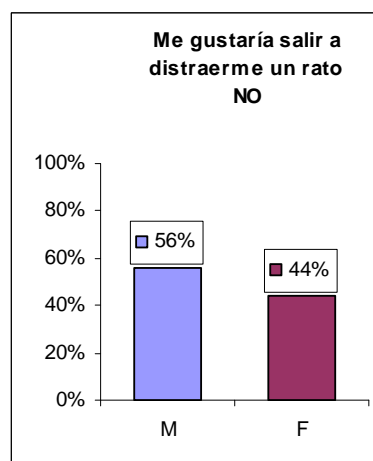
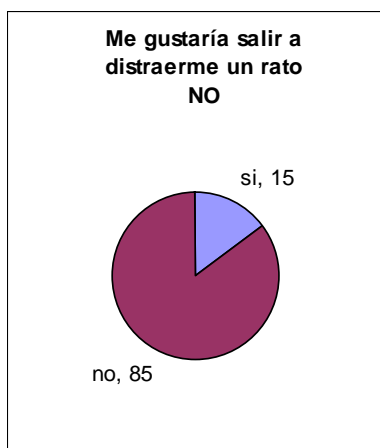
36. He dejado de realizar mis actividades cotidianas para ir a cuidar a mi familiar.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 87% del total de sujetos contestaron que han dejado de realizar sus actividades cotidianas por ir a cuidar a su familiar enfermo (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 56% son hombres y el 44% mujeres.)

Como se mencionó anteriormente, la vida de los familiares del enfermo de cáncer cambia a raíz del diagnóstico, por lo que el cuidador del enfermo se ve afectado en el cambio de sus actividades cotidianas por nuevas tareas pero enfocadas al enfermo, como darle sus medicinas, levantarse durante la noche, dejar el trabajo, olvidarse de las amistades, llevar al enfermo a sus tratamientos etc. En este caso, los hombres son los que se ven afectados, ya que en algunas ocasiones se ven obligados a renunciar a sus trabajos o estudios para poder cuidar a su paciente.

37. Me gustaría salir a distraerme un rato.

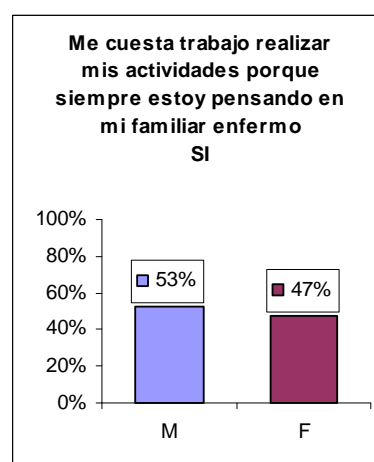
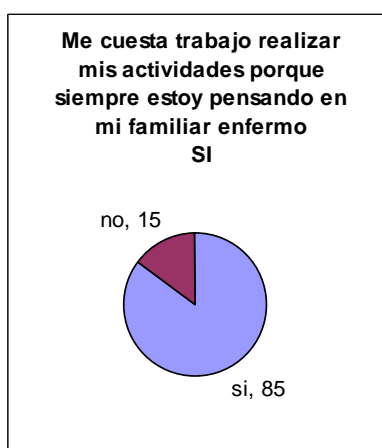


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 85% del total de sujetos contestaron que no les gustaría salir a distraerse (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 56% son hombres y el 44% mujeres)

El familiar responsable del cuidado del enfermo de cáncer terminal debe de estar consiente de que una sola persona no puede con la responsabilidad del cuidado del paciente, por lo que es necesario que toda la familia intervenga en la supervisión del enfermo, creando redes de ayuda y turnos para que todos intervengan en esto.

Generalmente a los familiares del enfermo terminal de cáncer no les gusta dejar solo a su paciente porque les preocupa que en cualquier momento le pueda pasar algo malo o incluso morir, como se puede observar en las gráficas, son las mujeres quienes prefieren salir a distraerse mas que los hombres.

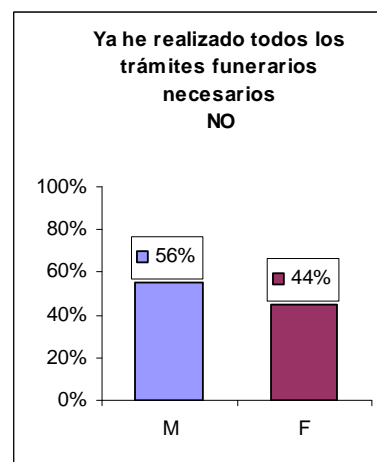
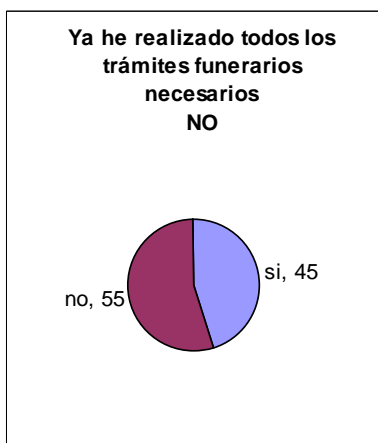
38. Me cuesta trabajo realizar mis actividades porque siempre estoy pensando en mi familiar enfermo.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 85% del total de sujetos contestaron que sí les cuesta trabajo realizar sus actividades cotidianas ya que siempre están pensando en su familiar enfermo (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 53% son hombres y el 47% mujeres.)

El hecho de estar pensando en la situación del enfermo, en el horario de las medicinas, en la dieta, etc., puede generar un factor de distracción en los familiares, lo que ocasiona que las personas no puedan realizar sus actividades cotidianas, sin importar el sexo del familiar que cuida al paciente enfermo.

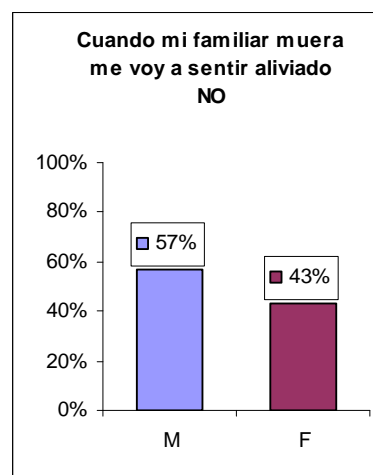
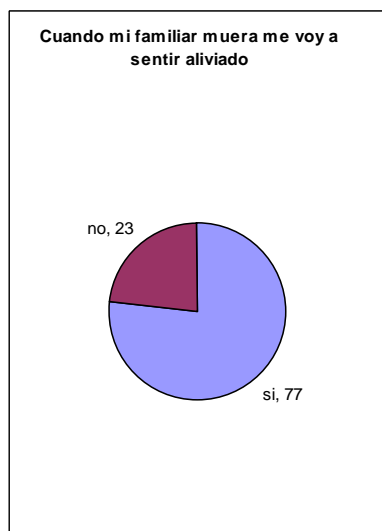
39. Ya he realizado todos los trámites funerarios necesarios.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 55% del total de sujetos contestaron que no han realizado los trámites funerarios necesarios (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 56% son hombres y el 44% mujeres.

Cuando el doctor da un diagnóstico de cáncer terminal los familiares saben que la muerte de su paciente se aproxima, sin embargo, se rehúsan a aceptarlo, como ya se ha mencionado esto quiere decir que existe una disonancia cognoscitiva y un proceso de duelo que está iniciando en la primer etapa que es la negación.

40. Cuando mi familiar muera me voy a sentir aliviado.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 23% del total de sujetos contestaron que no se sentirán aliviados cuando su familiar muera (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 57% son hombres y el 43% mujeres)

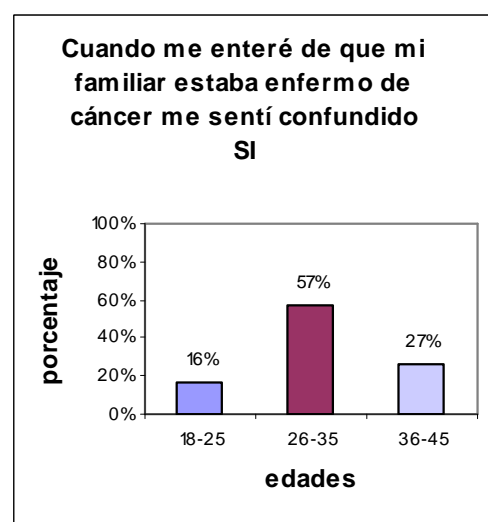
El no aceptar que cuando su familiar muera se podrán sentir aliviados, es derivado del sentimiento de culpa que puede llegar a sentir por pensar este tipo de cosas, sin embargo en el fondo los familiares encargados de cuidado del familiar enfermo piensan que van a estar más tranquilos cuando el sufrimiento de su familiar termine. Las mujeres piensan de esta forma más que los hombres.

ANÁLISIS POR ETAPA DE DESARROLLO

Para este análisis se presentarán dos graficas por cada reactivo, la grafica de barras representa el porcentaje por etapa de desarrollo en la que se encuentran los sujetos en función a su edad, que contestaron que al reactivo al que se haga alusión, mostrando la opción que eligieron; la gráfica de pastel, representa en general el porcentaje de personas que contestaron cada reactivo.

La finalidad de este análisis será para comprar las respuestas que tuvieron a este reactivo los sujetos en función a su etapa de desarrollo, para identificar si existe diferencia significativa en sus respuestas.

1. Cuando me enteré de que mi familiar estaba enfermo de cáncer me sentí confundido.

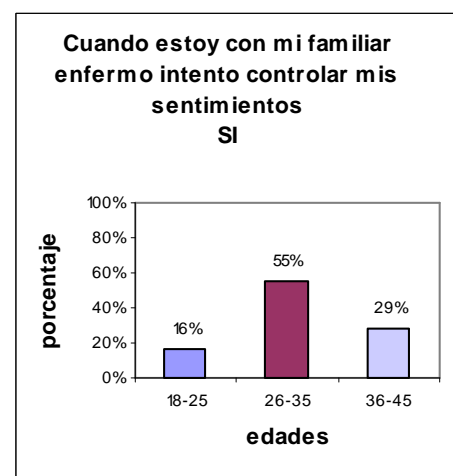
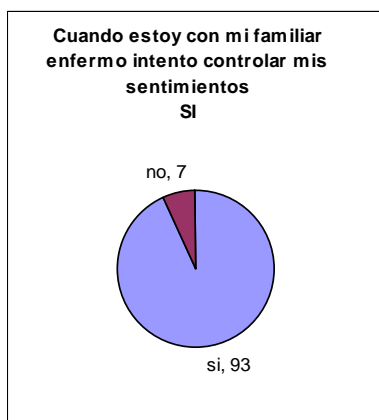


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 82% del total de sujetos contestaron que sí se sintieron confundidos al enterarse de la enfermedad de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 16% de los sujetos se

encuentran entre los 18 y 25 años; el 57% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 27% presenta una edad de 36 a45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron el instrumento con respecto a su edad, es decir, los sujetos de entre 26 y 35 años, en comparación a los sujetos que se ubican en el rango de 26 a 35 y de 36 a 45 años, son los que se sintieron confundidos al enterarse de la enfermedad de su paciente.

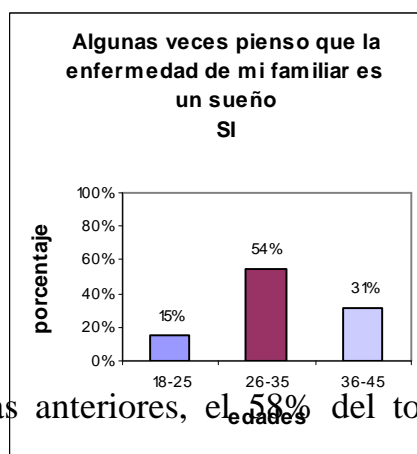
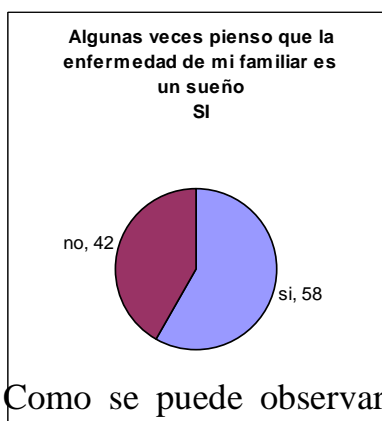
2. Cuando estoy con mi familiar enfermo intento controlar mis sentimientos.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 93% del total de los sujetos contestaron que sí intentan controlar sus sentimientos cuando están con su familiar enfermo (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 16% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 55% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 29% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran entre 26 y 35 años son quienes intentan controlar sus sentimientos, mientras que a los sujetos que se encuentran en el rango de 18 a 25 y de 36 a 45 años se le complica más esta situación.

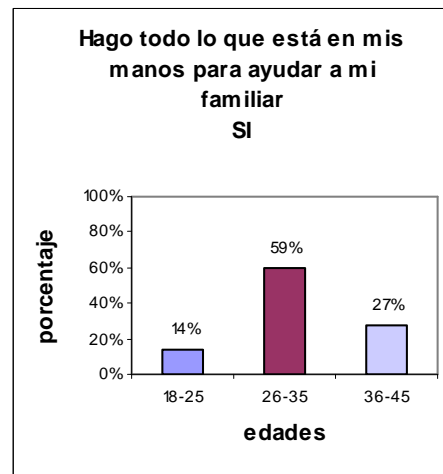
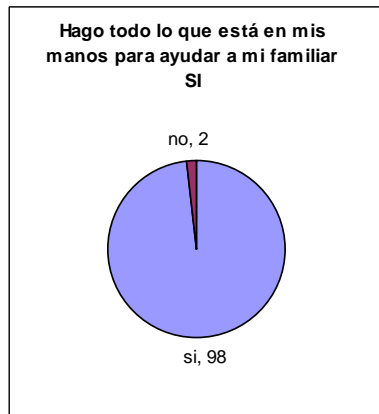
3. Algunas veces pienso que la enfermedad de mi paciente es un sueño.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 58% del total de sujetos contestaron algunas veces han pensado que la enfermedad de su familiar es un sueño (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 15% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 54% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 31% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años son los que han llegado a pensar que la enfermedad de su familiar es un sueño, mientras que los sujetos que se encuentran entre los 18 a 25 y 36 a 45 años son los que menos han llegado a pensar esto.

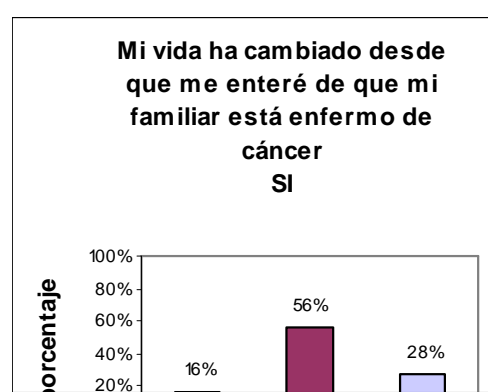
4. Hago todo lo que está en mis manos para ayudar a mi familiar.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 98% del total de sujetos contestaron que hacen todo lo que está en sus manos para ayudar a su familiar enfermo (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 14% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 59% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 27% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años son los que consideran que hacen todo lo que está en sus manos para ayudar a su familiar enfermo; mientras que los que se encuentran en el rango de 18 a 25 y de 36 a 45 años son los que menos consideran este aspecto.

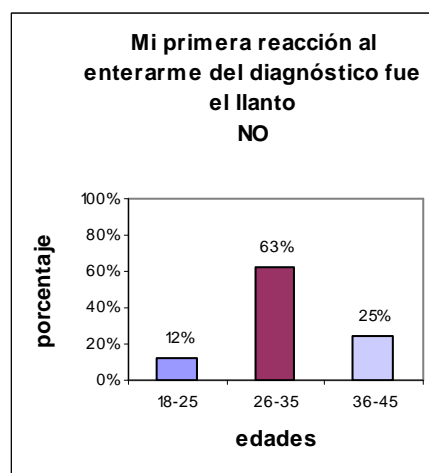
5. Mi vida ha cambiado desde que me enteré que mi familiar está enfermo de cáncer.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 95% del total de sujetos contestaron que su vida sí ha cambiado desde que se enteraron de que su familiar está enfermo (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 16% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 56% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 28% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior quiere decir que existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran el rango de 26 a 35 años son los que consideran que su vida ha cambiado desde que se enteraron de que su familiar esta enfermo, mientras que los sujetos que se encuentran en el rango de 18 a 25 y de 36 a 45 años son los que menos consideran que su vida ha cambiado a raíz de la enfermedad de su paciente.

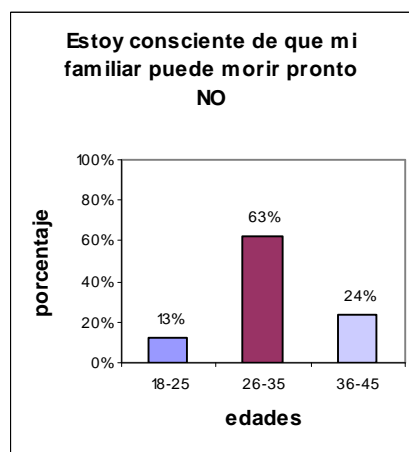
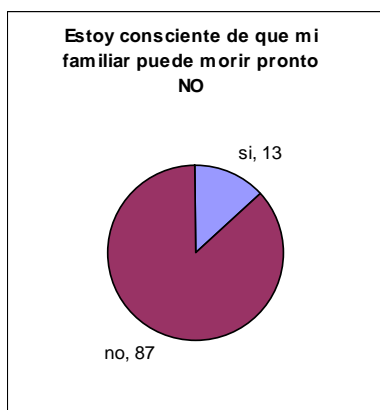
6. Mi primera reacción al enterarme del diagnóstico fue el llanto.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 47% del total de sujetos contestaron que su primera reacción al enterarse del diagnóstico de su paciente no fue el llanto (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 12% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 63% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 25% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años son los sujetos que pudieron controlar el llanto al enterarse de la enfermedad de su paciente, mientras que los sujetos situados en el rango de 18 a 25 y los de 36 a 45 años fueron los que no pudieron evitar llorar al enterarse de la enfermedad de su paciente.

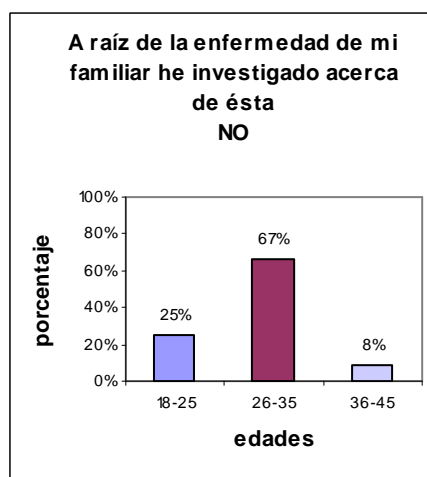
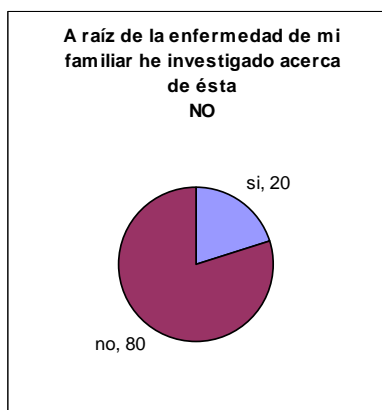
7. Estoy consiente de que mi familiar puede morir pronto.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 87% del total de sujetos contestaron que no están consientes de que su familiar puede morir pronto (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 13% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 63% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 24% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años son quienes menos están consientes de que su familiar puede morir pronto, mientras que los sujetos en el rango de 18 a 25 años y los de 36 a 45 años están mas consientes de la próxima muerte de su familiar.

8. A raíz de la enfermedad de mi familiar he investigado acerca de ésta.

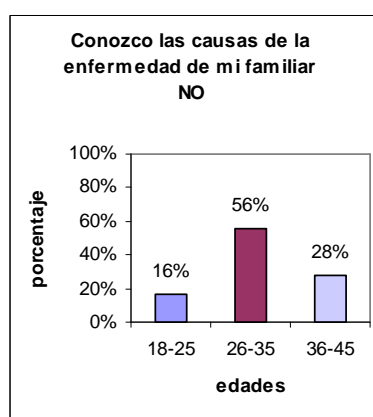
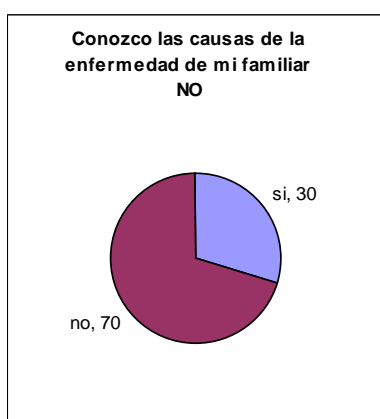


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 80% del total de sujetos contestaron que no han investigado acerca de la enfermedad de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 25% de los sujetos se encuentran entre

los 18 y 25 años; el 67% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 8% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de edad de 36 a 45 años son los que más han investigado acerca de la enfermedad de su familiar, mientras que los que se encuentran en el rango de 26 a 35 son los que menos han investigado acerca de la enfermedad de su familiar.

9. Conozco las causas de la enfermedad de mi familiar.

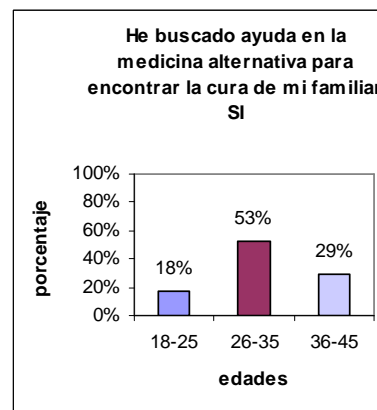
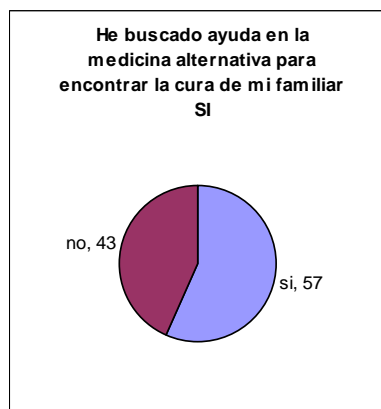


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 70% del total de sujetos contestaron que no conocen las causas de la enfermedad de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 16% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 56% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 28% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos

que se encuentran en el rango de edad de 26 a 35 años son los que no conocen las causas de la enfermedad de su familiar, mientras que los que están en el rango de 36 a 45 años son los que más han investigado las causas de la enfermedad de su familiar.

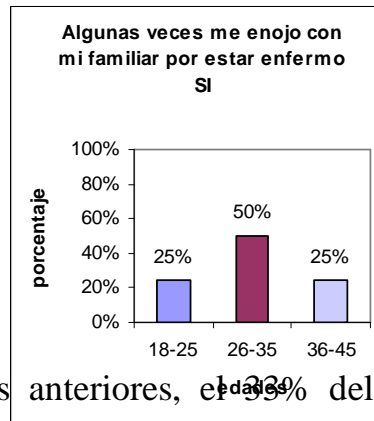
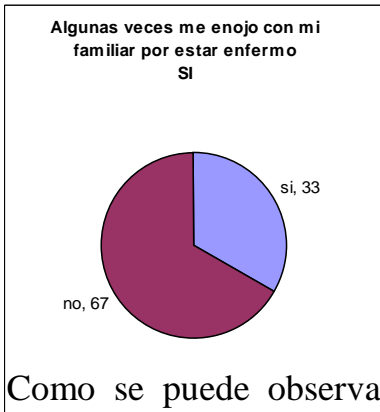
10. He buscado ayuda en la medicina alternativa para encontrar la cura de mi familiar.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 57% del total de sujetos contestaron que sí han buscado ayuda en la medicina alternativa para encontrar la cura de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 18% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 53% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 29% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años son los que han buscado ayuda en la medicina alternativa para buscar la cura de su familiar, mientras que los sujetos que se encuentran en el rango de 18 a 25 y de 36 a 45 años son los que menos han realizado ésta práctica.

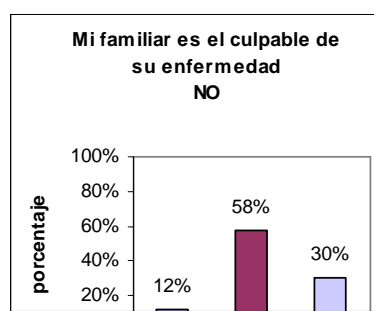
11. Algunas veces me enojo con mi familiar por estar enfermo.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 33% del total de sujetos contestaron que sí se han enojado con su familiar por estar enfermo (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 25% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 50% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 25% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años son las personas que mas se han sentido enojadas con su familiar; mientras que las que se encuentran en el rango de 26 a 35 años y de 36 a 45 años son las que menos se han enojado con su familiar por estar enfermo.

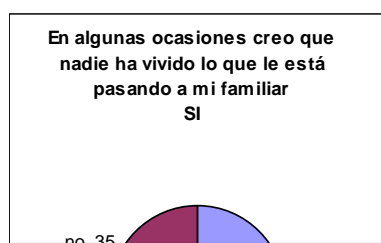
12. Mi familiar es el culpable de su enfermedad.

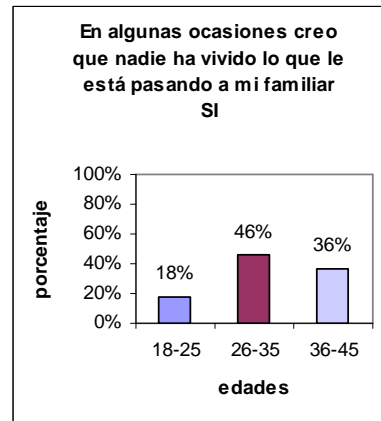


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 33% del total de sujetos contestaron que no consideran que su familiar sea el culpable de su enfermedad (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 12% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 58% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 30% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años no consideran que su familiar sea el culpable de su enfermedad; los sujetos del rango de 35 a 45 años consideran éste aspecto medianamente posible, mientras que los que se encuentran en el rango de 18 a 25 años, son los que mas lo consideran.

13. En algunas ocasiones creo que nadie ha vivido lo que le está pasando a mi familiar.

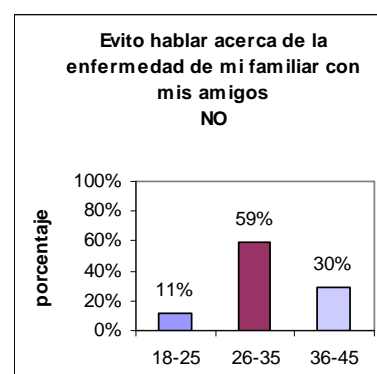
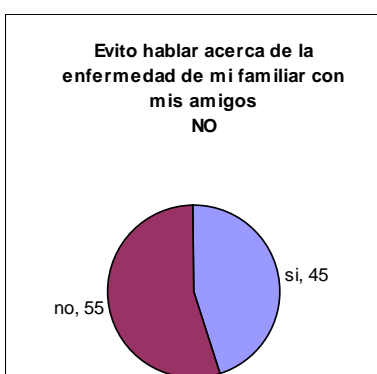




Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 65% del total de sujetos contestaron que en algunas ocasiones piensan que nadie ha vivido lo que está pasando a su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total el 18% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 46% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 36% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 18 a 25 años son los que menos creen que nadie ha vivido lo que le está pasando a su familiar, sin embargo no existe diferencia entre las opiniones de los sujetos ubicados en el rango de 26 a 35 años y en el de 36 a 45 años, quienes opinan que nadie ha vivido lo que le está pasando a su familiar.

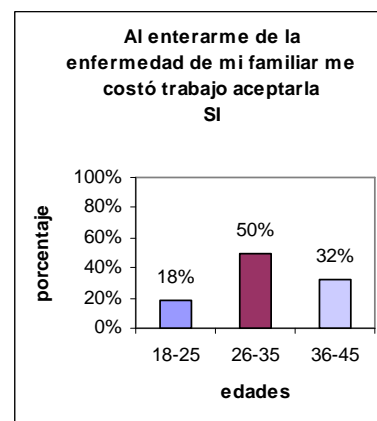
14. Evito hablar a cerca de la enfermedad de mi familiar con mis amigos.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 55% del total de sujetos contestaron que no evitan hablar acerca de la enfermedad de su familiar con sus amigos (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 11% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 59% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 30% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años son los que menos evitan hablar acerca de la enfermedad de su paciente, mientras que los sujetos que se encuentran en el rango de 18 a 25 años, son quienes más evitan hacerlo.

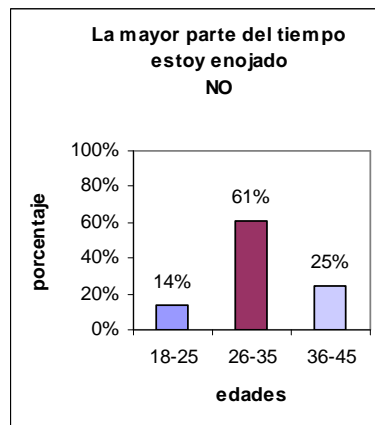
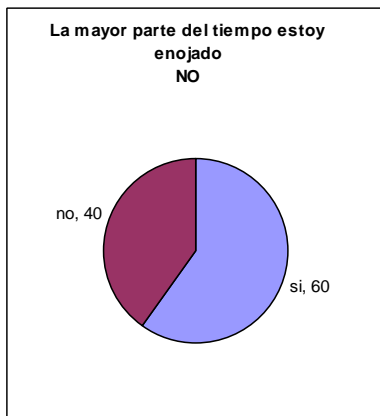
15. Al enterarme de la enfermedad de mi familiar me costó trabajo aceptarla.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 83% del total de sujetos contestaron que al enterarse de la enfermedad de su familiar les costó trabajo aceptarla (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 18% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 50% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 32% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que consideran que les costó trabajo aceptar la enfermedad de su paciente son los que se encuentran en el rango de 26 a 35 años, mientras que los que lograron aceptarla más fácilmente son los que se encuentran en el rango de 18 a 25 años.

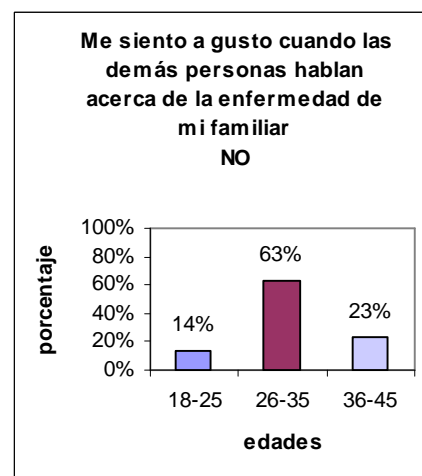
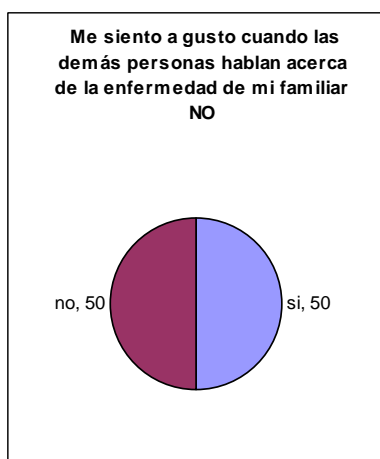
16. La mayor parte del tiempo estoy enojado.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 40% del total de sujetos contestaron que la mayor parte del tiempo no se encuentran enojados (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 14% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 61% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 25% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior quiere decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años son los que menos se encuentran enojados todo el tiempo, mientras que los sujetos que se encuentran en el rango de 18 a 25 años son los que más se encuentran enojados la mayor parte del tiempo

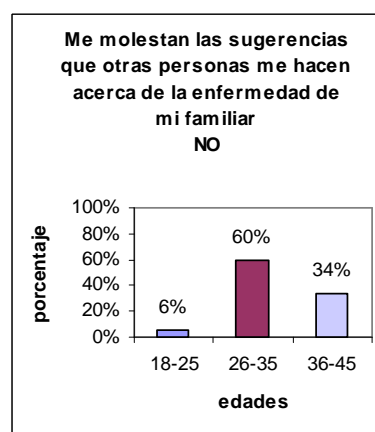
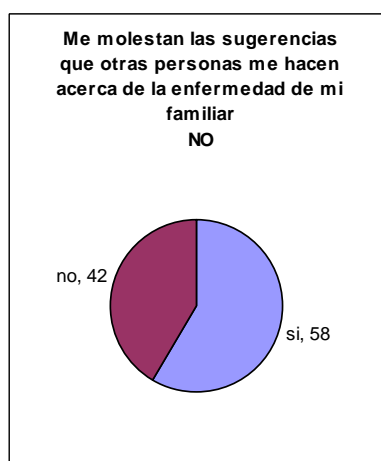
17. Me siento a gusto cuando las demás personas hablan acerca de la enfermedad de mi familiar.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 50% del total de sujetos contestaron que no se sienten a gusto cuando las demás personas hablan acerca de la enfermedad de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 14% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 63% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 23% presenta una edad de 36 a 45 años.

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años se sienten a gusto cuando las demás personas hablan acerca de la enfermedad de su familiar, mientras que los sujetos que se encuentran en el rango de 18 a 25 años se molestan cuando las demás personas hablan acerca de la enfermedad de su familiar

18.Me molestan las sugerencias que otras personas me hacen acerca de la enfermedad de mi familiar.

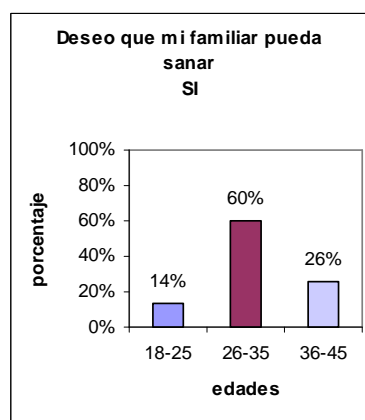
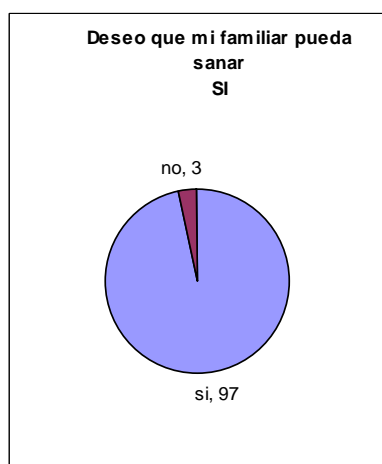


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 42% del total de sujetos contestaron que no les molestan las sugerencias que otras personas hagan acerca de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 6% de los sujetos se

encuentran entre los 18 y 25 años; el 60% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 34% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, las personas que se ubican dentro del rango de edad de 18 a 25 años, son aquéllas a las que más les molestan las sugerencias de otras personas hacia su familiar, a las personas que se encuentran en el rango de 36 a 45 años les molesta medianamente éste aspecto, mientras que a los sujetos del rango de 18 a 25 años son a los sujetos que más les molestan las sugerencias de otras personas.

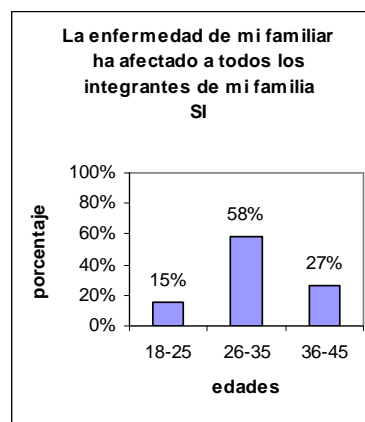
19. Deseo que mi familiar pueda sanar.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 97% del total de sujetos contestaron que sí desean que su familiar pueda sanar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 14% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 60% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 26% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años, son quienes mas desean que su familiar pueda sanar, mientras que los sujetos que se encuentran en el rango de 18 a 25 y del 36 a 45 años son los que menos desean que su familiar pueda sanar.

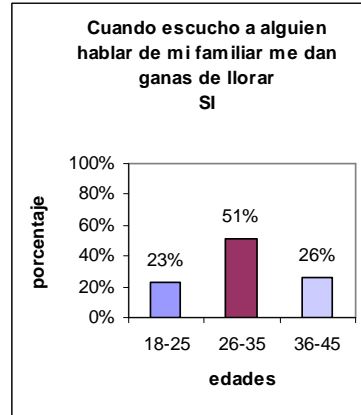
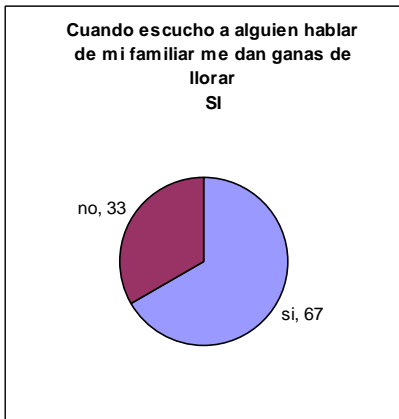
20. La enfermedad de mi familiar ha afectado a todos los integrantes de mi familia.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 100% del total de sujetos contestaron que consideran que la enfermedad de su familiar ha afectado a todos los miembros de su familia.

Lo anterior quiere decir que todos los sujetos sin importar la edad, consideran que la enfermedad de su familiar ha afectado a todos los miembros de su familia.

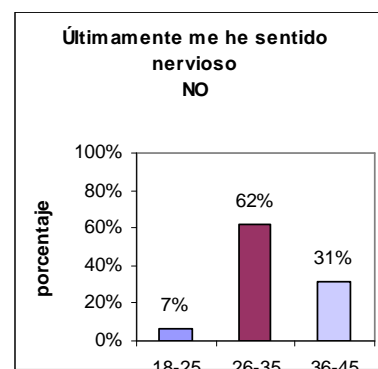
21. Cuando escucho a alguien hablar acerca de mi familiar me dan ganas de llorar.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 67% del total de sujetos contestaron que cuando escuchan a alguien hablar de su familiar les dan ganas de llorar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 23% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 51% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 26% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años son los más propensos a llorar cuando escuchan a alguien hablar acerca de su familiar enfermo, mientras que los sujetos ubicados en los rangos de 18 a 25 años y los del rango de 36 a 45 años son los que menos experimentan éste sentimiento.

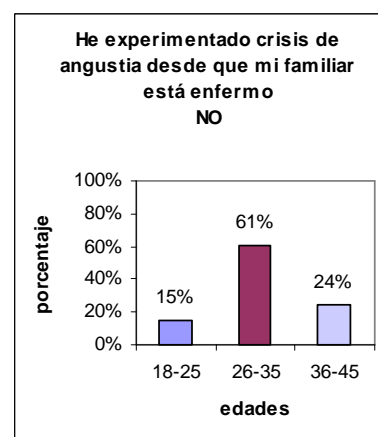
22. Últimamente me he sentido nervioso.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 52% del total de sujetos contestaron que no se han sentido nerviosos últimamente (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 7% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 32% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 31% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, los sujetos que se encuentran en el rango de edad de 18 a 25 años son los que menos se sienten nerviosos desde que se enteraron de la enfermedad de su familiar, mientras que los sujetos que se encuentran ubicados en los otros dos rangos (26 a 35; 36 a 45) son los que mas se sienten nerviosos.

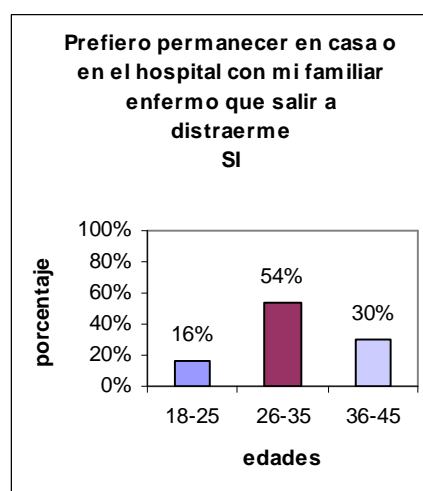
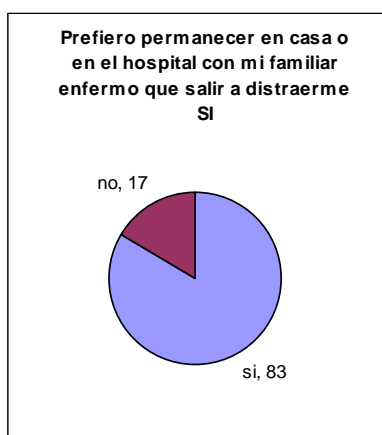
23.He experimentado crisis de angustia desde que mi familiar está enfermo.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 45% del total de sujetos contestaron que no han experimentado crisis de angustia desde que se enteraron de que su familiar esta enfermo (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 15% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 61% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 24% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años son los que menos han sufrido crisis de angustia desde que se enteraron de que su familiar esta enfermo; mientras que los sujetos de los otros dos rangos, si las han experimentado.

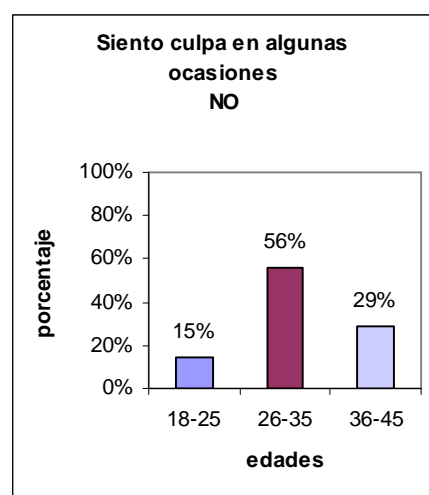
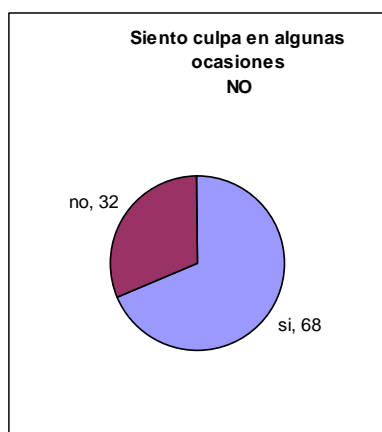
24. Prefiero permanecer en casa o en el hospital con mi familiar enfermo que salir a distraerme.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 83% del total de sujetos contestaron que si prefieren quedarse con su familiar enfermo, ya sea en casa o en el hospital que salir a distraerse (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 16% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 54% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 30% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior quiere decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años son los que prefieren quedarse en casa que en el hospital cuidando a su familiar enfermo; mientras que los sujetos que se encuentran en el rango de 18 a 25 y de 36 a 45 años son los que menos prefieren quedarse en casa

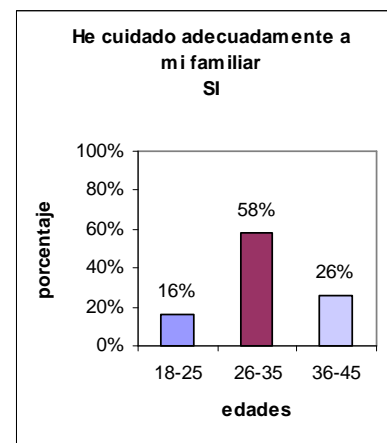
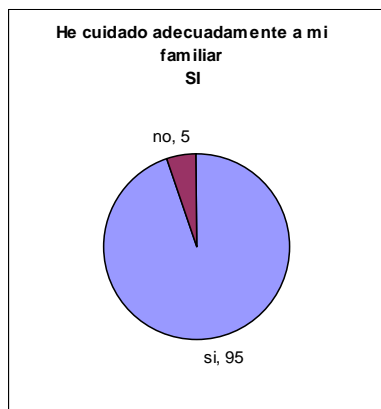
25. Siento culpa en algunas ocasiones.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 32% del total de sujetos contestaron que no han llegado a sentir culpa (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 15% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 56% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 29% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años son quienes no han sentido culpa, mientras que los sujetos ubicados en el rango de 18 a 25 y de 36 a 45 son los que han sentido culpa en determinado momento de la enfermedad de su paciente.

26. He cuidado adecuadamente a mi familiar.

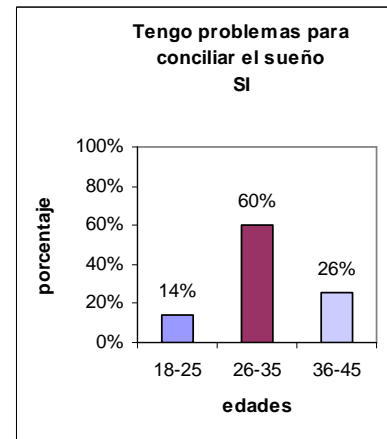


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 95% del total de sujetos contestaron que sí han cuidado adecuadamente a su familiar enfermo (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 16% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 58% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 26% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se ubican en el rango de 26 a 35 años son los que consideran que han cuidado adecuadamente a su familiar, mientras que los sujetos que se ubican en el

rango de 18 a 25 y de 36 a 45 años son los que consideran que no han cuidado adecuadamente a su familiar.

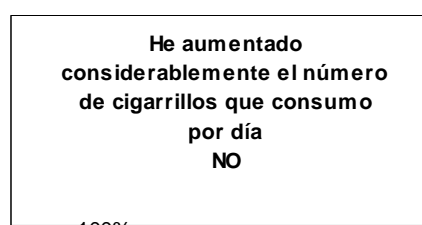
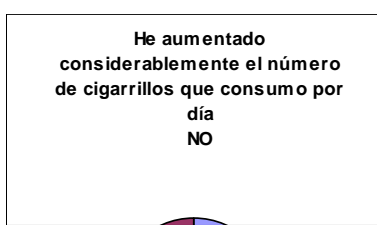
27. Tengo problemas para conciliar el sueño.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 83% del total de sujetos contestaron que sí tienen problemas para conciliar el sueño (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 14% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 60% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 26% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en le rango de 26 a 35 años son los que presentan problemas para conciliar el sueño, mientras que los sujetos en el rango de 18 a 25 y de 36 a 45 años no tienen problemas para dormir.

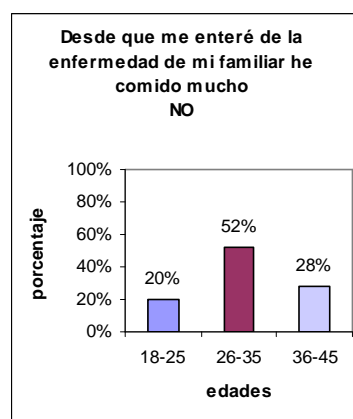
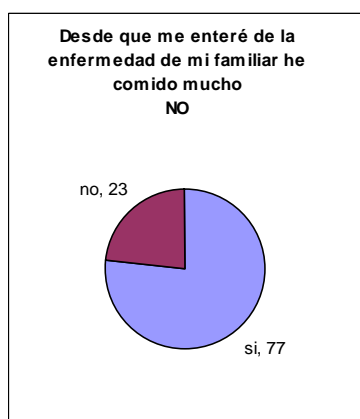
28. He aumentado considerablemente el número de cigarrillos que consumo por día.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 38% del total de sujetos contestaron que no han aumentado considerablemente el número de cigarrillos que consumen por día desde que se enteraron de la enfermedad de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 11% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 57% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 32% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de edad de 18 a 25 años, son los que fuman más, mientras que los otros sujetos no han aumentado su consumo de cigarrillos.

29. Desde que me enteré de la enfermedad de mi familiar he comido mucho.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 23% del total de sujetos contestaron que no han comido mucho desde que se enteraron de la enfermedad de su familiar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 20% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 25% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 28% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años no han aumentada su cantidad de comida desde que se enteraron de la enfermedad de su familiar, mientras que los sujetos que su ubican en el rango de 18 a 25 y de 36 a 45 años si lo han hecho.

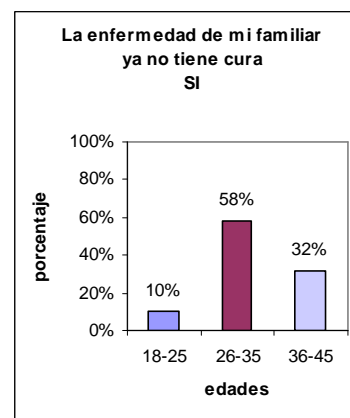
30. En algunas ocasiones me siento tan triste que me he refugiado en el alcohol.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 15% del total de sujetos contestaron que no se han refugiado en el alcohol cuando se sienten tristes (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 18% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 53% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 29% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se ubican en el rango de 26 a 35 años no se han refugiado en el alcohol a partir de la enfermedad de su familiar, mientras que los sujetos del rango de 18 a 25 y de 36 a 45 años si lo han hecho.

31. La enfermedad de mi familiar ya no tiene cura.

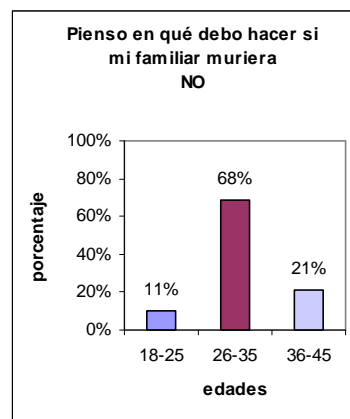
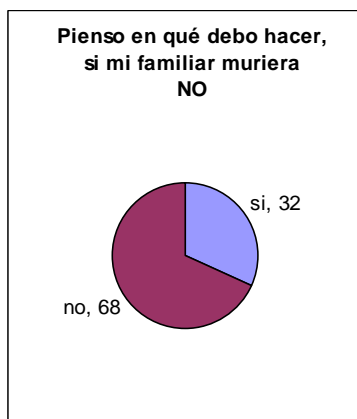


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 32% del total de sujetos contestaron que consideran que la enfermedad de su familiar ya no tiene cura (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 10% de los sujetos se encuentran

entre los 18 y 25 años; el 58% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 32% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años consideran que la enfermedad de su paciente si tiene cura, mientras que los sujetos del rango de 18 a 25 y de 36 a 45 no piensan así.

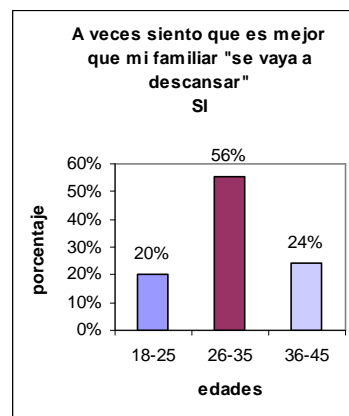
32. Pienso en qué debo hacer si mi familiar muriera



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 68% del total de sujetos contestaron que no han pensado en qué deben de hacer si su familiar muriera (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 11% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 68% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 21% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años no han pensado que hacer si su familiar muriera, mientras que los sujetos del rango de 18 a 25 y de 36 a 46 años si lo han hecho.

33. A veces siento que es mejor que mi familiar se “vaya a descansar”

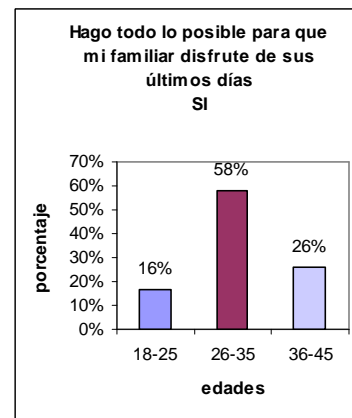
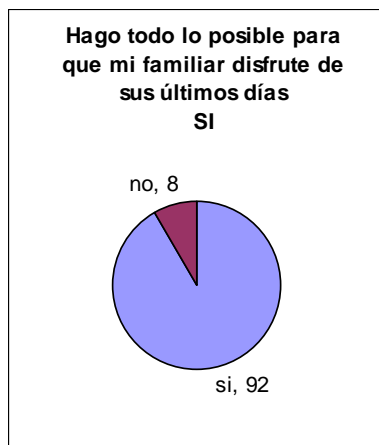


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 75% del total de sujetos contestaron que piensan que es mejor que su familiar “se vaya a descansar (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 20% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 56% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 24% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años son los que más piensan que es

mejor que su familiar se vaya a descansar, mientras que no existe diferencia significativa entre los sujetos del rango de 18 a 25 y de 36 a 45 años.

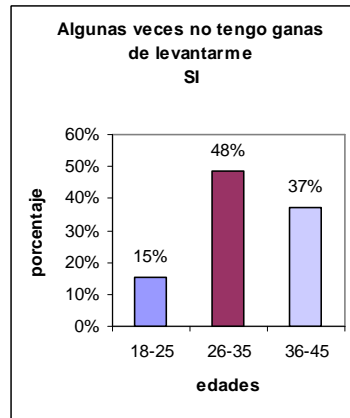
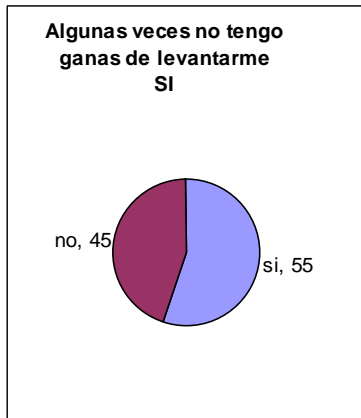
34. Hago todo lo posible para que mi familiar disfrute de sus últimos días



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 92% del total de sujetos contestaron que consideran que hacen todo lo posible para que su familiar disfrute de sus últimos días (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 16% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 58% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 26% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se ubican en el rango de 26 a 35 años consideran que hacen todo lo posible para que su familiar disfrute de sus últimos días, mientras que los sujetos de 18 a 25 años y de 36 a 45 años no lo consideran así.

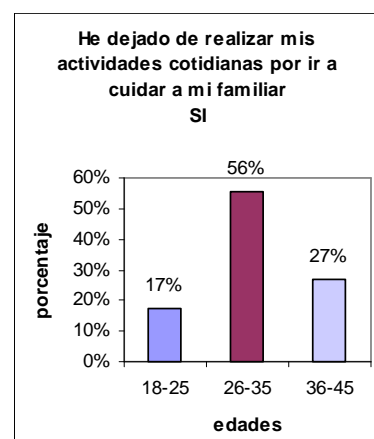
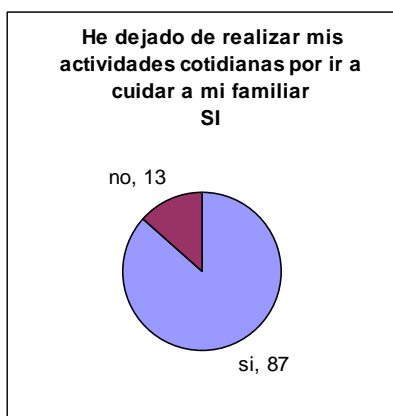
35. Algunas veces no tengo ganas de levantarme



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 55% del total de sujetos contestaron que algunas veces no tienen ganas de levantarse (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 15% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 48% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 37% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años y de 36 a 45 años en algunas ocasiones no tienen ganas de levantarse, y esto mismos sucede en menor medida con los sujetos que se ubican en el rango de 18 a 25 años.

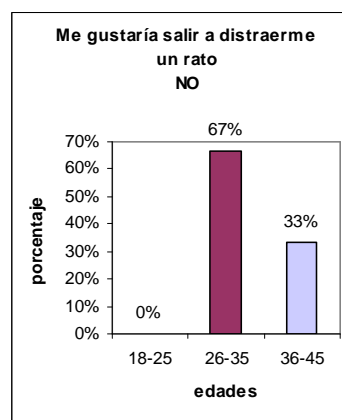
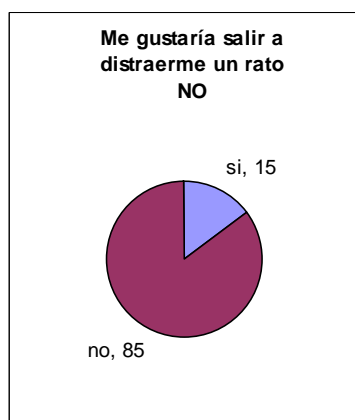
36. He dejado de realizar mis actividades cotidianas por ir a cuidar a mi familiar



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 87% del total de sujetos contestaron que sí han dejado de realizar sus actividades cotidianas por ir a cuidar a su familiar enfermo (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 17% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 56% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 27% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que no existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años han dejado de realizar sus actividades cotidianas, mientras que los sujetos del rango de 18 a 25 años y de 36 a 45 años también lo han hecho pero en menor medida.

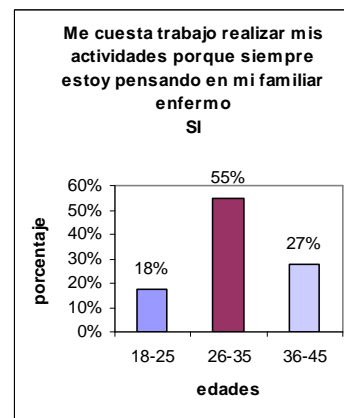
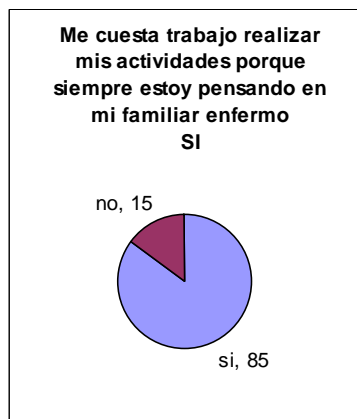
37. Me gustaría salir a distraerme un rato.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 85% del total de sujetos contestaron que no les gustaría salir a distraerse un rato (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 0% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 67% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 67% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior quiere decir que si existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, los sujetos que se encuentran ubicados en el rango de 18 a 25 años, si les gustaría salir a distraerse, mientras que los sujetos ubicados en los otros dos rangos, prefieren no salir a distraerse.

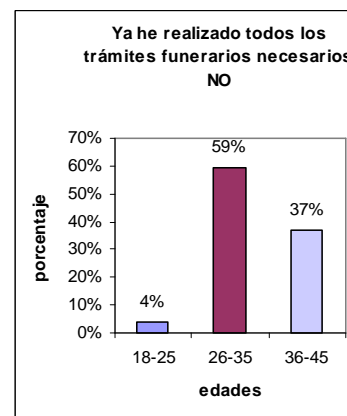
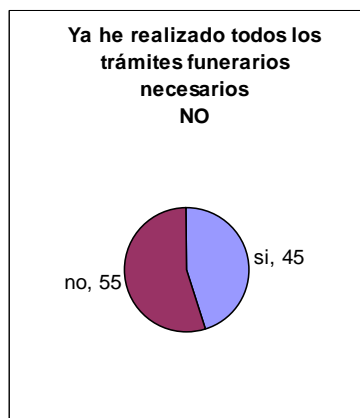
38. Me cuesta trabajo realizar mis actividades porque siempre estoy pensando en mi familiar enfermo.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 85% del total de sujetos contestaron que si les cuesta realizar sus actividades cotidianas ya que siempre están pensando en su familiar enfermo (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 18% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 55% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 27% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, a los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años les cuesta trabajo realizar sus actividades cotidianas ya que siempre están pensando en su familiar enfermo, mientras que a los sujetos del 18 a 25 años y de 36 a 46 presentan este problema pero en menor medida.

39. Ya he realizado todos los trámites funerarios necesarios.

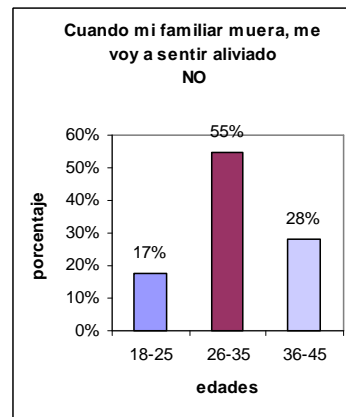
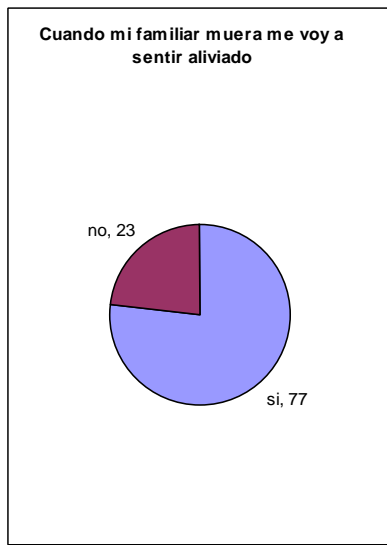


Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 55% del total de sujetos contestaron que no ha realizado todos los trámites funerarios necesarios (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 4% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 59% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 37% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron negativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos

que se encuentran en el rango de 26 a 35 no ha realizado los trámites funerarios, mientras que los sujetos de 18 a 25 si los han realizado.

40. Cuando mi familiar muera me voy a sentir aliviado.



Como se puede observar en las gráficas anteriores, el 23% del total de sujetos contestaron que cuando su familiar muera se van a sentir aliviados (en la gráfica de barras se presenta que de ese total, el 17% de los sujetos se encuentran entre los 18 y 25 años; el 55% tiene de 26 a 35 años; mientras que el 28% presenta una edad de 36 a 45 años)

Lo anterior nos permite decir que sí existe diferencia significativa entre los sujetos que contestaron afirmativamente el reactivo con respecto a su edad, es decir, los sujetos que se encuentran en el rango de 26 a 35 años no se sentirán aliviados cuando

su familiar muera, mientras que los sujetos del rango de 18 a 25 años y de 36 a 45 años si lo harán.

CONCLUSIONES

Después del análisis profundo y del tratamiento estadístico que se le dio a los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento para medir la actitud de un familiar de un enfermo de cáncer terminal podemos concluir lo siguiente.

Se encontró que el 94% de los sujetos de los que se conformó la muestra presentan una actitud disonante, es decir, se descubrió que los sujetos piensan de una forma determinada pero actúan de manera contraria a la que piensan.

A partir de esto se puede observar que la disonancia va muy ligada al proceso de duelo, en específico a la etapa de negación. Los sujetos se niegan a aceptar muchas cosas derivadas de la enfermedad de su familiar entre ellas la próxima muerte del enfermo, sin embargo, en el fondo de su corazón desean que el sufrimiento se termine para ambas partes. Esto los puede llevar a experimentar diferentes sentimientos como pueden ser enojo, tristeza y culpa.

El hecho de que un sujeto se encuentre en una etapa de negación lo puede orillar a hacer muchas cosas con tal de que su familiar sane, por lo general son las personas que se encuentran en esta etapa las que recurren a la medicina alternativa o las tradiciones de los pueblos mexicanos como son la herbaria o las comúnmente llamadas limpias.

El recibir el diagnóstico de una enfermedad terminal, en este caso Cáncer, por parte del médico no es fácil ni para el paciente ni para el familiar que apoya al enfermo. Generalmente este familiar es alguien muy cercano al enfermo, por lo que surgen una serie de sentimientos encontrados que van desde el enojo hasta la tristeza.

Se encontró que cuando el familiar se entera por primera vez del diagnóstico cae en un estado de confusión, lo que no le permite pensar de una manera adecuada y por ende, entender y asimilar la magnitud de la situación.

Además los familiares están expuestos a presentar problemas psicosomáticos derivados del estrés debido entre otras cosas a que reprimen sus sentimientos delante de su familiar, ya que de acuerdo con las tradiciones de la sociedad no es conveniente estar deprimido delante de un enfermo ya que esto podría perjudicar su estado de ánimo y mermar su proceso de recuperación.

La enfermedad del familiar afecta a toda la familia, o por lo menos al núcleo primario, el núcleo secundario también se puede ver afectado pero en menor medida. Al conocer el diagnóstico existen cambios de todo tipo dentro de la familia; tales cambios pueden presentarse en la rutina, en modificaciones necesarias dentro de la estructura de la casa para procurar la comodidad del enfermo; en la ausencia del padre o la madre; en el descuido de los hijos menores; también puede verse afectada la economía familiar debido al gasto de medicamentos y artículos necesarios para el bienestar del enfermo.

En algunas ocasiones el familiar encargado de cuidar al paciente presenta cambios de humor muy drásticos derivados del estrés que le causa la responsabilidad de cuidar a un enfermo tan grave. Puede mostrarse enojado, incluso con el enfermo ya que inconscientemente le atañe la responsabilidad a éste del cambio tan repentino que han experimentado.

Igualmente el familiar del paciente presenta una tendencia a alejarse de sus amigos o compañeros del trabajo y a volverse introvertido, prefiriendo quedarse ya sea en casa o en el hospital al pendiente del enfermo que salir a distraerse un rato ya que le molesta los comentarios que las personas le puedan hacer respecto a la enfermedad o a la forma de cuidar a su paciente.

Otro motivo por el que puede presentarse el enojo es debido a que el enfermo de cierta manera haya ocasionado su enfermedad, por ejemplo que tenga cáncer en los pulmones debido a que fumó durante 30 años de su vida.

Otro problema común al que se enfrenta el familiar encargado del cuidado del paciente es a la falta de sueño, debido principalmente a la preocupación y estrés, por lo general durante las noches le cuesta trabajo conciliar el sueño y en las mañanas se le dificulta levantarse.

Debido al estrés el familiar puede desviar, inconscientemente su atención a objetos que lo puedan consolar, estos por lo general le dan placer y pueden ser el cigarro, la comida o el alcohol.

También la persona encargada del cuidado del enfermo y los demás miembros de la familia suelen ponerse nerviosos, enojados o tristes cuando se menciona el tema de los gastos y arreglos funerarios que hay que preparar. A pesar de que saben que su familiar está en una etapa terminal y que de un momento a otro puede fallecer, no se animan a hacer los trámites necesarios. Lo anterior debido a la negación que se presenta ante la próxima muerte del paciente.

Como se explicó anteriormente, con esta investigación se busca saber si existe alguna diferencia en la actitud que presenten los familiares de los enfermos terminales de cáncer respecto a su edad.

De acuerdo al tratamiento estadístico se encontró que sí existe diferencia significativa de acuerdo con la edad de los sujetos que contestaron el experimento.

Primeramente se pudo observar que el 58% de la muestra la componen los sujetos que se encuentran en el rango de edad de 26 a 35 años; el 27% de la muestra está conformado por sujetos que se encuentran en un rango de 36 a 45 años y por último el 9% de la muestra está conformado por los sujetos de 18 a 25 años.

Es importante mencionar lo anterior ya que la considerable diferencia de sujetos que existe entre cada rango es la principal causa de que exista una diferencia significativa en el rango de edad.

De acuerdo a lo anterior se puede decir que la hipótesis con respecto a la edad que se acepta es la hipótesis alterna que dice que Sí existe diferencia significativa sobre la actitud que presentan los familiares con respecto a la enfermedad del paciente, al considerar su edad.

Por otro lado también se investigó si existían diferencias significativas en relación con la actitud presentada en los familiares con respecto a su sexo, los resultados que arrojó la investigación fue que no existe diferencia en relación a las actitudes con respecto a su sexo, por lo que se acepta la hipótesis nula, la cual dice que No existe diferencia significativa sobre la actitud que presentan los familiares con respecto a la enfermedad del paciente, al considerar su sexo.

Durante la aplicación a la muestra me pude dar cuenta de que por lo general solo una persona de la familia es la encargada del cuidado del enfermo y que nadie más le ayuda. Esta persona se ve seriamente afectada en su estado de ánimo, apariencia física, y salud, por lo que es recomendable que en medida de lo posible se propongan dentro de la familia redes de ayuda o bien horarios específicos para que cada miembro de la familia, que tenga la edad y las capacidades necesarias, cuiden también al paciente, y de esta manera todos los miembros de la familia se apoyan mutuamente, puedo decir que al concluir la investigación me pude dar cuenta de la importancia que tiene el familiar en el proceso de la enfermedad de un paciente con cáncer, es por eso que ratifico lo necesario que es en la actualidad la intervención del psicólogo y del tanatólogo dentro del área de oncología de cualquier hospital no solo para intervenir en el proceso de aceptación del enfermo si no principalmente en la del familiar, a quien se le presentan muchos problemas y cambios durante el transcurso de la enfermedad del familiar.

Este instrumento tiene la finalidad de apoyar al psicólogo o tanatólogo del área de oncología de cualquier hospital para el diagnóstico de los familiares de los enfermos de cáncer terminal para que en base a los resultados obtenidos de la prueba puedan intervenir ayudando al paciente a enfrentar de una forma adecuada y mas fácil para el y toda la familia, la enfermedad del paciente terminal.

Las limitaciones que pudiera presentar esta prueba, es el tamaño de la muestra y la limitada zonificación que se realizó pero desgraciadamente las normas de los hospitales son muy limitadas y no permiten la entrada.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberasturi A. (1976). *La muerte de un hermano*. Buenos Aires: Paidós.
- Alatorre, A. (2004). *¿Qué es el Cáncer?* México: Selector.
- Anastacio, O (1988). *Psicología Social de la Educación*. España: Herder.
- Arreola, A. (1993). *Psicología para el bachillerato*. México: UNAM.
- Campoy, A. (2006) *Revista de Discovery*. Discovery Channel.
- Craig (2001) *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall
- Coon, D (1988) *Psicología, Exploración y Aplicación* México: Thompson.
- Echegoyen, O. (2004). *Psicología Social Actual*. España: Paidós.
- Enciclopedia Encarta* (2000). Microsoft, Office.
- Galimberti Umberto. (2006) *Diccionario de Psicología*. México: Siglo XXI Editores.
- Hartman, L. (2005). *Guías del Cáncer en la Mujer*. México: Trillas.
- Hernández, Fernández y Baptista. (2003) *Metodología de la Investigación*. México. Mac Graw Hill.
- Hirashida, B. (2000). *Ciencias de la Salud*. México: Mc grow Hill.
- Kerlinger, F. (1994). *Investigación del Comportamiento*: México: Mc Grow Hill.
- Martínez, M. (1995) *La actitud que maneja la mujer*. Tesis de Licenciatura, FES Zaragoza, Psicología, UNAM.
- Morales, J, (1992). *Psicología Social*. México: Edit. Mc. Graw Hill.
- Myers, D. (2000). *Psicología Social*. México: Mc. Graw Hill.
- Pastor, R (1996). *Sociología de la Familia*. México: Trillas.
- Raven, B (1981). *Psicología Social, las Personas en Grupos*. México: Continental
- Reyes Cervantes Ricardo Alejandro (2005). *Actitudes Hacia La Virginidad*. Tesis de Licenciatura, Iztacala, Psicología UNAM.
- Rodríguez, A. (1976). *Psicología Social*. México: Trillas.
- Schultz, P. (2002). *Teorías de la Personalidad*. México: Thompson.
- Wittaker, J (1999). *La psicología Social en el mundo de hoy*. México: Trillas,

<http://www.cancer.gov>

http://www.imss.gob.mx/cancer/tipos_cancer

<http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml>

ANEXOS



UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC
ESCUELA DE PSICOLOGIA

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD DEL CÁNCER DEL FAMILIAR DE UN ENFERMO TERMINAL DE CANCER

INSTRUCCIONES: A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN UNA SERIE DE AFIRMACIONES RELACIONADAS CON LA VIDA COTIDIANA, FAVOR DE SELECCIONAR LA OPCION QUE MAS SE ACERQUE A SU FORMA DE PENSAR.

PREGUNTA	SI	NO
1. Cuando me enteré de que mi familiar estaba enfermo de cáncer me sentí confundido.		
2. Cuando estoy con mi familiar enfermo intento controlar mis sentimientos		
3. Algunas veces pienso que la enfermedad de mi familiar es un sueño		
4. Hago todo lo que está en mis manos para ayudar a mi familiar.		
5. Mi vida ha cambiado desde que me enteré de que mi familiar esta enfermo de cáncer		
6. Mi primera reacción al enterarme del diagnóstico fue el llanto.		
7. Estoy consiente de que mi familiar puede morir pronto.		
8. A raíz de la enfermedad de mi familiar he investigado a cerca de ésta		
9. Conozco las causas de la enfermedad de mi familiar.		
10. He buscado ayuda en la medicina alternativa para encontrar la cura de mi familiar		
11. Algunas veces me enojo con mi familiar por estar enfermo		
12. Mi familiar es el culpable de su enfermedad.		
13. En algunas ocasiones creo que nadie ha vivido lo que está pasando a mi familiar.		
14. Evito hablar a cerca de la enfermedad de mi familiar con mis amigos		
15. Al enterarme de la enfermedad de mi familiar me costó trabajo aceptarla		
16. La mayor parte del tiempo estoy enojado.		
17. Me siento a gusto cuando las demás personas hablan a cerca de la enfermedad de mi familiar.		
18. Me molestan las sugerencias que otras personas me hacen a cerca de la enfermedad de mi familiar		
19. Deseo que mi familiar pueda sanar		
20. La enfermedad de mi familiar ha afectado a todos los integrantes de mi familia.		
21. Cuando escucho a alguien hablar de mi familiar me dan ganas de llorar.		
22. Últimamente me he sentido nervioso		
23. He experimentado crisis de angustia desde que mi familiar esta enfermo		
24. Prefiero permanecer en casa o en el hospital con mi familiar enfermo que salir a distraerme.		
25. Siento culpa en algunas ocasiones		
26. He cuidado adecuadamente a mi familiar		
27. Tengo problemas para conciliar el sueño.		

28. He aumentado considerablemente el número de cigarrillos que consumo por día.		
29. Desde que me enteré de la enfermedad de mi familiar he comido mucho.		
30. En algunas ocasiones me siento tan triste que me he refugiado en el alcohol.		
31. La enfermedad de mi familiar ya no tiene cura		
32. Pienso en que debo hacer si mi familiar muriera.		
33. A veces siento que es mejor que mi familiar “se valla a descansar”		
34. Hago todo lo posible para que mi familiar disfrute de sus últimos días.		
35. Algunas veces no tengo ganas de levantarme.		
36. He dejado de realizar mis actividades cotidianas por ir a cuidar a mi familiar.		
37. Me gustaría salir a distraerme un rato.		
38. Me cuesta trabajo realizar mis actividades porque siempre estoy pensando en mi familiar enfermo.		
39. Ya he realizado todos los trámites funerarios necesarios		
40. Cuando mi familiar muera me voy a sentir aliviado		



UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC
ESCUELA DE PSICOLOGIA

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD DEL CÁNCER DEL FAMILIAR DE UN ENFERMO TERMINAL DE CANCER

NORMA DE CALIFICACION

PREGUNTA	SI	NO
1. Cuando me enteré de que mi familiar estaba enfermo de cáncer me sentí confundido.	1	0
2. Cuando estoy con mi familiar enfermo intento controlar mis sentimientos	1	0
3. Algunas veces pienso que la enfermedad de mi familiar es un sueño	1	0
4. Hago todo lo que está en mis manos para ayudar a mi familiar.	1	0
5. Mi vida ha cambiado desde que me enteré de que mi familiar esta enfermo de cáncer	1	0
6. Mi primera reacción al enterarme del diagnóstico fue el llanto.	0	1
7. Estoy consiente de que mi familiar puede morir pronto.	0	1
8. A raíz de la enfermedad de mi familiar he investigado a cerca de ésta	0	1
9. Conozco las causas de la enfermedad de mi familiar.	0	1
10. He buscado ayuda en la medicina alternativa para encontrar la cura de mi familiar	1	0
11. Algunas veces me enojo con mi familiar por estar enfermo	1	0
12. Mi familiar es el culpable de su enfermedad.	0	1
13. Creo que nadie ha vivido lo está pasando a mi familiar.	1	0
14. Evito hablar a cerca de la enfermedad de mi familiar con mis amigos	0	1
15. Al enterarme de la enfermedad de mi familiar me costó trabajo aceptarla	1	0
16. La mayor parte del tiempo estoy enojado.	0	1
17. Me siento a gusto cuando las demás personas hablan a cerca de la enfermedad de mi familiar.	0	1
18. Me molestan las sugerencias que otras personas me hacen a cerca de la enfermedad de mi familiar	0	1
19. Deseo que mi familiar pueda sanar	1	0
20. La enfermedad de mi familiar ha afectado a todos los integrantes de mi familia.	1	0

21. Cuando escucho a alguien hablar de mi familiar me dan ganas de llorar.	1	0
22. Últimamente me he sentido nervioso	0	1
23. He experimentado crisis de angustia desde que mi familiar esta enfermo	0	1
24. Prefiero permanecer en casa o en el hospital con mi familiar enfermo que salir a distraerme.	1	0
25. Siento culpa en algunas ocasiones	0	1
26. He cuidado adecuadamente a mi familiar	1	0
PREGUNTA	SI	NO
27. Tengo problemas para conciliar el sueño.	1	0
28. He aumentado considerablemente el número de cigarrillos que consumo por día.	0	1
29. Desde que me enteré de la enfermedad de mi familiar he comido mucho.	0	1
30. En algunas ocasiones me siento tan triste que me he refugiado en el alcohol.	0	1
31. La enfermedad de mi familiar tiene cura	1	0
32. Pienso en que debo hacer si mi familiar muriera.	0	1
	1	0
33. A veces siento que es mejor que mi familiar "se valla a descansar"		
34. Hago todo lo posible para que mi familiar disfrute de sus últimos días.	1	0
35. Algunas veces no tengo ganas de levantarme.	1	0
36. He dejado de realizar mis actividades cotidianas por ir a cuidar a mi familiar.	1	0
37. Me gustaría salir a distraerme un rato.	0	1
38. Me cuesta trabajo realizar mis actividades porque siempre estoy pensando en mi familiar enfermo.	1	0
39. Ya he realizado todos los trámites funerarios necesarios	1	0
40. Cuando mi familiar muera me voy a sentir aliviado	0	1