



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
M É X I C O**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN LA CALIDAD DE
VIDA DE LAS PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICO
UTERINO QUE SON ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
ONCOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, EN
MÉXICO D.F. SDEI.PTID.05.2**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTAN:

**HILDA ARACELI HERNÁNDEZ DUEÑAS
JOAQUINA HERNÁNDEZ HERRERA
NOEMÍ TREJO VERA**

**M.C.E MA. DEL PILAR SOSA ROSAS
DIRECTORA DEL TRABAJO**



MÉXICO D.F., FEBRERO 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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darnos la vida y ser nuestro guía, amigo y compañero en todo momento.

A nuestra profesora la Mtra. M^a del Pilar Sosa Rosas y demás profesores, por su paciencia y enseñanzas tan valiosas.

A la UNAM y a la ENEO que nos han otorgado el espacio y las herramientas para hacer posible esta tesis.

DEDICATORIAS

A nuestros padres que nos han sabido guiarnos y nos han apoyado a la largo de nuestra vida.

A nuestros amigos y compañeros, con quienes hemos compartido momentos especiales a lo largo de nuestra preparación académica.

A nuestros seres queridos que nos han guiado y acompañado en múltiples situaciones.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	8
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO	12
1.5 OBJETIVOS	
1.5.1 General	13
1.5.2 Específicos	13

2. MARCO TEÓRICO

2.1 CÁNCER	
2.1.1 Consideraciones básicas del cáncer cérvico uterino	14
2.1.2 Epidemiología del cáncer cérvico uterino	15
2.2 PACIENTE CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO	
2.2.1 Cambios de la paciente con cáncer	18
▪ Exposición al dolor	19
▪ Características conductuales	21
▪ Características afectivas	22
▪ Características sexuales	24
▪ Características cognitivas	25
▪ Características socioculturales	26
2.2.2 Calidad de vida	
▪ Calidad de vida y apoyo social	27

2.2.3	Actitudes ante el diagnóstico	
	▪ Aportaciones de Kübler-Ross	28
	▪ Teoría de Moorey y Greer	30
	▪ Derecho de saber	32
	– Derecho a no informarse	33
	▪ Derecho a negar el tratamiento	34
2.2.4	Creencias populares del cáncer	36
	▪ Existe un cáncer y es letal	36
	▪ Pesimismo en el pronóstico	37
	▪ Uno es responsable de padecer cáncer	38
2.2.5	Estrés, cáncer y calidad de vida.	38
2.3	FAMILIA	
2.3.1	El ciclo vital de la familia	41
2.3.2	Naturaleza de las relaciones familiares	42
	▪ Efecto en la calidad de vida	44
	▪ Efecto en la salud mental	46
	▪ Efecto en la salud física	46
2.3.3	Necesidades de la paciente con cáncer cérvico uterino y su familia	
	▪ Estrés y familia	48
	▪ Consuelo y atención	50
	▪ Estrategias cognitivas para afrontar el estrés	52
	▪ Depresión	53
	– Locus de control	57
	▪ Problemas conyugales y cáncer	58
2.3.5	Bien morir	60
	▪ Lugar de muerte	63

3.	<u>METODOLOGÍA</u>	
3.1	VARIABLES DE ESTUDIO Y DEFINICION	64
3.2	DEFINICIÓN OPERACIONAL	65
3.3	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	
3.3.1	Tipo	67
3.3.2	Diseño	67
3.3.3	Criterios de selección	68
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS	
3.4.1	Fichas de trabajo	68
3.4.2	Observación	68
3.4.3	Entrevista	69
3.4.4	Cuestionario	69
4	<u>INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA</u>	
4.1	UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	70
4.2	PROCESAMIENTO DE DATOS	71
4.3	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	
4.3.1	Descripción de los resultados	71
4.3.2	Interpretación de datos	97
5	<u>CONCLUSIONES</u>	107
6	<u>ANEXOS Y APÉNDICES</u>	110
7	<u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	132
8	<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	139

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente diseño de investigación es describir el apoyo familiar que reciben las pacientes con cáncer cérvico-uterino, que asisten al servicio de oncología en el Hospital General de México, dicha investigación es producto del Megaproyecto: Nuevas Estrategias Epidemiológicas Genómicas y Proteómicas en Salud Pública” correspondiente a “Prácticas de autocuidado en mujeres con cáncer cérvico uterino”. En el primer capítulo se hace mención la Fundamentación del tema el cual incluye los siguientes puntos: Descripción de la situación problema, Justificación, Identificación del problema, Ubicación del tema de estudio, el objetivo general y los específicos.

El segundo capítulo presenta el Marco Teórico, en donde se dan a conocer los fundamentos teórico-metodológicos del apoyo familiar en pacientes con cáncer cérvico-uterino que permiten comprender el problema y los objetivos de la investigación.

El tercer capítulo abarca la Metodología, parte medular del diseño de la investigación con el cual se pretende describirla importancia del apoyo familiar en las pacientes con cáncer cérvico uterino incluyendo la definición operacional del mismo. De igual forma se presenta el tipo y diseño de investigación, los criterios de selección, las técnicas e instrumentos de investigación utilizadas entre los que están fichas de trabajo, observaciones, entrevistas y cuestionarios.

En el cuarto capítulo se presenta la forma en que se realizó el análisis estadístico, de forma descriptiva con formula Excel.

Lo más enriquecedor se presenta en el capítulo cinco, el cual plasma la interpretación de datos obtenidos del instrumento aplicado, al igual que las conclusiones de dicho producto.

Al término de esta investigación se incluyen los capítulos seis, siete y ocho, con las conclusiones, anexos y apéndices, el glosario de términos y referencias bibliográficas.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El cáncer es uno de los principales problemas de salud pública, ya que a pesar de los avances en investigación y tratamiento, anualmente fallecen más de seis millones de personas en el mundo. Esta situación se torna crítica y de no implementarse estrategias de prevención, para el año 2025 se presentarán 15.5 millones de nuevos casos, advierte la Organización Mundial de la Salud (OMS). Con respecto a la entidad federativa, el Distrito Federal, Jalisco y Veracruz son los estados que reportaron los más altos porcentajes, y los estados de Quintana Roo, Baja California Sur los menores, Sonora, con 680 casos representó el 1.6%.

En México, por ejemplo, las enfermedades oncológicas son la segunda causa de muerte en población general -después de las cardiovasculares--, representando gastos millonarios para los institutos de salud que las atienden.¹

La detección, diagnóstico y manejo terapéutico de las neoplasias malignas requieren de una estructura organizada de médicos, paramédicos, técnicos, instituciones y tecnología de elevado costo. La evaluación de la incidencia de Cáncer es una herramienta importante en las decisiones de prevención y tratamiento del mismo. Los datos que aquí se exponen provienen del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México (RHNNM).²

En el Hospital General de México, sitio en donde se desarrolla la presente investigación, cuenta con un gran número de pacientes, tanto de primera vez

¹ En Internet: www.inegi.gob.mx

² En Internet: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/publicaciones/mvcom.htm>

como subsecuentes de sus diferentes especialidades, en la cual nos abocaremos al servicio de oncología que año con año ha aumentado su demanda. Desde 1920 se comienza a dar atención a padecimientos malignos que dieron lugar a la creación del servicio de oncología, en la actualidad ocupando el primer lugar el motivo de consultas por neoplasias y enfermedad inflamatoria del cuello uterino, principalmente de usuarias femeninas con un rango de edad de 25 a 64 años o más, siendo más consultas subsecuentes pero sin dejar atrás las pacientes de primera vez, el primer motivo de ingreso al servicio de oncología es por tumoraciones malignas en cuello uterino, y siendo este mismo el motivo de egreso por defunción. Lo más interesante e importante de esto es que el porcentaje va en aumento, donde las principales usuarias del servicio son las mujeres con el diagnóstico de neoplasia tumoral del cuello uterino que las lleva a la muerte, es por ello que la Universidad Nacional Autónoma de México en su gran espíritu de seguir contribuyendo al crecimiento y desarrollo de la sociedad mexicana, promueve la investigación interdisciplinaria, con la colaboración de la Secretaría de Desarrollo Institucional a través del Programa Transdisciplinario en Investigación y Desarrollo para Facultades y Escuelas, ha creado el proyecto de *“Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública”* en el cual se incluye Medicina Clínica y Genómica, Trabajo Social, Química, Enfermería, entre otras disciplinas; con la investigación de 5 enfermedades más comunes en el país siendo estas: Defectos al nacimiento, Tuberculosis, Alzheimer, Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico- Uterino, en el 2007 se integra una sexta siendo esta Fibrosis Quística.

En presente trabajo incluimos un tema de investigación, que a su vez se encuentra inserto en el Macroproyecto y en el proyecto Cáncer Cérvico – Uterino; es en este proyecto donde hemos sido becarias de pregrado, con la finalidad de titulación por producto de investigación, es importante mencionar que dicha investigación se dividió en dos fases de grupo de estudio, el primero desarrollado en el 2005 con pacientes del 2003- 2005 y el segundo (donde nos incluimos) a partir del 2006- 2008 con un arduo trabajo por todas las áreas incluidas, de dicho estudio es de donde resulta interesante indagar sobre el apoyo que puede proporcionar la familia a este tipo de pacientes, ya que generalmente solo se mencionan estadísticas del número de usuarios que acuden al servicio, sus diagnósticos de ingreso y egreso, pero no hay nada que mencione la gran importancia del apoyo familiar con que cuentan las pacientes con cáncer cérvico-uterino, que están pasando por este proceso desde que se enteran del diagnóstico y de las que ya lo están viviendo con su tratamiento.

La familia es la unidad básica de la sociedad alrededor de la cual se mueven todos los individuos. Es un elemento que la enfermera deberá tener en cuenta en el proceso de cuidado. La familia es la mayor fuente de apoyo social que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de independencia como en los de dependencia (niñez, enfermedad, desempleo, etc.). Hay estudios que muestran que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida.

Los enfermos crónicos con algún grado de discapacidad reciben la mayor parte de los cuidados del entorno familiar. Dentro de la familia suele haber un miembro que asume la responsabilidad, organización y dedica más tiempo.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

A través de nuestra participación en dicho proyecto de investigación donde una de nuestras actividades a realizar era las entrevistas de primera vez a las pacientes con diagnóstico reciente de Cáncer Cérvico-Uterino donde dicho cuestionario menciona una pequeña parte acerca de la familia y el acompañamiento de la misma se obtuvo que la mayoría de las pacientes entrevistadas en esta etapa mencionaban que estaba ausente o distante tanto del problema como de la misma paciente; como es bien sabido la familia es la base de toda sociedad, es una célula que se mantiene viva gracias a la sana convivencia de todos sus integrantes, los cuales se encuentran íntimamente relacionados; la unión de estos mismos ayuda al pleno desarrollo de sus componentes. Muchas son las funciones que realiza, tal como dar apoyo emocional a sus integrantes, cubrir las necesidades básicas, todo esto basado mediante el amor, la aceptación, la comprensión, el interés y sobre todo creando un ambiente seguro y armónico. Además de proporcionar todo esto, es también una unidad básica de protección y seguridad física para los integrantes³. En el siglo XXI ha cambiado el concepto de familia, a partir de la consideración de la alteración de la salud de sus integrantes, podemos afirmar sin temor a equivocarnos que en la familia mexicana existe un miembro con alguna enfermedad crónica como hipertensión, diabetes, insuficiencia renal o cáncer, esta última enfermedad es de nuestro interés, por lo que surge la siguiente pregunta ***¿Cuál es la influencia del apoyo familiar en la calidad de***

³MACIAS, Raymundo. Funciones psicosociales de la Familia, Antología de la Sexualidad Tomo II Ed. Porrúa. México, 1998. pp.178-194

vida de las pacientes con Cáncer Cérvico-Uterino que son atendidas en el servicio de oncología del Hospital General de México en México, D.F?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se justifica por varias razones:

- En primer lugar porque no hay un estudio similar enfocado al apoyo a la paciente con Cáncer Cérvico-Uterino y su familiar, dentro del Hospital General de México, en México D.F.
- En segundo lugar porque es de vital importancia el evaluar la influencia del apoyo familiar pacientes con Cáncer Cérvico-Uterino.
- Por último porque se creará intervenciones educativas dirigido a familiares de pacientes y pacientes de Cáncer Cérvico-Uterino siendo la finalidad el favorecer un ambiente familiar seguro y armónico para la convivencia de ambas partes.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

El tema de la presente investigación se ubica en las disciplinas de enfermería, psicología y sociología.

Se ubica en enfermería ya que es una disciplina en donde existe una vinculación enfermera – paciente y familiares, donde es posible expresar sus

necesidades básicas que enfermería puede valorar, diagnosticar, tratar, evaluar y/o canalizar.

Se ubica en psicología ya que esta disciplina estudia las conductas y experiencias de los seres humanos, tanto del cómo piensan, sienten, aprenden, conocen, para adaptarse a el medio que los rodea.

Se ubica en sociología porque esta disciplina estudia el desarrollo, la estructura y la función de la sociedad, analizando las formas en que las estructuras sociales, los problemas de índole social, influyen en la sociedad y por ende en la toma de sus decisiones.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

- Identificar la influencia del apoyo familiar en la calidad de vida de las pacientes con cáncer cérvico-uterino que acuden al Hospital General de México.

1.5.2 Específicos

- Describir la importancia del apoyo familiar en las pacientes con cáncer cérvico-uterino que asisten Hospital General de México.
- Ofrecer intervenciones educativas dirigidas a familiares y con pacientes de cáncer cérvico-uterino del Hospital General de México.

.2. MARCO TEÒRICO

1.1 CÁNCER

1.1.1 Consideraciones básicas del cáncer cérvico-uterino

El cáncer cervical es uno de los más comunes, y en México es el más frecuente. En el pasado era una de las mayores causas de muerte por cáncer, pero gracias a los nuevos conocimientos sobre la enfermedad y a los avances hechos para detectarlo en su primera etapa, es hoy uno de los más curables.

El cáncer cervical, como su nombre indica, se sitúa en el cérvix uterino, porción inferior y estrecha del útero que desemboca en la vagina. En este lugar, las células del cérvix se malignizan originando el cáncer.

Algunas causas y factores de riesgo: el virus del papiloma humano, tener una vida sexual activa precoz (antes de los 18 años), tener múltiples compañeros sexuales, haber tenido verrugas genitales, tabaco, alcohol, tener displasia cervical (anomalías en el tamaño, forma y número de células cervicales). Otros factores que posiblemente contribuyan son: el uso de anticonceptivos orales y haber tenido herpes genital.

La clasificación de las etapas clínicas de la evolución del carcinoma de cuello, partiendo de la etapa cero, sería el carcinoma in situ: *Estadío I*: confinado al cuello del útero, *Estadío II*: se extiende más allá del cuello afecta a la vagina en su parte superior sin afectar el tercio inferior, ni se extiende a la pared pelviana, *Estadío III*: el carcinoma se extiende a la pared pelviana, en la exploración al tacto rectal no existe espacio entre el tumor y

la pared pelviana, se extiende además al tercio inferior de la vagina, *Estadío IV*., en esta puede infiltrar la pared de vagina, recto, etc., es la forma diseminada con metástasis y toma de ganglios lumboaórticos o metástasis a distancia.

Los principales síntomas son: Hemorragia anormal, aumento de flujo vaginal, dolor en el pubis, dolor durante el coito.

Un cáncer cervical incipiente rara vez causa síntomas de modo que la prueba de Papanicolaou es esencial. Sin embargo, cualquier hemorragia o flujo anormal de la vagina necesita inmediata investigación médica. Si bien estos síntomas pueden deberse a otros problemas, también podrían indicar cáncer cervical.

1.1.2 Epidemiología del cáncer cérvico-uterino.

Según el Instituto Nacional de Cancerología de México, se presentaron 19 597 (68.6%) casos; el cáncer de cérvix uterino invasor (30.6%) y el cáncer de mama (20.6%) representaron más de 50% del total de pacientes.

“En México, desde 1990 los tumores malignos representan la segunda causa de muerte en la población general; en mujeres por arriba de los 25 años, la primera.^{2, 3} La tasa de mortalidad en 1922 fue de 14.2 x 10⁵, y para 1992, de 50.4 x 10⁵, es decir, tuvo un incremento de cerca de cuatro veces.

[En 1995] se constituyó un Registro Histopatológico de las Neoplasias Malignas (RHNM), en colaboración con la Asociación Mexicana de Patólogos, la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Nacional de Cancerología.”¹

En México, existe amplia información sobre las características y limitaciones de la campaña de detección oportuna de cáncer del cérvix uterino. En la actualidad se realizan esfuerzos para mejorar dicha campaña en todos sus rubros; sin embargo, dada la magnitud del problema tanto en la morbilidad como en la mortalidad de esta enfermedad en nuestro país, no se puede sobreenfatizar su gran potencial de prevención mediante la detección y el tratamiento de lesiones precursoras. La citología del exudado cérvico-vaginal ha demostrado su alta eficacia en la prevención de enfermedad avanzada.

De acuerdo al Dr. Godoy (área de Oncología – HGM), a nivel mundial se aparecen 18 millones aproximadamente de casos nuevos anualmente. De éstos aproximadamente de 30 – 40% su salud se restablece, o bien, su supervivencia es muy larga. En otro 30% la supervivencia es moderada. En el último 30 – 40 % ya no hay tratamiento que puede mejorar la salud, en ellos sólo puede aplicarse el tratamiento paliativo.

Hay que tomar en cuenta que estas cifras son a nivel mundial. En México por la pobre cultura en prevención se acentúa aún más el porcentaje de

¹ En Internet: http://scielo-mx.bvs.br/scielo.php?pid=S0300-90412001000600006&script=sci_arttext

usuarias con cáncer avanzado, y este porcentaje se incrementa en el Hospital General de México, que es un hospital de especialidades, en donde las pacientes son canalizadas “después de haber visto a seis médicos generales en promedio” según lo reporta el director del área de Oncología.

Además las usuarias suelen comenzar las visitas médicas cuando ya tienen varios meses de haber iniciado con sintomatología de CaCu, y hay que tomar en cuenta que cuando el cuadro sintomático aparece es porque el cáncer cérvico-uterino tiene un estadio avanzado. De tal suerte que cuando la mujer llega al HGM la enfermedad ha evolucionado.

Por si fuera poco, para empeorar la situación, una vez detectado el cáncer cérvico-uterino, es normal que las mujeres pasen por la etapa de negación, a veces esto influye para atrasar el tratamiento, otras veces, se pospone el mismo porque un gran porcentaje de mujeres en el HGM tienen entre 25 y 50 años, y como tal tienen hijos en varias etapas de crecimiento, por lo que brindan atención prioritaria a ellos antes que a sí mismas. Otro factor que también influye en la falta de adherencia al tratamiento oncológico activo es que al HGM llegan pacientes de otros estados, a quienes se les dificulta comprender la naturaleza de la enfermedad, las indicaciones terapéuticas, leer y escribir (en algunos casos), así como costear su estancia en México y aún más el tratamiento.

Ciertamente el HGM atiende a una población con un estatus socioeconómico de medio a bajo, lo que influye enormemente en que las pacientes lleguen con estadios tan avanzados de CaCu.

El hospital de PEMEX, en la ciudad de México, a diferencia del HGM, “tiene sólo el 1% de pacientes con CaCu”, afirma la directora del área de Oncología, muchas de las usuarias están en los primeros estadios de evolución. La mayoría de usuarios que están afiliados a PEMEX son de nivel socioeconómico alto a medio, el trato hacia ellos es de mejor calidad, hay más detecciones oportunas y una vez diagnosticada la enfermedad se trata de la forma más pronta posible.²

La peor situación en la que se puede encontrar una paciente es en la que no tiene los mínimos recursos para pagar el tratamiento, el apoyo profesional es muy deficiente y no tiene apoyo familiar, además su esposo la abandona dejándola a cargo de las responsabilidades del hogar y su sustento. Lamentablemente este tipo de casos no son raros.

Los factores que influyen en un adecuado apoyo familiar y profesional se desglosan en los siguientes capítulos.

2.1 PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO

2.1.1 Cambios de la paciente con cáncer.

Las pacientes oncológicas sufren cambios en todos sus aspectos. Es importante que ella aprenda a adaptarse a éstos. La asesoría de diversos profesionales de la salud es indispensable para prepararla ante estos cambios.

² En internet: http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_2_1x_Glosario_A-I.asp

- Exposición al dolor

Un temor difundido popularmente sobre el cáncer, es lo terriblemente doloroso que es. En la actualidad ya hay muchas terapias que permiten disminuir la intensidad del mismo. Sin embargo hay que tomar en cuenta varios factores que incrementan o disminuyen el dolor, sólo así, los profesionales van a poder hacerle frente de forma más eficaz.

En primer lugar el dolor no es sólo un síntoma físico sino que también está influenciado por las emociones y contexto en que se presenta.

“[El dolor] es una combinación tanto de la percepción de la sensación como de la respuesta emocional del paciente ante ella [...] la fatiga, el aburrimiento y el aislamiento mental disminuyen el umbral, mientras la simpatía, las diversiones y la compañía, lo elevan.”³

Sherr afirma que tanto el significado como las manifestaciones del dolor varían de una cultura a otra. Para reafirmar esto menciona un estudio derivado de la Segunda Guerra Mundial, en donde se afirma que el dolor de un mismo tipo de herida presentado por los soldados estaba intensificado de acuerdo al significado personal de dicha herida.

³ LORRAINE, Sherr. Agonía, muerte y duelo. Ed. Manual Moderno. 2da edición. México, 1992. p. 228

“[...] el grado de dolor referido y la cantidad de analgésicos requeridos después no se correlacionaban con el grado de lesión [...] sin embargo, esto sí se modificaba dependiendo del ambiente que circundó la herida y de lo significativo de la misma [...]”⁴

Y relaciona lo anterior a las pacientes con cáncer. Afirma que:

“Cuando el dolor pierde todo significado, como en el dolor crónico que a menudo experimentan los pacientes cancerosos terminales, se incrementará en la gravedad advertida.”⁵

Por la naturaleza dual del dolor (física y psicológica) ya mencionada, se justifica el uso de terapias analgésicas y mentales como la hipnosis que permite “distorsionar el tiempo”, la relajación, fantasía dirigida y retroalimentación para “mitigar el dolor” , o la acupuntura que “induce la liberación de endorfinas (neutralizadores naturales del dolor)”.

En este aspecto, nuevamente se hace presente la importancia en el apoyo profesional y familiar para acceder a este tipo de terapias que permiten una mejor calidad de vida y un buen (o un mejor) morir. El apoyo profesional es útil para canalizar o sugerir a las pacientes este tipo de terapias que no modifican negativamente el tratamiento activo oncológico ni los cuidados paliativos. El apoyo familiar es indispensable

⁴ Ibidem p. 229

⁵ Id

para contactar, acompañar, pagar, o hasta para cubrir algunas responsabilidades de la paciente y así tenga el tiempo de acudir a dichas terapias.

- Características conductuales

Cook y Fontaine mencionan un estudio realizado en 1977 en donde se identifican las características conductuales de mujeres con CaCu como baja autoestima, tendencia al victimismo, represión de emociones y evitan conflictos.

“[Las características] Incluían mala imagen corporal, una incapacidad para expresar las emociones (especialmente el enojo y la hostilidad), verse a sí mismo como víctimas y conducirse de dicha forma; tener una tendencia a sentir lástima de sí mismos y dificultad en desarrollar y mantener relaciones a largo plazo [...] actúan como si no tuvieran problemas en sus vidas. Son cooperadores y desean agradar – el típico buen chico-.”⁷

Cooper menciona un estudio realizado por Thomas y Duszynki en 1974, en donde se observan las características de estudiantes de medicina por cuatro años, encontrando datos muy semejantes a los ya mencionados:

⁷ COOK y Fontaine. Enfermería psiquiátrica. Ed. McGraw-Hill. 2da edición. Madrid, 1993. pp.264,265

“[...] el cáncer tiende a presentarse en individuos apocados, no agresivos e incapaces de expresar adecuadamente sus emociones. Muchos de estos individuos tendían a ser más bien personas solitarias, sin una asociación parental estrecha, o que han perdido a sus padres figurativamente.”⁸

Esta actitud de naturaleza pasiva puede comprenderse mejor al analizar las siguientes características afectivas.

- Características afectivas

Cook y Fontaine hacen referencia a estado emocional de las pacientes con CaCu, en el que se mencionan las *Tres D*: desamparo, desesperanza y depresión.

“El encontró que estos individuos tenían sentimientos de desamparo, desesperanza y depresión. Ellos informaban con frecuencia de sentimientos de desesperación y decepción, prevalecían los sentimientos de resentimiento, pero eran hábilmente encubiertos por una personalidad agradable y cumplidora. Los temas de pérdidas, soledad y abandono también eran comunes.”⁹

⁸ COOPER, Cary. L. Estrés y cáncer. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1986. p. 7

⁹ COOK y Fontaine. Op. cit. p. 265

Cooper da otras referencias que afirman las mismas características en pacientes con cáncer, en las cuales se enfatizan las *Tres D* y las pérdidas emocionales precedentes al diagnóstico. A saber de Evans, un psicoanalista jungiano en 1926 encuentra que:

“[...] muchos enfermos de cáncer habían perdido una estrecha relación emocional antes del comienzo de la enfermedad [...]”¹⁰

Greene en los años sesenta realiza dos estudios al respecto, encontrando características similares, el primer estudio lo realizó en gemelos, en donde uno de ellos había fallecido de cáncer.

“[...] el enfermo de cada pareja de gemelos que contrajo leucemia y murió a consecuencia de ella, había experimentado un trastorno psicológico, en contraposición con el gemelo sano que no había sufrido ningún trauma emocional.”¹¹

En el segundo estudio realizado en pacientes oncológicos reporta:

“[...] estas enfermedades se presentaban más a menudo en un ambiente de pérdida emocional o separación, que producía profundos sentimientos de ansiedad, enfado, tristeza o desesperanza.”¹²

¹⁰ COOPER, Cary Op. cit. p.6

¹¹ Id

¹² Id

Otro estudio muy interesante que Cooper recopila es el de Schmale e Iker, en donde ellos predijeron el CaCu en mujeres asintomáticas con “extensiones de Papanicolaou sospechosas”, ellos concluyeron que:

“[...] este desorden ocurría muy a menudo en individuos con una “personalidad propensa al desvalimiento”, o con un sentido de frustración desesperanzada debida a algún conflicto insoluble, durante los 6 meses precedentes [...]”¹³

- Características sexuales

Todo suceso conlleva a un cambio, esto mismo sucede cuando hay algún ingreso de un fármaco al organismo. Esto sucede en el caso del cáncer cérvico uterino donde los fármacos y el tratamiento quirúrgico originan cambios en el cuerpo de diferentes formas, en el área hormonal los medicamentos modifican la liberación y el ciclo hormonal, lo que también afecta su vida sexual.

Los fármacos anticancerosos provocan la alteración de la respuesta sexual por un bloqueo de los receptores colinérgicos, un bloqueo de los receptores dopaminérgicos, el antagonismo de los receptores serotoninérgicos y a través del impacto sobre los sistemas de neurotransmisión central, que regula el eje hipotálamo- pituitario- gonadal.¹⁴ Se involucran 3 mecanismos que se suponen se ven involucrados como el central, donde hay un efecto del medicamento que

¹³ Id

¹⁴ PÉREZ Fernández, Celia. Antología de la sexualidad humana. “Factores emocionales y sexuales”. Editorial Miguel Ángel Porrúa. 2ª ed. México, 1998. p. 607

puede causar sedación y consecuentemente inhibición de la función sexual. El periférico que lleva a un bloqueo de los receptores alfa-adrenérgico y colinérgicos del sistema nervioso autónomo, lo que provocaría interferencia con el funcionamiento sexual.

En estudios de mujeres tratadas por cáncer de cuello uterino o endometrial, del 31 al 88% reportaron problemas con la sexualidad, particularmente aquellas que fueron tratadas con radioterapia.”¹⁵

Las supervivientes de cáncer ginecológico reportan una gama de dificultades sexuales; las más preponderantes son disminución de la libido, sequedad vaginal y dolor durante el coito. Estos problemas pueden tener múltiples causas, entre ellas estenosis vaginal después de la radioterapia, menopausia relacionada con la operación o el tratamiento, imagen corporal perturbada y una mayor aflicción psicológica.

- Características cognitivas

Ciertamente el ser humano tiene la capacidad de adaptación ante diversas situaciones. Con la usuaria con CaCu puede ocurrir una de dos cosas, o utiliza la negación como un mecanismo de defensa para no enloquecer ante el diagnóstico de cáncer, lo que implica “cerrarse” a la información, o bien, se torna receptiva para recuperarse lo más pronto posible. Puede ser que en un momento dado adopte una posición y después otra, ya que la negación es una etapa temporaria del duelo,

¹⁵ COOPER, Cary. L. Op. cit. p.155

aunque hay pacientes que se recuperan o fallecen antes de trascenderla.

Cook y Fontaine explican las peculiaridades de las usuarias con CaCu que admiten información sobre su padecimiento.

“Las características cognitivas de mayor significado para las personas con cáncer son aquellas que les ayudan a luchar contra los efectos del proceso de enfermedad. Por ejemplo, la capacidad de ser creativo, ser receptivo a las nuevas ideas, crecer intelectualmente, buscar nuevas experiencias, y la motivación de buscar el “mejor” cuidado médico [...]” ¹⁶

- Características socioculturales

Ya se había mencionado en las características afectivas, un déficit en la relación parental con la usuaria con CaCu. Cook y Fontaine ahondan en este tema, ellas sugieren que hay más probabilidad de padecer cáncer a menor apego con los padres.

“Una niñez traumática se ha demostrado en las víctimas de cáncer; a menudo [...] informan de la falta de intimidad con sus padres. El orden de nacimiento también se ha demostrado como significativo en la susceptibilidad del cáncer. Los

⁷ COOK y Fontaine. Op. Cit. p.265

hijos únicos parecen estar protegidos [...] y el primer recién nacido [...]. La cantidad de tiempo que una persona permanece siendo el hijo más joven puede relacionarse con la susceptibilidad. También parece haber una relación entre el desarrollo del cáncer y la percepción de la persona de pérdida del amor paternal y afecto como suceso traumático.”¹⁵

2.1.2 Calidad de Vida

- Calidad de vida y apoyo social

La autoestima es mayor cuando se percibe apoyo en las relaciones estrechas. El apoyo social comprende cercanía emocional y calidez, aceptación, comodidad y asistencia, y genera un autoconcepto más positivo, una mejor autoestima y una mejor autoeficacia en el receptor. Disponer de un apoyo social idóneo determina parcialmente el bienestar, el desempeño en los principales roles sociales y el manejo adecuado de los acontecimientos de la vida.

“Muchos investigadores señalan que el apoyo social reduce la incertidumbre y mejora la percepción de control personal y competencia social del individuo.”¹⁶

¹⁵ Id

¹⁶ COFER, C. N. Psicología de la motivación. “Teoría e investigación”. Ed. Trillas. 5ª ed. México, 1979. 424

El apoyo social contribuye a una sensación de bienestar y satisfacción en la vida, la disminución de dicho apoyo puede explicar en parte el efecto negativo que el deterioro físico ejerce en el bienestar psicológico. La *mala salud* perturba gravemente el sistema de apoyo social de un individuo, reduce el apoyo percibido y real, y genera una menor satisfacción en la vida y un mayor riesgo de depresión. La mala salud y el deterioro físico pueden reducir la capacidad del individuo para mantenerse en contacto con los demás; hay menos contactos con la familia y los amigos. Y probablemente no tengan tantas posibilidades de ofrecer apoyo a los demás, lo que reduce la naturaleza recíproca de las relaciones. Existirá un mayor bienestar y un menor riesgo de depresión cuando se tenga la sensación de control sobre su propio entorno.

Probablemente haya una relación recíproca entre el apoyo social y el estado emocional. Aunque el primero es capaz de mejorar el estado de ánimo positivo, quienes son más felices y optimistas también tienen más probabilidades de atraer a los demás, mejorando con ello su calidad de vida.

2.1.3 Actitudes ante el diagnóstico

- Aportaciones de Kübler-Ross

Pocos investigadores han contribuido más a la comprensión del proceso agónico; la psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross (1965, docente de la

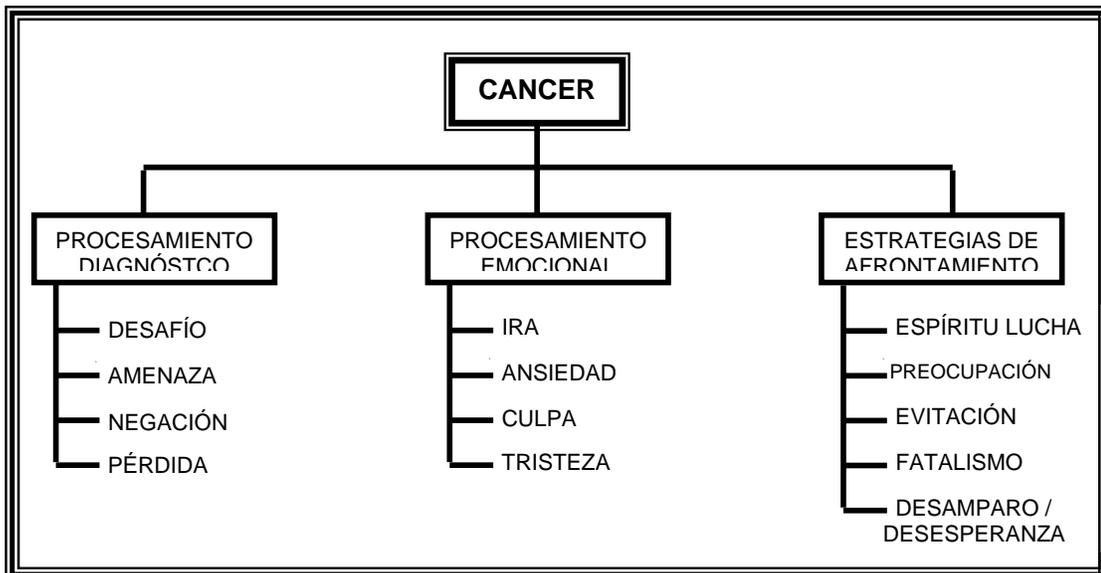
University of Chicago), dedicó literalmente miles de horas a entrevistar a cerca de 200 pacientes de mediana edad que padecían cáncer. Su obra culminó con la descripción de una serie de etapas que experimentaron las personas que ella entrevistó al afrontar su propio proceso agónico. A continuación se presentan brevemente las generalidades de estas etapas.

La reacción inicial ante la noticia de que se tiene una enfermedad terminal suele ser *desconcierto, incredulidad y negación*, o renuencia a aceptar que uno está muriendo. Se trata de un mecanismo de defensa que permite al individuo adaptarse poco a poco a la noticia de que la muerte es inminente. Una vez que se reconoce el diagnóstico, surge *la ira*. El individuo se pregunta “¿por qué a mí?”; de modo que una sensación de injusticia puede hacer que el paciente reaccione con hostilidad hacia los demás. La tercera etapa, *la negociación*, refleja el deseo del individuo de gozar de más tiempo; a cambio, quizá prometa ser una mejor persona o ir a la iglesia con regularidad. Dicha negociación se hace con Dios y, si la muerte no sobreviene, pocas veces se mantiene. *La depresión* representa la aceptación cada vez mayor que la realidad ante el deterioro de la salud y el pesar personal que resulta. En este punto, el individuo tal vez se aleje de los demás. Si se les da el tiempo y el apoyo suficientes, muchos pacientes alcanzan la aceptación y la muerte se aborda con paz.

- Teoría de Moorey y Greer

La forma de cómo una paciente percibe el diagnóstico de cáncer influye en la forma de afrontarlo, e invariablemente esto influye no sólo en la calidad de vida, también en la cantidad de vida.

Moorey y Greer, la búsqueda de modificar el tipo de afrontamiento en las mujeres con Ca, para llevarlas a un mejor pronóstico. Estudiaron sus reacciones, encontrando que dependiendo de la interpretación personal del diagnóstico se va a dar una respuesta emocional, y dependiendo de ésta se va a activar alguna estrategia de afrontamiento, que puede ser favorable o desfavorable en la evolución de la enfermedad. A continuación se presenta el *Esquema de supervivencia* realizado por Moorey y Greer.



Afirman Moorey y Greer lo siguiente:

“Si [al cáncer] lo considera un desafío, luchará para superarla; la amenaza entraña un estado de incertidumbre tanto acerca de la capacidad de control personal sobre la enfermedad y sobre la capacidad para vencerla [que] suele llevar a la preocupación ansiosa; la negación puede llevar a una estrategia de evitación activa [...], la pérdida lleva o bien al fatalismo (resignación y dejarlo todo en manos de otras personas) o al desamparo/desesperanza “nadie ni nada puede hacer algo por mi, estoy irremediablemente perdido y no tengo salvación posible”.¹⁷

Según los autores del Esquema de supervivencia, lo mejor que le puede ocurrir a una paciente es mantenerse en una estrategia de lucha o evitación activa para así aumentar las tasas de supervivencia.

Por supuesto que este no es un trabajo que sólo compete a ella, necesita el apoyo de los profesionales de la salud, y sobretodo el de la familia y la pareja. Sin embargo, en el Hospital General de México es muy bajo el porcentaje de parejas que permanecen viviendo en el mismo hogar (20% aproximadamente, según el director de área de Oncología), esta ruptura matrimonial, ya en sí misma traumática para todos los integrantes de la familia, lleva inevitablemente a la paciente

¹⁷ ARRANZ y cols. Manual de psico-oncología. Ed. Nova sidonia oncología. Madrid, 2000. p.21

con CaCu a un deterioro psicológico mayor que finalmente se ve reflejado en un mayor deterioro físico.

Cooper sugiere, a través de una recopilación de investigaciones sobre el cáncer, que el estrés psicológico influencia el desarrollo del tumor así como la disminución notablemente el sistema inmunológico por medio de mecanismos neuroquímicos y hormonales.

“Las células fagocíticas del sistema inmunitario constituyen la vanguardia de la defensa contra diversos patógenos [las primeras] están sujetas a la influencia de los estresores.”¹⁸

La influencia del estrés en la evolución del CaCu se expondrá ampliamente más adelante.

- El derecho de saber

Los pacientes que están dentro de las etapas de adolescencia tardía a la adultez mayor suelen recibir el diagnóstico por parte del médico ya que ellos pueden acudir a la consulta acompañados de algún familiar, pero ellos son pieza principal en la recepción de indicaciones médicas. A diferencia de esto, los niños, preadolescentes o pacientes geriátricos no son considerados en forma directa para hacerles saber el diagnóstico, cuidados, tratamiento en general ya que están a cargo del cuidado de otros. Una postura que pueden adoptar los familiares es el engaño, para no hacer sufrir a la paciente con CaCu, y así minimizarle el dolor

¹⁸ COOPER. Cary L. Op. Cit. p 129

psicológico. El temor a la muerte es un factor muy importante para que se de estos casos.

Independientemente de las decisiones tomadas al respecto, tanto los familiares como el paciente tienen derecho a conocer la naturaleza de la enfermedad, así como posibles complicaciones, tratamientos y cuidados.

- Derecho a no informarse

También existe el derecho a no estar informado cuando la paciente utiliza la negación como mecanismo de defensa, que al igual que otros mecanismos protegen al individuo ante una situación intolerable, su uso es saludable pero si se utilizan en exceso resultan adversos. Johnson menciona que en la negación:

“[...] una persona niega la existencia de cierta realidad externa. [...] Con el tiempo, la negación suele disminuir y, de manera progresiva, la persona comienza a enfrentarse con la dura realidad de la verdad, a aceptarla y hablar de ella.”¹⁹

Pero también advierte Sherr que es necesario verificar de quién “es la negación que se está manifestando: la del médico o la del paciente”.

¹⁹ JOHNSON, Bárbara. Enfermería en salud mental. Ed. Mc Graw Hill. 4ta ed. Madrid, 2000. p. 8

- El derecho a negar el tratamiento

En el Hospital General De México llegan muchas mujeres con cáncer en estadios avanzados ya que hay una pobre cultura en la prevención, una fuerte situación de género que pone en desventaja a las mujeres, la disminución en la edad para comenzar una vida sexual activa, el incremento a la exposición de elementos propicios al cáncer, entre otros factores.

Para este tipo de pacientes ya no hay tratamiento que pueda curarles. Es entonces donde entra el cuidado paliativo. Para un médico muchas veces es difícil enfrentar la decisión de cuándo es el momento apropiado para terminar el tratamiento terapéutico y cuando comenzar el paliativo. Para el área de enfermería también resulta complicado atender cuando los pacientes están en estado agónico y aparentemente solo se prolonga el sufrimiento.

“[...] tanto a los médicos como a las enfermeras se les dificulta seguir esforzándose por curar [cuando] simplemente ya es difícil y poco factible hacerlo. Decidir cuando suspender el tratamiento activo es un problema ético ante el cual no existe una solución fácil, especialmente a medida que la tecnología médica está incrementando la provisión

de métodos para prolongar la vida de pacientes gravemente enfermos.”²⁰

Ante tal situación la paciente tiene derecho a negar el tratamiento terapéutico cuando ella lo decida. Está en total libertad de escoger terapéuticas alternativas que ayuden a paliar los síntomas y mitigar el sufrimiento. Incluso, aunque la paciente no esté al borde de la muerte tiene total libertad de firmar o no el *Consentimiento informado*, en el cual, admite cualquier método de diagnóstico o tratamiento que los médicos consideren necesarios. Sin embargo tal como lo refiere Sherr, “abundan las ambigüedades y argumentos que se refieren a la definición de paciente “informado”, ya que, con frecuencia la paciente desconoce las repercusiones de tal o cual tratamiento, y como ya se mencionó, hay ocasiones en las ya nada puede hacerse para reestablecer la salud y un tratamiento terapéutico sólo agravaría aún más el bienestar de la paciente.

La participación de la usuaria en las decisiones terapéuticas se ven afectadas por la relación muchas veces tan distante y paternalista que guardan con los profesionales de la salud. Y si a este cuadro se le incrementa la falta de apoyo familiar, por la carga en las responsabilices diarias, por la costumbre de ver por los demás y al último por ella, entonces la calidad de vida de la paciente se empeora mucho.

²⁰ LORRAINE, Sherr. Op. Cit. p.232

2.2.4 Creencias populares del cáncer.

Alrededor del cáncer hay una gran cantidad de tabúes, ésto aunado al temor a la muerte que existe en una gran cantidad de sociedades, coloca a la paciente con cáncer en una posición muy difícil, ya que se siente enfrentada a un panorama absolutamente fatalista.

Algunas creencias desfavorables con respecto al cáncer son: *Existe un cáncer y es letal, Pesimismo en el pronóstico, Uno es responsable de padecer cáncer.*

- Existe un cáncer y es letal.

Cuando se habla de cáncer, la gente no suele considerar que hay gran diversidad de tipos de cáncer, y que cada uno de éstos se divide en etapas de acuerdo a la gravedad, y por ende, el pronóstico también varía, por lo que las probabilidades de sobrevivencia varían. Además, comenta Sherr:

“Otra de las razones por las que la muerte por cáncer está haciéndose más evidente es la declinación en la mortalidad causada por otros padecimientos [también] el perfeccionamiento en el tipo de diagnóstico, la recopilación de datos y métodos de detección temprana [...] la constante exposición de la población a un creciente número de

cancerígenos [y por último] el aumento de la longevidad. “²¹

- Pesimismo en el pronóstico

Se ha comprobado que incluso los médicos generales miran al pronóstico de cáncer con mayor pesimismo que otras enfermedades degenerativas y fatales. En una entrevista realizada por Rosser y Maguire, un médico menciona:

“[...] Los pacientes reaccionan mejor ante un padecimiento coronario que ante el cáncer... ellos piensan que tienen un mejor pronóstico. Con honestidad, yo, de manera irracional, pienso lo mismo (me refiero emocionalmente, no a nivel de estadísticas).”²²

Esta actitud negativa por parte del médico, indudablemente es transmitida al paciente, quién reafirma lo temible de su padecimiento. Se ha comprobado que a mayor ignorancia sobre el padecimiento hay un mayor pesimismo subjetivo hacia la evolución de una paciente con cáncer. Los médicos especialistas en oncología suelen ser los más optimistas y las enfermeras a nivel técnico suelen ser las más pesimistas, por ende, las que más experimentan estrés al cuidar de pacientes oncológicas.

²¹ LORRAINE Sherr. Op. Cit. pp. 224-225

²² Ibid p.225

- Uno es responsable de padecer cáncer

Ya sea por castigo, por pago, o por cualquier otra idea, muchas pacientes con CaCu se sienten responsables y avergonzadas de padecer cáncer. Ello es una desventaja ya que algunas mujeres posponen el tratamiento médico por creerse merecedoras de tal situación.

2.2.5 Estrés, cáncer y calidad de vida.

El estrés psicológico comprende los estados cognitivos y emocionales negativos que resultan cuando los individuos consideran que las exigencias que recaen sobre ellos rebasan su capacidad para afrontarlas. El estrés se presenta cuando la persona percibe que un suceso es amenazador y se siente abrumada, indefensa e incapaz de afrontarlo. La evaluación que el individuo haga del suceso es fundamental. El individuo percibe que las situaciones son más estresantes cuando suponen la pérdida (o la amenaza de pérdida) de algo que le resulta muy valioso y cuando las percibe como poco familiares, impredecibles y fuera de su control.

Cuando uno percibe cierta situación como estresante, se genera una reacción en cadena que tiene consecuencias en las emociones al estrés, como la ira, la irritación o la pesadumbre. La *ansiedad* es una consecuencia emocional común y desagradable que resulta potencialmente peligrosa, sobre todo cuando el estrés es grave y crónico. La regla general dice que conforme el estrés aumenta, se incrementan las emociones negativas. El estrés puede afectar la capacidad cognitiva y el desempeño en las tareas,

perturbando la atención, la concentración, la memoria y el juicio; puede ocasionar problemas interpersonales, ya que los individuos se aíslan, pierden seguridad, se irritan, etc.

El estrés ejerce efectos directos e indirectos en la salud física. El estrés afecta la salud a través de la alteración del funcionamiento del sistema inmunológico; la respuesta fisiológica consiste en la liberación de sustancias químicas que reprimen la actividad del timo. El resultado es que el individuo llega a ser más vulnerable a diversos agentes infecciosos.

Cooper, en el intento de demostrar la relación entre estrés – inmunodepresión - cáncer, menciona que:

“[...] Los dos mecanismos internos más importantes, que se ha demostrado influyen en el crecimiento maligno [del cáncer], son los factores hormonales y competencia inmunológica del individuo. Es de la mayor importancia reconocer que el sistema nervioso central juega un papel dominante en el control de estas determinantes, de la actividad malignizante.”²³

Después de afirmar que el estrés produce una supresión inmunológica, afirma que:

“[...] las defensas inmunitarias disminuidas están asociadas con una susceptibilidad aumentada a las

²³ COOPER, Cary. Op. Cit. p.10

infecciones y a una rápida difusión de las mismas.”²⁴

Pese a todos los posibles efectos negativos, el estrés también puede tener consecuencias positivas; afrontar con éxito los sucesos muy estresantes, mejora el repertorio de estrategias de afrontamiento del individuo, fortalece su sensación de dominio y le permite adaptarse de manera más eficaz en el futuro.

Se ha descubierto que las emociones positivas resultan benéficas para afrontar el estrés. Ejercen un efecto útil, ya que fortalecen los esfuerzos de afrontamiento, distraen o dan un “respiro” y restablecen los recursos. El modelo propuesto por Fredrickson (2000), se basa en el hecho de que las emociones positivas consolidan recursos cognitivos, sociales y físicos, ya que amplían el rango de atención, pensamiento y acción de la persona; lo anterior tal vez explique los beneficios de intervenciones como la terapia de relajación.

Es indudable que un adecuado manejo de estrés en la paciente va a favorecer su calidad de vida, pero para ello es indispensable el apoyo familiar.

²⁴ Id

2.3 FAMILIA

2.3.1 El ciclo vital de la familia

Toda familia como ya se ha mencionado es una célula, unificada, constituida por un sistema, esta cuenta con un origen, un desarrollo y un final, propiciado por cada uno de los integrantes de la familia.

Distinguiendo varias etapas y facetas que a veces no se planean ni siguen una secuencia, si no se van dando de forma sucesiva, llegando en ocasiones a pasar a una posterior sin conclusión de una previa que puede llevar a una desviación o dificultad para una evolución sana y objetiva.

Estas etapas se darán de la siguiente forma: una fase preliminar que conlleva a los antecedentes, donde hay un desprendimiento familia.

Un encuentro con la media naranja que conlleva a un cortejo y a un proyecto de una nueva familia de esa pareja formada. De forma simultánea entra la fase temprana o el inicio, de esa familia a través del matrimonio creando un compromiso de vida que lleva a la decisión de formar una nueva familia, donde habrá un advenimiento de los hijos, creando nuevos roles y una familia con hijos pequeños, subseguida por la fase intermedia donde vendrá el desarrollo y crecimiento de esa familia, donde los hijos pasaran por las diferentes etapas de crecimiento y por ultimo la fase tardía donde sobreviene la declinación y regresa el desprendimiento de los hijos, el nido vacío y el reencuentro, empezando nuevamente la creación de las familias nuevas y nuevos roles, donde los progenitores pasaran a la vejez y muerte, llegando a una disolución de la familia nuclear.

Dentro de las familias surgen varios puntos a considerar e importantes como es el grado de significancia que ocupa cada uno de los integrantes de la familia, que conlleva a esa importancia que se le da.

La jerarquización de los integrantes relegando autoridad, responsabilidades, para la toma de decisiones internas que trascenderá en la familia. Una gran fuente de modelos psicosexuales donde hay adultos significativos que son papa y mamá como modelos primarios y como modelos secundarios los profesores y personajes que rodean a los integrantes ya sea de forma directa o indirecta como los personajes de la televisión que son reales o irreales.

Contando en una involucración emocional, con un grado e intensidad afectiva enorme ya que aquí se maneja emociones en todo momento que lleva a la creación de la autoestima donde los sentimientos tendrán que ser manejados para ser expresados de una forma efectiva. Donde habrá alianzas, las cuales son vínculos entre dos miembros estas pueden ser con un sentido negativo contra algún otro integrante que se llamara coalición, donde dos coaliciones en contra con dos figuras fuertes serán bandos donde es más frecuente los problemas conyugales. Y es ampliamente una fuente de la expresión de afectos.

2.3.2 Naturaleza de las relaciones familiares

Desde las primeras interacciones entre infante y madre, el mundo social subordina y moldea el desarrollo del individuo. Las relaciones sociales

influyen en la forma en que uno vive su existencia y cómo se siente con la experiencia. Los lazos que uno establece con los demás se originan de una *necesidad innata por establecer relaciones*, la cual es conocida como *necesidad de afiliación*; esta varía de una persona a otra y en ella pueden influir factores bioquímicos como la producción de oxitocina –hormona que al parecer se asocia con los vínculos sociales-.

La necesidad de afiliación varía en función de las circunstancias. Por ejemplo, la ansiedad suele aumentar el deseo de un individuo de estar con los demás, sobre todo con quienes enfrentan una amenaza similar.

Los investigadores atribuyen el deseo de afiliación cuando se está bajo amenaza de diversas causas, entre las que se hallan: la necesidad de información sobre la amenaza misma, la necesidad de determinar si las respuestas emocionales propias son las adecuadas y la necesidad de apoyo emocional y palabras reconfortantes.

El aislamiento social y la soledad ejercen un efecto negativo muy fuerte en el bienestar físico y psicológico.

La familia es realmente un sistema de relaciones recíprocas e interdependientes. Cuando una persona sufre un cambio también experimentarán un cambio quienes comparten roles y sus vidas están interrelacionadas. Un divorcio no sólo afecta a la pareja que se separa, sino

también a aquellos con quienes la pareja sostiene relaciones: hijos, padres, hermanos, etc ²⁵.

La interacción con los demás contribuye al desarrollo y mantenimiento del sentido del sí mismo. Las relaciones pueden ofrecer compañía o alguien en quien confiar.

Diversos investigadores han hallado evidencias de la existencia de un vínculo entre relaciones, sociales, salud y mortalidad.

El aislamiento social no solo mina la salud, si no que la salud deficiente afecta las relaciones sociales. Al parecer resulta esencial contar con un nivel mínimo de interacción social positiva a fin de experimentar una sensación de bienestar.

El *apoyo social* consiste en intercambios interpersonales que ofrecen lo siguiente: afecto positivo, afirmación y ayuda. En términos simples, una relación de apoyo se da cuando considera que la otra persona le cuida y respeta, y que le respaldaría y brindaría ayuda si fuera necesario.

- Efecto en la calidad de vida

Muchos investigadores señalan que el apoyo social reduce la incertidumbre y mejora la percepción de control personal y competencia social del individuo. La *autoestima* es mayor cuando se percibe apoyo en las relaciones estrechas. El apoyo social comprende cercanía

²⁵ DULANTO Gutiérrez, Enrique. Separación y divorcio. La familia un espacio de encuentro y crecimiento para todos. México 2004. Editores de Textos Mexicanos. 67-79 pp.

emocional y calidez, aceptación, comodidad y asistencia, y genera un autoconcepto más positivo, una mejor autoestima y una mejor autoeficacia en el receptor.

Disponer de un apoyo social idóneo determina parcialmente el bienestar, el desempeño en los principales roles sociales y el manejo adecuado de los acontecimientos de la vida.

El apoyo social contribuye a una sensación de bienestar y satisfacción en la vida, la disminución de dicho apoyo puede explicar en parte el efecto negativo que el deterioro físico ejerce en el bienestar psicológico. La *mala salud* perturbe gravemente el sistema de apoyo social de un individuo, reduce el apoyo percibido y real, y genera una menor satisfacción en la vida y un mayor riesgo de depresión. La mala salud y el deterioro físico pueden reducir la capacidad del individuo para mantenerse en contacto con los demás; hay menos contactos con la familia y los amigos. Y probablemente no tengan tantas posibilidades de ofrecer apoyo a los demás, lo que reduce la naturaleza recíproca de la relaciones. Existirá un mayor bienestar y un menor riesgo de depresión cuando se tenga la sensación de control sobre su propio entorno ²⁶

Probablemente haya una relación recíproca entre el apoyo social y el estado emocional. Aunque el primero es capaz de mejorar el estado de ánimo positivo, quienes son más felices y optimistas también tienen más

²⁶ MACIAS, Raymundo. Funciones psicosociales de la Familia, Antología de la Sexualidad Tomo II Pag.178-194 Edi. Porrúa, Año 1998.

probabilidades de atraer a los demás, mejorando con ello su red de apoyo social.

- Efecto en la salud mental.

El apoyo social es igualmente importante para el bienestar mental. Dicho apoyo protege a la gente de los efectos psicológicos negativos derivados de los sucesos de vida estresantes, como las responsabilidades de la paternidad, la adaptación al divorcio o la dificultad de ofrecer cuidado a un ser querido que padece una enfermedad crónica. Por ejemplo: quienes gozan de un apoyo social adecuado tienen menos probabilidades de sufrir depresión clínica. En contraste, quienes se hallan aislados o cuyas relaciones les ofrecen poco apoyo social, tienen menos probabilidad de desarrollar estrategias de enfrentamiento activas al encarar algún problema y, cuando están deprimidos, es más factible que se preocupen y obsesionen pasivamente con sus síntomas.

- Efecto en la salud física.

Algunos estudios entre apoyo social y procesos fisiológicos; descubrieron evidencias confiables de que el apoyo social se relacionaba con efectos positivos en los sistemas cardiovascular endocrino e inmunológico. Por ejemplo, niveles elevados de apoyo social se vinculan con una menor presión sanguínea y en consecuencia, con un menor riesgo de enfermedades cardiovasculares, probablemente disminuya el proceso de envejecimiento biológico mismo, y haya una respuesta inmunológica más eficaz. La alteración de esos vínculos

estrechos puede acarrear consecuencias fisiológicas importantes tanto en la salud como en el riesgo de mortalidad.

En general, las emociones positivas (como las generadas por el apoyo social) se asocian con pautas más saludables de funcionamiento fisiológico, mientras que las emociones negativas surten el efecto contrario.

Las investigaciones señalan que las *estrategias de intervención* basadas en la movilización de redes de relaciones de apoyo pueden tener beneficios terapéuticos. Una de las estrategias consiste en activar y estimular los vínculos sociales existentes. Otra es ayudar al individuo a desarrollar nuevos vínculos, por ejemplo, mediante programas de asesoría, de visitas amistosas o grupos de apoyo. Las pacientes con cáncer de mama asignadas aleatoriamente a un grupo de apoyo, vivieron casi el doble que un grupo de comparación al que se le dio el tratamiento rutinario.

Es claro que las relaciones de apoyo fomentan resultados de salud positivos. Aún cuando se considera en general que el apoyo social ejerce un efecto positivo en el bienestar tanto físico como psicológico, los individuos lo necesitan en grados diferentes. Además, algunas situaciones generan una mayor necesidad de apoyo que otras.

2.3.3 Necesidades de la paciente con CaCu y su familia

- Estrés y familia.

Para empezar a hablar de estrés familiar relacionado con cáncer cérvico uterino es primordial el recordar como algunos autores han definido la palabra estrés, y de acuerdo con Lazarus y Folkman, el estrés es “una relación particular entre la persona y su entorno, percibiendo el sujeto que éste último excede y pone en peligro su bienestar”

Como sabemos la enfermedad produce inestabilidad tanto para la persona que la padece como para la familia que rodea al paciente, principalmente si esta es una enfermedad crónica y/o letal, ya que se pone en riesgo el grado de bienestar y la integridad de la familia para afrontar dicha situación poniendo en riesgo la salud física y mental de cada uno de sus integrantes.

Quando es que surge el estrés familiar ante una enfermedad? Es precisamente desde que se enfrentan al diagnóstico²⁵ ya que este mismo conlleva a ciertos cuidados, cambios de hábitos, costumbres y hasta de roles familiares, en general de un cambio de estilo de vida en la cual no hay una adaptación pronta provocando inestabilidad. Esto se da porque la mayoría de las pacientes que son diagnosticadas con cáncer cérvico-uterino en su mayoría son amas de casa, sustento del hogar ya

²⁵ JACK, H Medalie. Muerte y la agonía. “Medicina Familiar Principios y Prácticas”. Ed. Limusa. Cleveland Ohio, 1987. pp.263-265

sea como proveedora o administradora de la misma, y por ende encargada del bienestar familiar.

El estrés familiar surge a consecuencia de esa falta de adaptación rápida al suceso, por la falta de ajustes familiares acerca de quien llevara la batuta en la familia y la incorporación de los nuevos roles familiares, agregándole la falta de motivadores o estimulantes propiciado por un desequilibrio familiar, aunado si existe violencia domestica, falta de la figura paterna o un exceso de actividades familiares.

Básicamente el estrés se presenta por 3 situaciones; la demanda, el estrés y la tensión, ya que a causa del diagnostico el o los integrantes de la familia aumentan la demanda, denominada como estrés potencial, habiendo una incidencia del entorno externo, tomado de la mano lo acompaña el estrés, ya que este fusiona esa forma externa sobre el propio sujeto, y la tensión la cual es un efecto negativo del estrés en la persona.

Algunas ocasiones puede estar o no presente el estrés y esto depende del grado de interacción de las relaciones familiares, el como asimilen y se adapten a la situación actual, con que seriedad y eficacia se maneja el suceso y el como familia sale adelante dependiendo también el numero de integrantes de la familia, cuantos aportan dinero, la clase social, el grado de estudio, etcétera; integrando todo estos factores el estrés se puede subdividir en dos tipos de estrés, el primero al estrés

estructural, relacionado con las situaciones ya antes mencionadas y el estrés producido por la misma paciente dependiendo del grado de afectación, su nivel funcional y su comportamiento. Si esto no se controla rápido y fácilmente pueden sobrevenir situaciones caóticas y llevar a una violencia de la familia hacia el paciente el cual no comprende la situación actual, haciendo reaccionar a la propia paciente en un descontrol.

- Consuelo y atención

Sherr, retomando al Dr. Summers, coordinador de estudios del Hospicio de St. Christopher, contempla que para que se facilite el proceso de la paciente con cáncer y su familia (sobretudo si el deceso de la usuaria esta muy próxima) es necesario que se cumplan tres aspectos, estas son: *“la disposición para escuchar, compañía hasta el desenlace, y atención experimentada”*.

Según Sherr la disposición para escuchar se refiere a prestar

“[...] atención integra e ininterrumpida y estar abiertos a manifestaciones no verbales. El escuchar no sólo permite identificar necesidades, sino que es terapéutico *per se* [...] es un poderoso antídoto a la inherente soledad de morir.”²⁷

Con respecto a la compañía hasta el desenlace menciona que:

²⁷ LORRAINE, Sherr. Op. Cit. p. 227

“Muchas de las emociones que experimentan los pacientes con cáncer pueden ser agobiantes y desquiciantes para quienes están alrededor de ellos; pueden no ser capaces de comprender o hacer frente a la negativa, enojo o desesperación del paciente. El persona médico y enfermeras también necesita respaldo ya sea de sus colegas o de sus propias familias y amistades.”²⁸

En cuanto a la atención experimentada refiere una buena atención además de tratamiento activo, minimiza eficazmente el dolor, tomando en cuenta su aspecto físico y psicológico. Además de cumplir con una serie de principios generales, entre los cuales menciona:

[...] Haga un diagnóstico de la causa del síntoma.
[...] Déle tiempo al tiempo para obtener resultados
[...] Ajuste sus metas en orden, con el fin de disfrutar la satisfacción de pequeñas mejorías [...]
Cuando el medicamento no surta el efecto esperado, piense en posibles causas emocionales
[...] siempre proporcione consuelo; prolongue la vida cuando sea apropiado hacerlo [...]

²⁸ Id

²⁹ Ibid p.231

- Estrategias cognitivas para afrontar el estrés

Las estrategias cognitivas de afrontamiento se refieren a las formas en que los miembros de una familia pueden cambiar su percepción subjetiva de las situaciones estresantes, proponiendo una teoría Taylor acerca de las estrategias cognitivas:

“[...] el ajuste a los acontecimientos se encuentra mediatizado por tres dimensiones de adaptación cognitiva: 1) atribuir una causa al suceso, 2) establecer la sensación de control del acontecimiento en particular y más extensamente sobre la vida de uno, e 3) incrementar la propia autoestima; provocando una adaptación exitosa en las familias con un miembro enfermo.”³⁰

Las atribuciones causales buscan el darle sentido o significado al acontecimiento que esta atravesando la familia para establecer o reafirmar un sentido de control y/o dirección dando a su entorno un sentido ordenado y predecible dando como resultado el incrementar o disminuir la autoestima.

A través del control se puede manejar la situación pudiendo tener la capacidad de mantener con rumbo la situación y haciendo frente a la misma, actuando directamente para cambiar o modificar la situación.

³⁰ McCubbin et al, 1980.

Al aumentar la autoestima tendrá un efecto positivo ya que se obtendrán beneficios de la situación pudiendo comprender con mayor claridad la situación dando pie a proporcionar soluciones efectivas para poder controlar las situaciones y favorecerlas, pudiendo superarlas.

“Se tiene que pedir o proporcionar un apoyo a través de terapias, utilizando métodos y técnicas tales como la relajación, la autoevaluación, el afrontamiento, el manejo de la ansiedad, la depresión y los desordenes que pudieran surgir al igual informarse acerca del padecimiento de su paciente y de su propia enfermedad para disipar las dudas que surjan y causen ansiedad o estrés.”³¹

- Depresión.

La depresión es un asunto familiar. Así los señalan datos clínicos, epidemiológicos, genealógicos y familiares. Se ha demostrado que el riesgo de sufrir depresión es mayor en los familiares de las personas que la padecen.

Tanto sociólogos como epidemiólogos coinciden en, que la depresión en un miembro de la familia es un factor de riesgo para la depresión en otros miembros de ese sistema.

³¹ COFER, C. N. Op. Cit. pp. 429

La T.S. Margarita Saldarriaga menciona que:

“La persona con depresión presenta cuando menos cinco de los siguientes ocho síntomas, por lapso de dos semanas seguidas:

1. Está muy triste, desganada y se siente vacía.
2. Pierde el interés hasta por las actividades que más le gustan.
3. Come muy poco o mucho y baja o aumenta de peso.
4. Tiene problemas para dormir; duerme demasiado o tiene insomnio.
5. Los movimientos son lentos, siente el cuerpo pesado o está muy intranquila.
6. Siente culpa, impotencia e inutilidad.
7. Pierde la concentración, no puede recordar los asuntos pendientes del día y tiene dificultad para tomar decisiones.
8. Tiene ideas de muerte y piensa en ocasiones en el suicidio.”³²

Además presentan irritabilidad, angustia, mal humor, intolerancia y dolores físicos.

³² DULANTO, Enrique. La familia un espacio de encuentro y crecimiento para todos. “Depresión y familia”. Editores de Textos Mexicanos. México 2004. pp. 477-483

Lara-Cantú menciona que hay cinco factores que ayudan a entender por que las personas –en especial las mujeres- se deprimen:

“a. Una *historia infantil* que incluya experiencias como rechazo, abandono, indiferencia, falta de amor, muerte de la madre o de alguien cercano, violencia intrafamiliar, abuso o agresión sexual, enfermedades frecuentes de los padres, etc.

b. Los acontecimientos de la vida, pérdidas separaciones, cambios de trabajo o de casa; estos afectan de manera diferente a cada persona.

c. *Factores biológicos*: cambios químicos en el cerebro que pueden facilitar que aparezca la depresión, quizá por herencia o cambios hormonales.

d. *Factores sociales*: pobreza, violencia, enfermedad, hacinamiento, promiscuidad, etcétera.

e. La *condición social* (particularmente la femenina).”³³

En las familias de los pacientes deprimidos se observan disfunciones en la comunicación, la capacidad para resolver problemas y el modo en que se responde afectivamente a los estímulos.

³³ Id

Existen muchos estudios que sugieren que las variables de personalidad y la tensión marital son responsables de la disfunción familiar y no enfermedad depresiva. Un alto grado de intimidad puede ser un aspecto de una relación en la cual haya menos conflicto, pocos desacuerdos serios y poca amenaza de separación o divorcio. Una relación íntima puede proporcionar una fuente segura de autoestima al enfrentar sucesos amenazantes ocurridos fuera de la relación marital. Un esposo con quien existe una relación íntima positiva puede estar más involucrado de manera más activa y colaborativa en el proceso de lidiar con su suceso vital tensionante. *Las relaciones íntimas son importantes en particular para las mujeres* desde la perspectiva del riesgo de depresión. La depresión en mujeres es dos a tres veces más alta que en hombres. Las investigaciones muestran que los problemas mayores se dan dentro del núcleo familiar como esposas y madres.

La conducta de los padres depresivos está implicada en la conducta de sus hijos. Las madres deprimidas son menos afectuosas y más distantes emocionalmente, más irritables y preocupadas, se sienten culpables y tiene muchas dificultades para comunicarse con sus hijos. Son más hostiles con estos que con los esposos. Asimismo, pueden ser sobreprotectoras y asignar a los hijos un rol parental. El riesgo en estos hijos se incrementa cuando ambos padres están enfermos. Los hijos de las mujeres depresivas se comportan con más irritabilidad en presencia de ellas.

Burns establece una diferencia entre tristeza y depresión: “la tristeza es una emoción normal provocada por percepciones realistas, tanto que la depresión como la tristeza pueden producirse después de una pérdida o del fracaso”. Sin embargo, la tristeza es un sentimiento pasajero y, por lo tanto, tiene un límite de tiempo. La depresión, en cambio, tiende a persistir o a repetirse indefinidamente.

El tratamiento de la depresión debe hacerse en un contexto familiar con el fin de obtener una información lo más amplia posible desde una perspectiva familiar; se deben incluir los niños y los adolescentes así como los miembros de la familia de origen.

– Locus de Control.

El término locus de control interno alude a la idea de que el control de los resultados en la vida de uno reside en uno mismo. El término locus de control externo hace referencia de que el control sobre los resultados en la vida de uno reside fuera de uno, en el destino, la suerte, la fortuna, Dios y los demás.

Rotter consideraba que el locus de control era un rasgo de la personalidad, es decir, una característica unidimensional general de la persona, estable en el tiempo y de una situación a otra. “*La sensación de control tiene beneficios tanto en la salud mental como en la satisfacción en la vida.*”

El locus de control interno o externo es multidimensional y específico de dominio. Esto significa que varía de un aspecto a otro de la vida

de una persona. La pérdida de control en ámbitos de la vida que la persona aprecia mucho parece ejercer, en consecuencia, un efecto mayor en el bienestar. Por tanto, las amenazas a la sensación de control personal en ámbitos importantes de la vida pueden tener un efecto particularmente pronunciado en la salud y el bienestar en general.

Quienes consideran que tiene cierto control experimentan menos estrés y se sienten más motivados a actuar. Se sabe que la pérdida de control puede generar mayor estrés y que los individuos por lo común tratan de restablecer el control.

Baltes y Baltes propusieron un modelo de compensación (conocido como optimización selectiva con compensación) por medio del cual los individuos que enfrentan una situación incontrolable compensan su falta de control concentrándose en otros ámbitos en los que sí pueden ejercer control.

- Problemas conyugales y cáncer.

Ya se ha hablado de la familia ampliamente. En este apartado se desglosarán los factores que permiten o favorecen la desintegración de pareja. Este es un tema vital a tratar, como ya se ha mencionado las pacientes con CaCu que acuden al HGM, son abandonadas en un 80%, esto aunado a toda la problemática que ya cargan empeora la situación, ya que, *per sé* la separación o divorcio crea conflictos profundos en todos los integrantes de la familia.

Todo sentimiento y actitud creada dentro de la familia genera respuestas, y sean estos positivos o negativos, van hilando reforzamientos, igualmente positivos o negativos.

Tal como la define el Dr. Raymundo Macías, la separación o divorcio es:

La ruptura de la unión física, emocional y social de la pareja conyugal, se haya dado o no el divorcio legal, pues el impacto psicológico fundamental en la pareja y de los hijos depende más de aquella [...] Las consecuencias emocionales [...] van a depender de muchos factores, pero son fundamentales en la forma que se ha manejado por la pareja misma y con los hijos, y la etapa del ciclo vital en la que esto ocurra.”³⁴

El doctor Macías propone los valores relacionales indispensables para mantener una unión entre las parejas.

VALORES RELACIONALES	
<ul style="list-style-type: none">• Reciprocidad• Interés• Comunicación• Compromiso• Aceptación• Aprecio	<ul style="list-style-type: none">• Respeto• Intimidad• Comprensión• Confianza• Apertura• Amor

³⁴ DULANTO, Enrique. La familia un espacio de encuentro y crecimiento para todos. “Separación y divorcio.”. Editores de Textos Mexicanos. México 2004. p. 68

En condiciones normales (ambas partes sanas), la reciprocidad se ve atenuada por la comunicación inadecuada, tomando en cuenta que la paciente con CaCu se aísla y corta los canales de comunicación, es de esperarse que este valor se vea boicoteado, a esto se le suma que quizá la pareja desconoce lo que ella espera, que lo poco que ella haya comunicado no haya sido bien transmitido o bien interpretado, o bien, que el esposo a pesar de conocer lo que ella necesita, el no quiera o no pueda satisfacerlo.

2.1.4 Bien morir

Independientemente de la edad, género y sociedad en que se desenvuelva la persona con una enfermedad terminal, ésta le significa la separación de su familia y seres queridos, por ende, el paciente presenta diversos sentimientos como la tristeza, la culpa, el remordimiento, etcétera. Dice Sherr

“Existen muchas situaciones por las que el enfermo puede sentirse aprensivo y ansioso, por temor a la muerte, al dolor, al proceso de muerte, a la pérdida del control y de la dignidad, a la soledad o al rechazo.

[Es frecuente la] sensación de desesperanza, aislamiento, culpa, apatía y sentimientos negativos

hacia sí mismo, como respuesta a la situación que
esta viviendo”³⁵

Ante esta situación, es primordial el apoyo, comprensión, comunicación y compañía, ya que estas favorecen el bien morir.

Se tiene la idea de que la muerte es más común entre los ancianos, por lo que se vislumbra a la muerte como algo lejano, esta percepción hace que sea aún más difícil el acercamiento natural al fallecimiento. Esto ha ocurrido por los adelantos en la medicina, la prevención y el tratamiento, lo que ha implicado un alargamiento de los años de vida en estado de salud, de enfermedad, e incluso en la fase agónica. Cuando un familiar empeora su estado de salud es llevado al hospital, por lo que el hogar y la familia ya no enmarcan la muerte. Estas funciones se han delegado a los profesionales de la salud.

La evitación al tema de la muerte esta íntimamente influenciado por lo anterior, en el caso de pacientes terminales las emociones están a flor de piel y hay que saberlas sacar para que no se genere un acumulo de las mismas, ya que cuando se presenta una situación donde hay un desequilibrio o una inestabilidad y hay que hacerle frente, si los sentimientos no se han sabido manejar y hay un estímulo externo desagradable esto provoca que todos esos “sentimientos acumulados

³⁵ LORRAINE, Sherr. Op. Cit. p. 230

salgan, se desborden y exploten en forma de enojo, hostilidad o violencia; pudiendo explotar de forma interna y enfermarse de forma externa”.³⁶

Ante esta estresante situación *el bien morir* implica en el enfermo terminal grave hacer un buen uso del tiempo que les queda como reconciliarse y disfrutar lo más posible a sus seres queridos, arreglar asuntos financieros, desarrollar el área espiritual, vivir los últimos momentos de placeres, continuar su vida lo más normal posible, etcétera.

Aunado a esto, otros aspectos importantes en el buen morir son: el apoyo de los demás, manejar el dolor, conservar las facultades mentales y controlar las circunstancias de la muerte, entre otros.

Como ya se mencionó anteriormente, el cáncer y la muerte están envueltos en una gran cantidad de tabúes, y si no se ha podido consolidar una buena comunicación el proceso de muerte en la paciente y en los familiares se vuelve más dolorosa.

“Esta renuencia a discutir cualquier tema tiene consecuencias destructivas: aislamiento para el paciente y estigmatización para la familia. Una disposición a discutir el significado de la enfermedad y la aproximación a la muerte [...] lo ayudará a morir con consuelo y dignidad.”³⁷

³⁶ O’CONNOR, Nancy. Déjalos ir con amor. “La aceptación del duelo.” Ed. Trillas. 5ª ed. México, 1999. pp. 135-137

³⁷ MEDALIE, Jack. Muerte y la agonía. “Medicina Familiar Principios y Prácticas”. Ed. Limusa. Cleveland Ohio, 1987. pp.263-265

- Lugar de muerte

Hay muchas formas históricas y contemporáneas de pensar en la muerte, por ejemplo, como preludio de la vida eterna, castigo de los pecados, el final de todas las cosas, enemiga, una parte normal de la vida, etc.

El temor a enfrentar el tema hace que la gente empiece a evitar a la persona, la cual cada vez más aislada. Se crea entonces, lo que ha dado en llamarse una *complicidad en silencio*, en la cual nadie aborda el tema que está en mente de todos. La tendencia a morir en un hospital se ha revertido en los últimos años y a empezado a resurgir la muerte en casa.

Sankar advierte del peligro de idealizar la muerte en casa y minimizar lo difícil y agotadora que puede ser esta experiencia, sobre todo en una sociedad que ya no está preparada para soportarla. En la actualidad, el moribundo está más enfermo y es más viejo. Esto se suma al grado de atención -rutinaria, médica y psicológica- que se necesita de parte del cuidador. La muerte en casa, por otra parte, permite que la familia y los amigos ayuden a manejar el proceso agónico tal y como el paciente lo desee. Y que pase el tiempo que le reta con ellos. Muchos cuidadores consideran, que una muerte en casa, fue el momento más delicado de su vida; también lo caracterizan como lo más difícil y arduo que hayan experimentado.

3. METODOLOGIA

3.1 VARIABLES DE ESTUDIO Y DEFINICION

INFLUENCIA: Acción y efecto de influir; poder, valimiento (privanza, favor, amparo); efecto que produce una cosa sobre otra o fuerza moral que se ejerce sobre una persona; producir una cosa cierto efecto sobre otra. ³⁸

- APOYO FAMILAR: Consiste en intercambios interpersonales que la familia ofrecen con los siguientes aspectos tal como: afecto positivo, afirmación y ayuda. En términos simples, una relación de apoyo se da cuando considera que la otra persona le cuida y respeta, y que le respaldaría y brindaría ayuda si fuera necesario. La familia es realmente un sistema de relaciones recíprocas e interdependientes. Cuando una persona sufre un cambio también experimentaran esta reacción quienes comparten roles y sus vidas están interrelacionadas.³⁹
- CALIDAD DE VIDA: Se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. Pone de manifiesto criterios

³⁸ Diccionario Enciclopédico Visual, Programa Educativo Visual. México, 2005. pág.659

³⁹ DULANTO, Enrique. Op. Cit. pp. 477-483

que afirman que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como negativas, y que está arraigada en un contexto cultural, social y ambiental.⁴⁰

- **CANCER CÉRVICO-UTERINO:** El cáncer hace que las células del cuerpo cambien y crezcan sin control. La mayoría de los tipos de células cancerosas forman una protuberancia o masa llamada tumor, que puede invadir y destruir los tejidos sanos. Las células del tumor pueden desprenderse y trasladarse a otras partes del cuerpo. Allí pueden continuar su crecimiento. A este proceso de propagación se le llama metástasis. Cuando el cáncer se propaga, mantiene el nombre de la parte del cuerpo en la cual se originó. El cáncer cervical, como su nombre indica, se sitúa en el cérvix uterino, porción inferior y estrecha del útero que desemboca en la vagina. En este lugar, las células del cérvix se malignizan originando el cáncer.⁴¹

3.2 DEFINICION OPERACIONAL: Especificación de las operaciones a realizar para obtener la información que se requerirá, se aclara y define las variables de estudio, con especificidad de la medición de cada variable.⁴²

⁴⁰ NUTBEAM, Don; Glosario “Promoción de la Salud”, Organización Mundial de la Salud, Ginebra Pág.28-29.

⁴¹ http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_2_1x_Glosario_A-I.asp

⁴² POLIT, Dense F; et al, Investigación Científica en Ciencias de la Salud, McGraw-Hill Internacional. México. pág. 29-30

3.2 DEFINICION OPERACIONAL

VARIABLE DE ESTUDIO	DIMENCIONES	ESCALA	CATEGORIA	INDICADORES	TECNICA	INSTRUMENTO
Influencia	Acompañamiento Valía Importancia	Nominal Ordinal	Abierto En abanico	Parentesco de los familiares con la paciente, apoyo, acompañamiento, sentimientos generados alrededor de la enfermedad y el interés de los familiares hacia la paciente.	Observación Entrevista	Cuestionario
Apoyo Familiar	Soporte Apego Ayuda Confianza Concepto	Nominal Ordinal	Abierto En abanico	Características generales sobre el concepto de familia, interés por parte de los familiares hacia la paciente, importancia del apoyo familiar, descripción del mismo y reconocimiento de la persona que brinda el apoyo.	Entrevista	Cuestionario
Calidad de Vida	Factores socio-económicos Estilos de vida Afrontamiento	Nominal Ordinal	Datos Objetivos En abanico	Aspectos relacionados con la influencia de los factores socio-económicos, estilos de vida y el afrontamiento de la enfermedad por ambas partes.	Entrevista	Cuestionario
Cáncer Cérvico-Uterino	Conocimiento Significado Información Creencias	Nominal Ordinal	Abierto En abanico	Información que tienen los familiares y la paciente acerca de esta enfermedad, sus conocimientos del mismo y el significado que se le da bajo la influencia de los mitos y tabús.	Entrevista	Cuestionario

3.3 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

3.3.1 Tipo

Es una investigación de tipo descriptiva porque se observa, describe, cuenta y clasifica el tema de estudio, tal como se da en el Hospital General de México.

Es Explicativa por que integra las ideas acerca del tema de estudio en los resultados obtenidos con, la finalidad de entender el fenómeno que se obtendrá.

Es Transversal porque esta se realizo en un solo periodo dentro del Hospital General de México. ⁴³

3.3.2 Diseño

El diseño de la investigación se elaboro en base a los siguientes aspectos:

En la identificación de un problema de investigación con relación a la salud que pudiera aportar nuevos conocimientos a la comunidad.

La elaboración de los objetivos de la investigación se hizo con base a la identificación del problema.

La elaboración del marco teórico, contiene aspectos básicos del tema para un mejor entendimiento de este.

⁴³ Ibid pág. 12-20

3.3.3 CRITERIOS DE SELECCION

- Criterio de inclusión: familiares de pacientes con cáncer cérvico uterino que tengan más de 18 años y acudan al servicio de oncología del HGM.
- Criterio de exclusión: familiares que acudan por primera vez a acompañar a las pacientes.
- Criterio de eliminación: personas que no quieran participar o abandonen la encuesta durante el proceso de estudio.

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION UTILIZANDOS.

3.4.1 Fichas de Trabajo

Consiste en la concentración de la información recopilada para el marco teórico, en ellas se anotara el marco teórico y referencias bibliográficas que son las vivencias o comentarios del autor. Estas fichas de trabajo tienen la finalidad de ordenar y clasificar la información del marco teórico de la variable familia.

3.4.2 Observación

Con esta técnica se podrá visualizar las aptitudes de las pacientes con cáncer cérvico-uterino en convivencia con su familia.

3.4.3 Entrevista

Esta técnica permitió recopilar información importante, de las pacientes con cáncer Cérvico-uterino y del apoyo que brindan sus familiares de una forma directa y verbal.

3.4.4 Cuestionario

Este fue el principal instrumento de investigación para la recopilación de datos, el cuestionario se elaboró utilizando los indicadores de las variables de estudio. Cada indicador correspondió a una pregunta del cuestionario mismo que tenía 5 opciones de respuestas por lo tanto eran preguntas cerradas, así como también se tuvo un apartado para preguntas abiertas, incluyendo características generales tales como la edad, sexo, religión, etc. de tal forma que las preguntas se contestaron de una forma breve, con un tiempo estimado de máximo de 15 minutos. Se elaboraron dos cuestionarios uno para la paciente y el otro para el familiar que la acompañara con similares características. Se muestran en Anexos.

4. INSTRUMENTACION ESTADISTICA.

4.1 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA.

El universo represento el 100% del fenómeno de estudio en el Mega Proyecto; es decir todas las usuarias del servicio de oncológica del Hospital General de México con diagnostico de cáncer cérvico-uterino.

La población es una parte del universo de interés para el área de enfermería, y represento a 250 usuarias de HGM con CaCu en diversos estadios que están incluidas en la primera fase de estudio de la Investigación del Mega Proyecto.

La muestra a partir de la población de interés se determino en 30 pacientes con cáncer cérvico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México, siendo este muestreo intencionado ⁴⁴ ya que se sesgo y se seleccionaron solo las pacientes más representativas porque durante el proceso se trabajo con las pacientes del 2003-2005 y esta base de datos que se obtuvo se fue depurando por diversas situaciones dentro de esto fue que las pacientes ya habían fallecido, se encontraron domicilios falsos y/o incompletos o que no radicaban en el DF y eran de diferentes estados del sur de la república.

⁴⁴ TAMAYO, Mario. El proceso de la investigación científica. Ed. Limusa, Noriega México Pág. 177-182.

4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron procesados a través del programa Excel, también se hace manejo de la información que se obtuvo de 3 preguntas abiertas, el concepto de familia, sobre recomendaciones a otras mujeres y la calificación del servicio.

4.3 ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

4.3.1 Descripción de los resultados

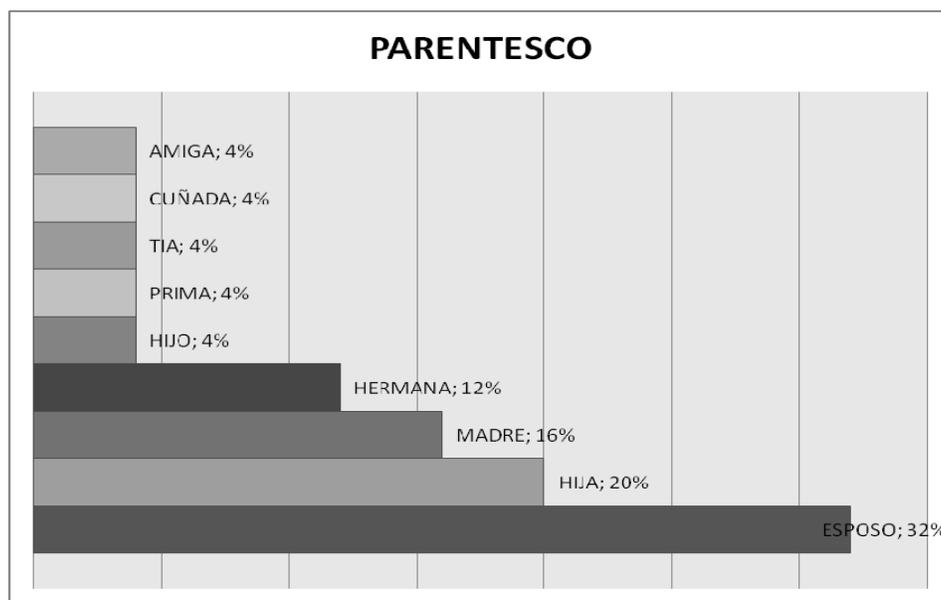
Se realizó por medio de la inclusión del cuadro con su respectivo gráfico y la descripción del mismo, se presentan los más representativos para dicho estudio.

DATOS OBTENIDOS DE FAMILIARES

CUADRO 1
PARENTESCO FAMILIARES

PARENTESCO	PORCENTAJE
Esposo	32%
Hija	20%
Madre	16%
Hermana	12%
Hijo	4%
Prima	4%
Tía	4%
Cuñada	4%
Amiga	4%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a familiares de mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



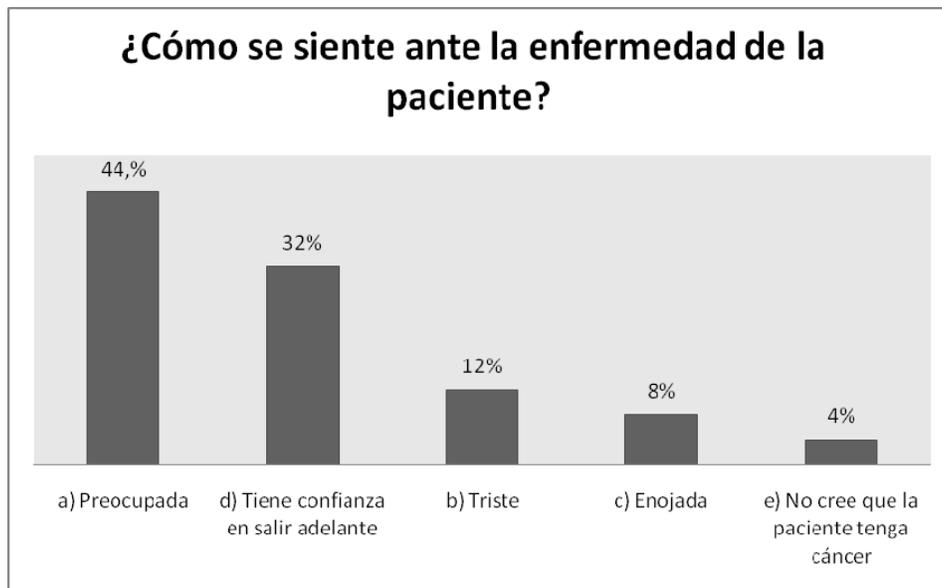
El cuadro 1 habla acerca del parentesco con la paciente, del cual respondieron 32% esposo, 20% hija, 16% madre, 12% hermana, 4% hijo, 4% prima, 4% tía, 4% cuñada y 4% amiga.

CUADRO 2

¿CÓMO SE SIENTE ANTE LA ENFERMEDAD DE LA PACIENTE?

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Preocupada	44%
b. Triste	12%
c. Enojada	8%
d. Tiene confianza en salir adelante	32%
e. No cree que la paciente tenga cáncer	4%
n = 30	100%

Fuente: Cuestionarios aplicados a familiares de mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México.



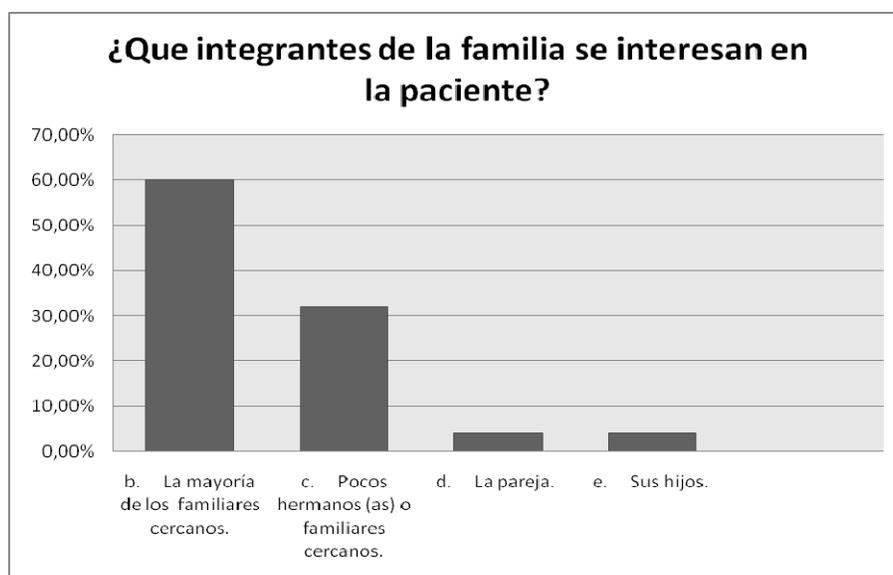
El cuadro 2 describe cómo se siente ante la enfermedad de su paciente de los cuales el 44% se muestra preocupada, el 32% tiene confianza en salir adelante, el 12% triste, el 8% enojado y el 4% no cree que la paciente tenga cáncer.

CUADRO 3

¿QUE INTEGRANTES DE LA FAMILIA SE INTERESAN EN LA PACIENTE?

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Uno o ambos padres	0%
b. La mayoría de los familiares cercanos.	60%
c. Pocos hermanos (as) o familiares cercanos.	32%
d. La pareja.	4%
e. Sus hijos.	4%
n = 30	100%

Fuente: Cuestionarios aplicados a familiares de mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México.



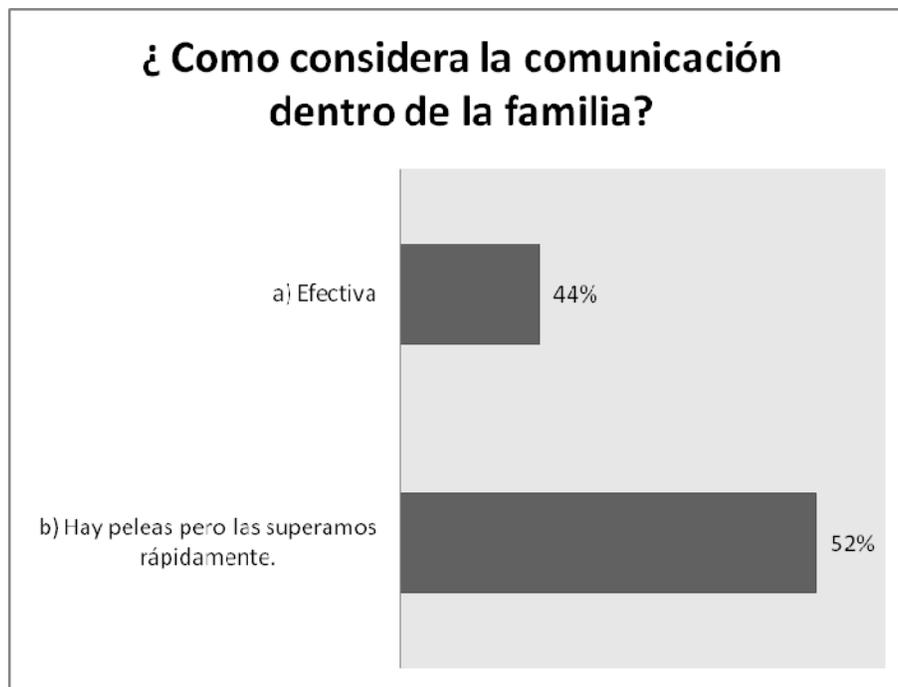
El cuadro 3 refiere los integrantes de la familia que se interesan por la paciente donde el 60% manifestó que la mayoría de los familiares cercanos, el 32% pocos hermanos(as) o familiares cercanos, el 4% la pareja y el 4% sus hijos.

CUADRO 4

¿COMO CONSIDERA LA COMUNICACIÓN DENTRO DE LA FAMILIA?

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Efectiva	44%
b. Hay peleas pero las superamos rápidamente.	52%
c. Hay peleas e insultos constantemente.	0%
d. Hay peleas, insultos y a veces golpes.	0%
e. La paciente vive sola.	0%
<i>No contesto</i>	4%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a familiares de mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



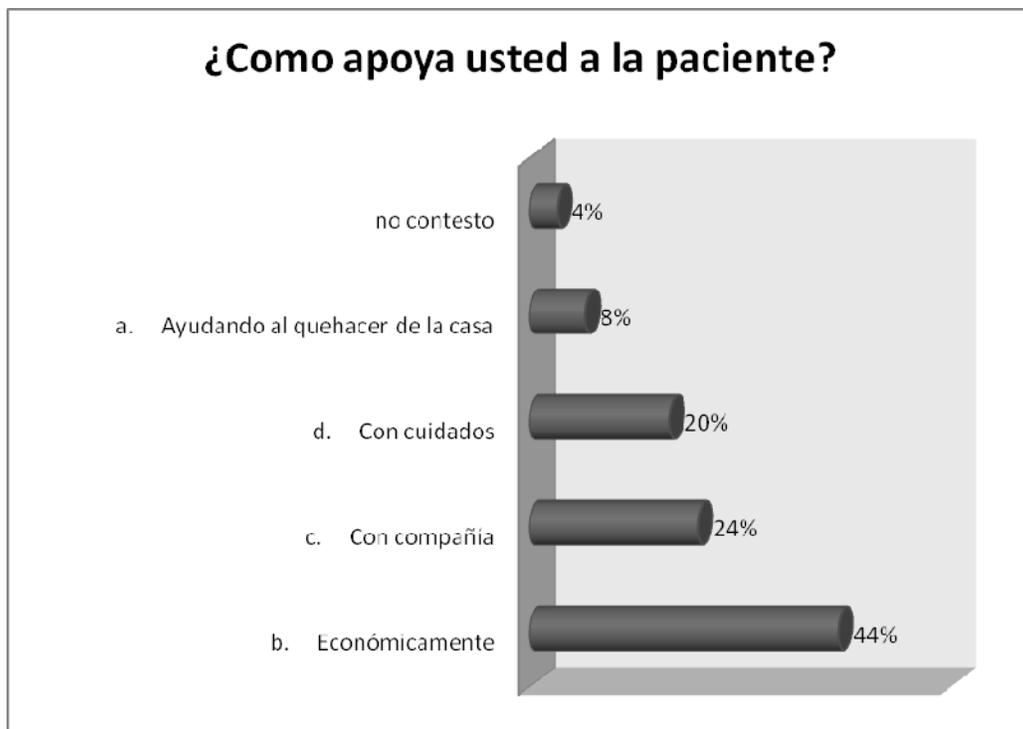
El cuadro 4 presenta cómo considera la comunicación dentro de la familia en donde marcaron el 52% que hay peleas pero las superan rápidamente, el 44% es efectiva y el 4% no contesto.

CUADRO 5

¿CÓMO APOYA USTED A LA PACIENTE?

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Ayudando al quehacer de la casa	8%
b. Económicamente	44%
c. Con compañía	24%
d. Con cuidados	20%
e. Cuidando a sus hijos	0%
<i>No contesto</i>	4%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a familiares de mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



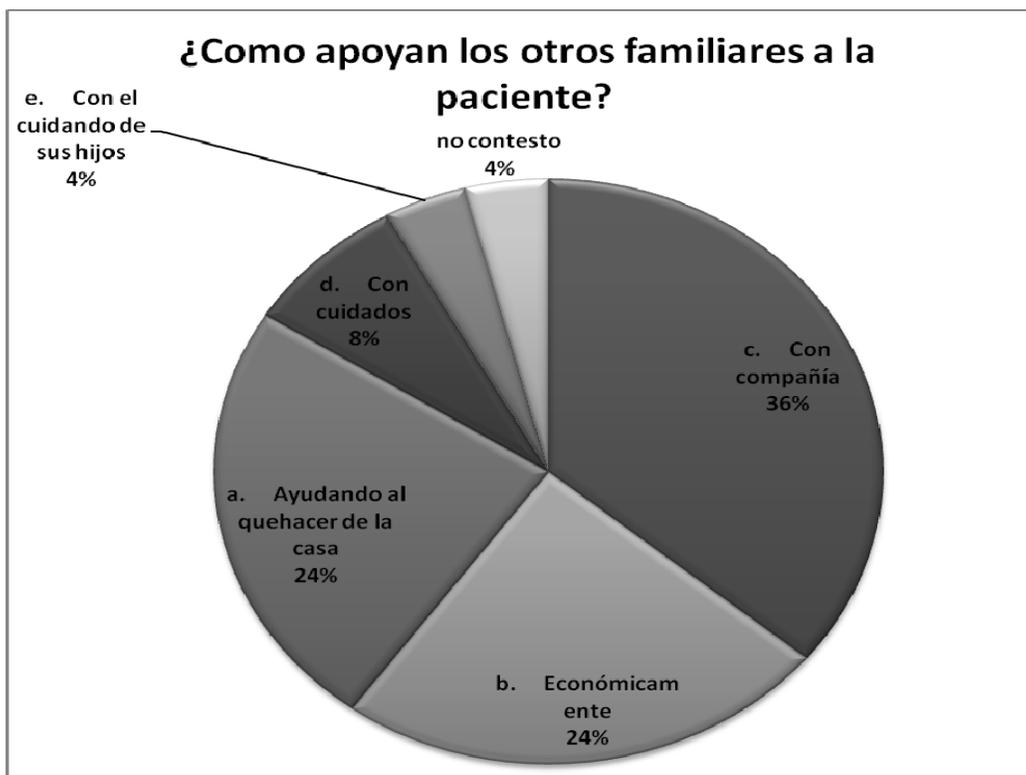
El cuadro 5 habla cómo apoyan a la paciente por lo que el 44% económicamente, el 24% con compañía, el 20% con cuidados, el 8% ayudando al quehacer de la casa y el 4% no contesto.

CUADRO 6

¿CÓMO APOYAN LOS OTROS FAMILIARES A LA PACIENTE?

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Ayudando al quehacer de la casa	24%
b. Económicamente	24%
c. Con compañía	36%
d. Con cuidados	8%
e. Con el cuidado de sus hijos	4%
No contesto	4%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a familiares de mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



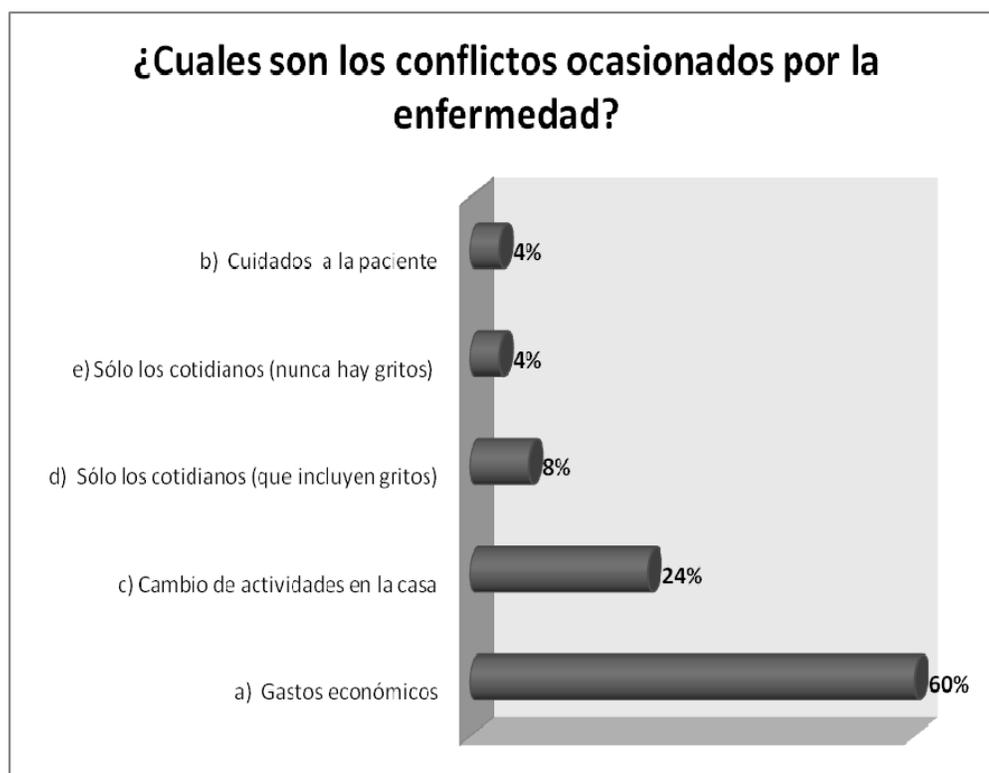
El cuadro 6 hace mención del apoyo de otros familiares para con la paciente donde el 36% manifestó con compañía, el 24% económicamente, el 24% ayudando al quehacer de la casa, el 8% con cuidados, el 4% con el cuidado de sus hijos y el 4% no contesto.

CUADRO 7

¿CUALES SON LOS CONFLICTOS OCASIONADOS POR LA ENFERMEDAD?

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Gastos económicos	60%
b. Cuidados a la paciente	4%
c. Cambio de actividades en la casa	24%
d. Sólo los cotidianos (que incluyen gritos)	8%
e. Sólo los cotidianos (nunca hay gritos)	4%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a familiares de mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México

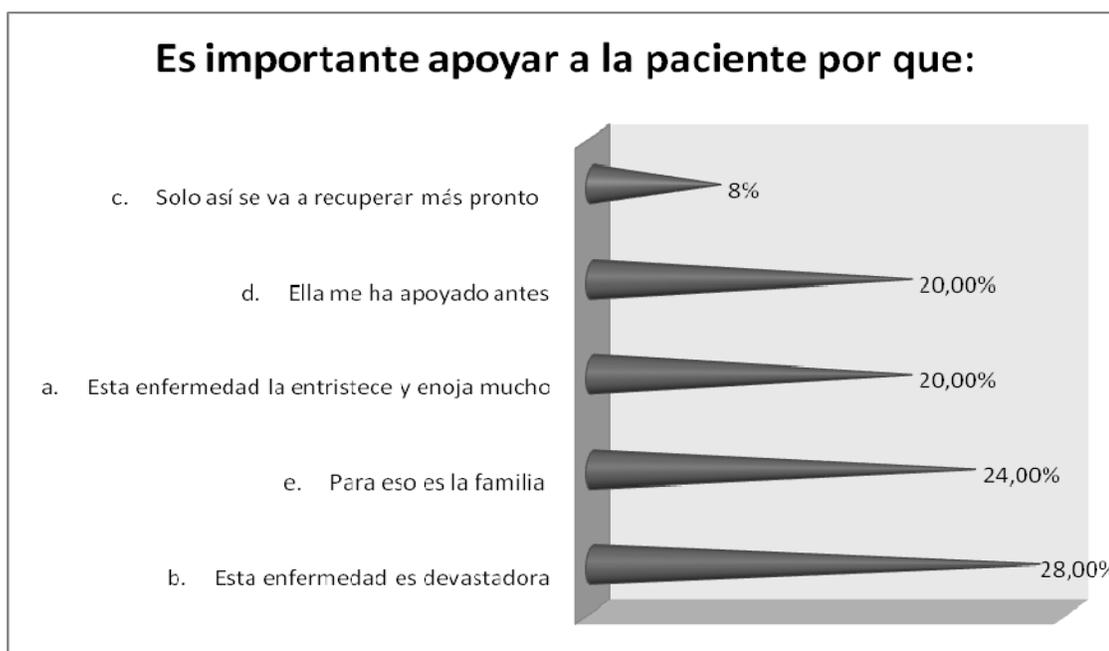


El cuadro 7 refiere los conflictos ocasionados por la enfermedad por lo que el 60% refiere gastos económicos, el 24% por los cambios de actividades en casa, el 8% solo los cotidianos que incluyen gritos, el 4% los cotidianos pero si gritos y el 4% por los cuidados de la paciente.

CUADRO 8
ES IMPORTANTE APOYAR A LA PACIENTE POR QUE:

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Esta enfermedad la entristece y enoja mucho	20%
b. Esta enfermedad es devastadora	28,%
c. Solo así se va a recuperar más pronto	8%
d. Ella me ha apoyado antes	20%
e. Para eso es la familia	24%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a familiares de mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



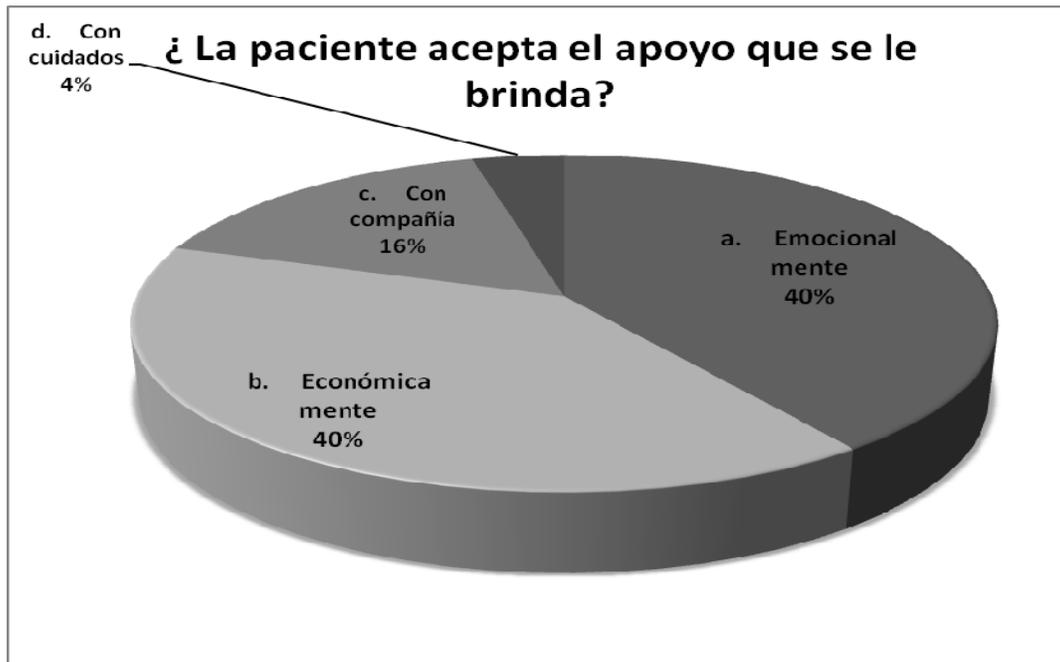
El cuadro 8 hace referencia acerca de la importancia de apoyar a la paciente ya que el 28% menciona que esta enfermedad es devastadora, 24% para eso es la familia, el 20% esta enfermedad la entristece y enoja mucho, el 20% ella me ha apoyado antes y el 8% solo así se va a recuperar más pronto.

CUADRO 9

¿LA PACIENTE ACEPTA EL APOYO QUE SE LE BRINDA?

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Emocionalmente	40%
b. Económicamente	40%
c. Con compañía	16%
d. Con cuidados	4%
e. Con el quehacer de la casa o de sus hijos	0%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a familiares de mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



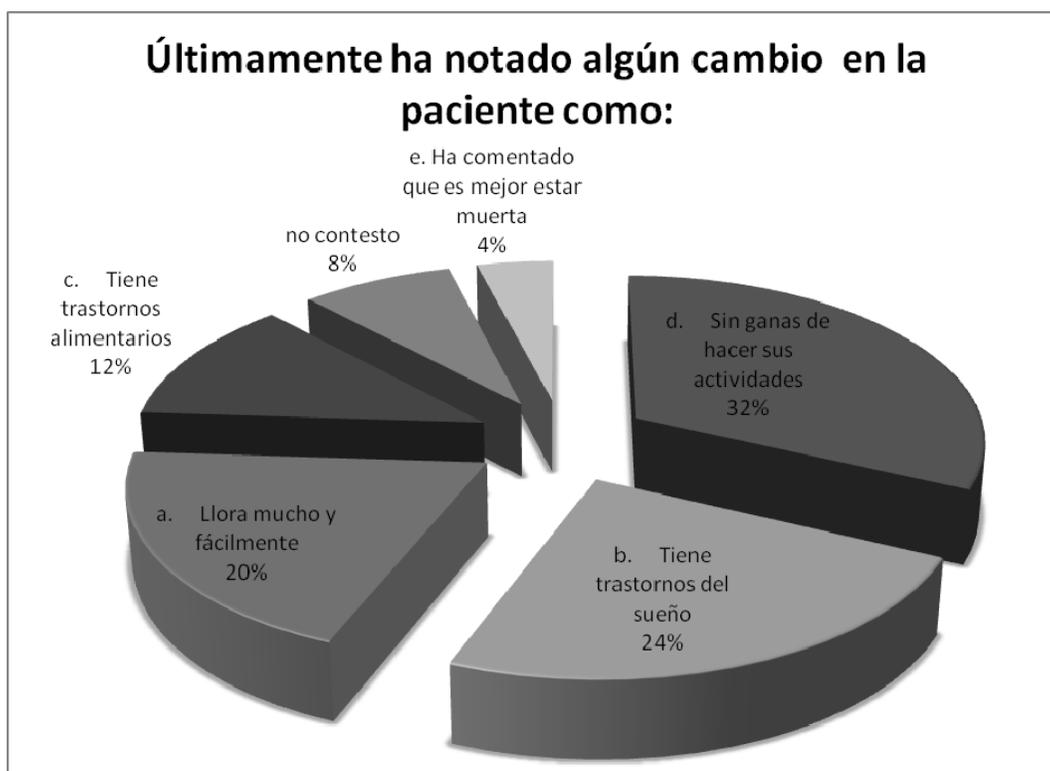
El cuadro 9 plasma la pregunta si la paciente acepta el apoyo que se les brinda por lo tanto el 40% de las pacientes aceptan el apoyo emocional, el 40% económico, 16% solo acepta compañía y 4% los cuidados de familiares.

CUADRO 10

ÚLTIMAMENTE HA NOTADO ALGÚN CAMBIO EN LA PACIENTE COMO:

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Lloro mucho y fácilmente	20%
b. Tiene trastornos del sueño	24%
c. Tiene trastornos alimentarios	12%
d. Sin ganas de hacer sus actividades	32%
e. Ha comentado que es mejor estar muerta	4%
<i>No contesto</i>	8%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a familiares de mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



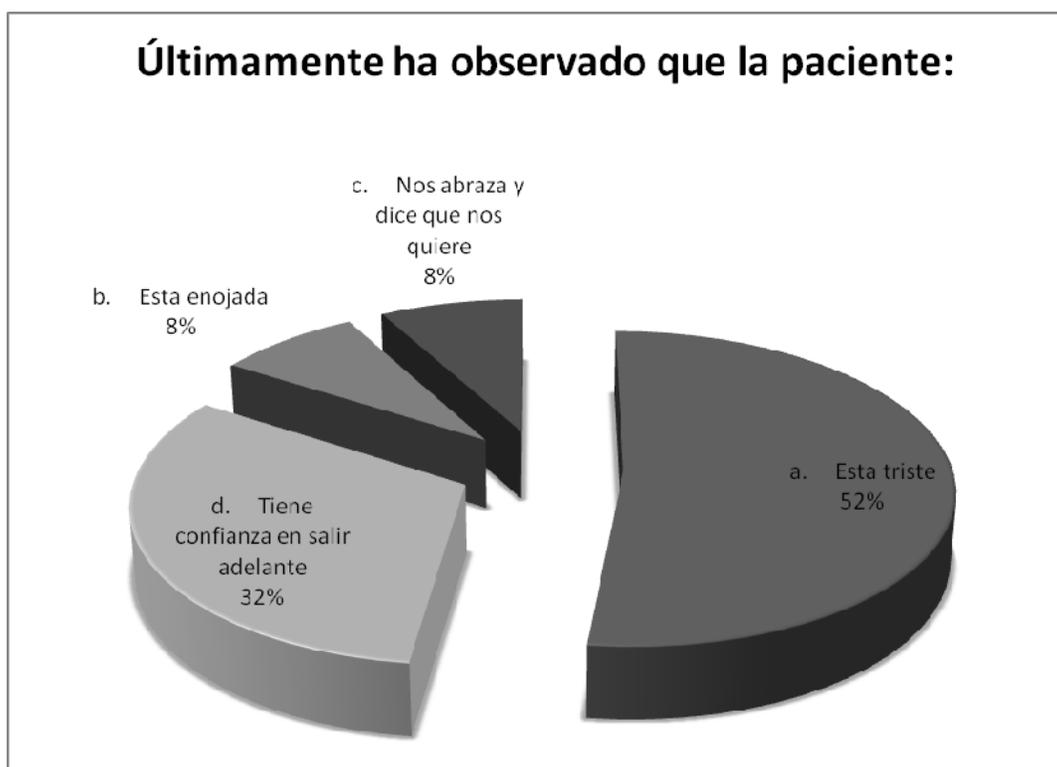
El cuadro 10 refiere si últimamente ha notado cambios en la paciente por lo que el 32% la ve sin ganas de hacer sus actividades, el 24% tienen trastornos del sueño, el 20% llora mucho y fácilmente, el 12 % tiene trastornos alimentarios, el 8% no contesto y el 4% ha comentado que es mejor estar muerta.

CUADRO 11

ÚLTIMAMENTE HA OBSERVADO QUE LA PACIENTE:

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Esta triste	52%
b. Esta enojada	8%
c. Nos abraza y dice que nos quiere	8%
d. Tiene confianza en salir adelante	32%
e. Niega que tiene cáncer	0%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a familiares de mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



El cuadro 11 refiere como han observado a la paciente, en un 52% triste, 32% las han observado con la confianza de salir adelante, el 8% enojada y 8% con abrazos les muestra que los quiere.

CUADRO 12

SU PACIENTE SE CUIDA REALIZANDO ACTIVIDADES COMO:

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Comer mejor	12%
b. Procura dormir temprano	4%
c. Ha dejado de fumar	0%
d. Toma su medicamento	16%
e. Acude a sus citas con el medico	68%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a familiares de mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



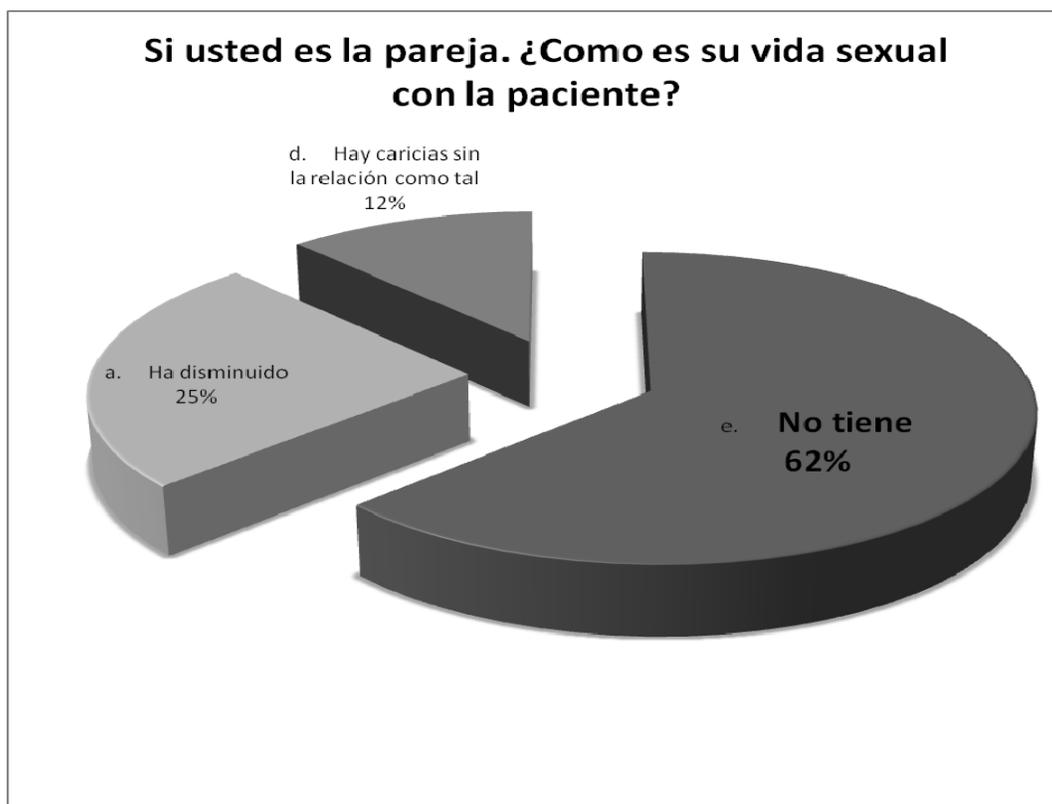
El cuadro 12 menciona si la paciente se cuida con ciertas actividades en donde un 68% menciona que acude a citas con el médico, el 16% tomando medicamentos prescritos, 12% come mejor y el 4% duerme temprano.

CUADRO 13

SI USTED ES LA PAREJA. ¿COMO ES SU VIDA SEXUAL CON LA PACIENTE?

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Ha disminuido	25%
b. Se ha incrementado	0%
c. Se ha mantenido	0%
d. Hay caricias sin la relación como tal	12%
e. No tiene	63%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a familiares de mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



El cuadro 13 habla si es la pareja, como es su vida sexual con la paciente de la cual el 62% no tiene relaciones sexuales, el 25% mencionan que han disminuido y el 13 % solo se limita a las caricias si la relación como tal.

CUADRO 14

¿SE HA INFORMADO ACERCA DE ESTA ENFERMEDAD?

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Si, por el médico	76%
b. Si, por la enfermera	0%
c. Si, por la trabajadora social	0%
d. Si, en revistas	4%
e. Si, por conocidos	20%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a familiares de mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México.



El cuadro 14 hace mención si se ha informado acerca de la información de la cual el 76% se ha informado por el médicos, mientras el 20% por conocidos y el resto por revistas

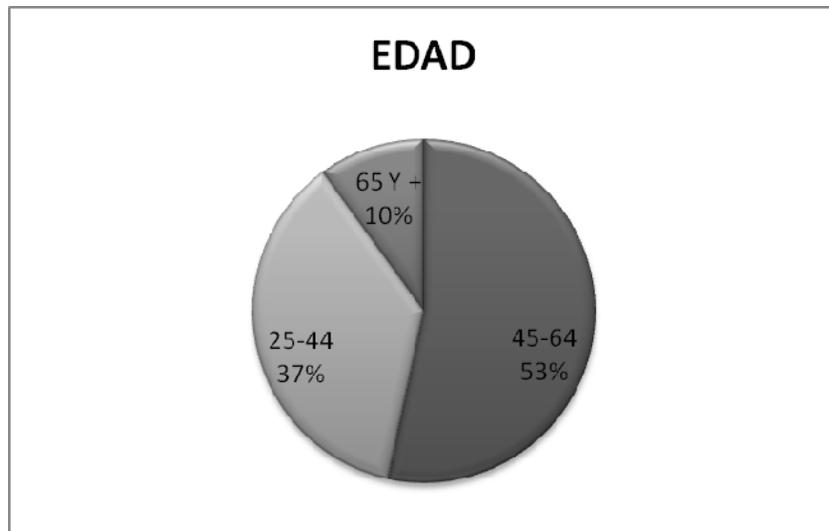
DATOS OBTENIDOS DE PACIENTES

CUADRO 15

EDAD

EDAD	PORCENTAJE
25-44 años	37%
45-64 años	53%
65 ó más años	10%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



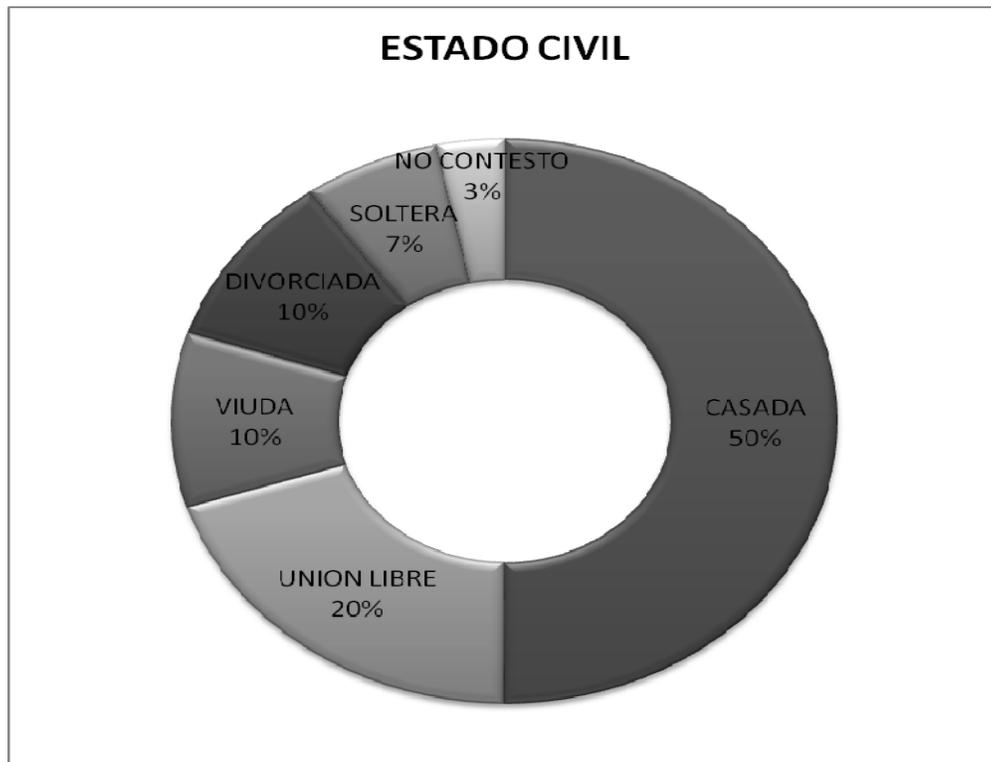
El cuadro 15 trata sobre la edad, en donde se observa que el grupo de edad de 45 a 64 años corresponde al 53%; el de 25 a 44 de edad es del 37%, y de las personas de 65 años y más es del 10%.

CUADRO 16

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	PORCENTAJE
Casada	50,%
Unión libre	20,%
Viuda	10%
Divorciada	10%
Soltera	7%
No contesto	3%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México

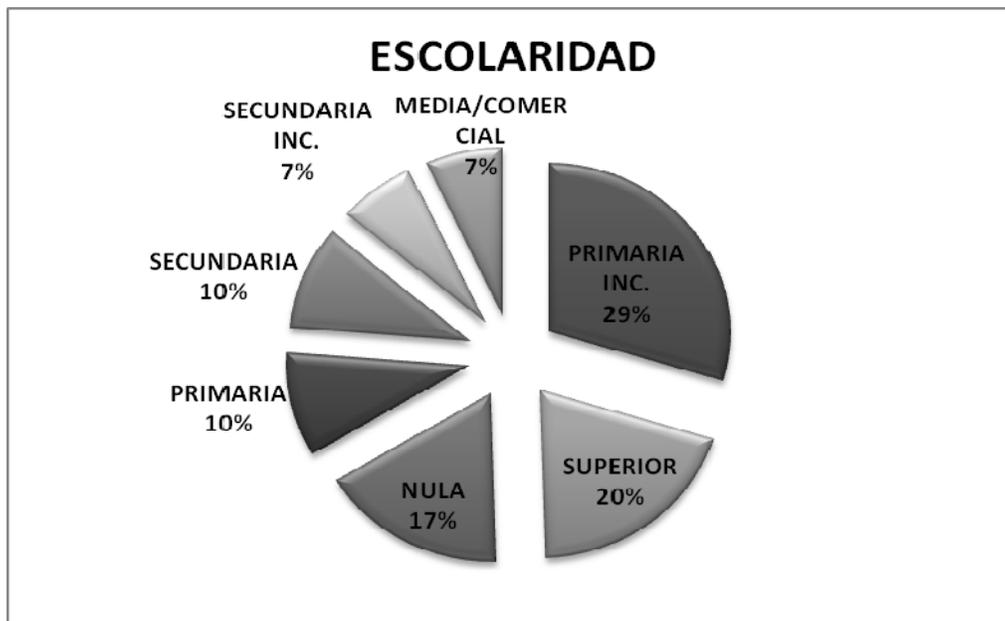


El cuadro 16 contiene el estado civil, en donde el 50% es casada, el 20% vive en unión libre, el 10% es viuda, 10% divorciada, 7% soltera y el 3% no contesto.

CUADRO 17
ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
Primaria incompleta	30%
Licenciatura	20%
Nula	17%
Primaria	10%
Secundaria	10%
Secundaria inc.	7%
Media/comercial	6%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



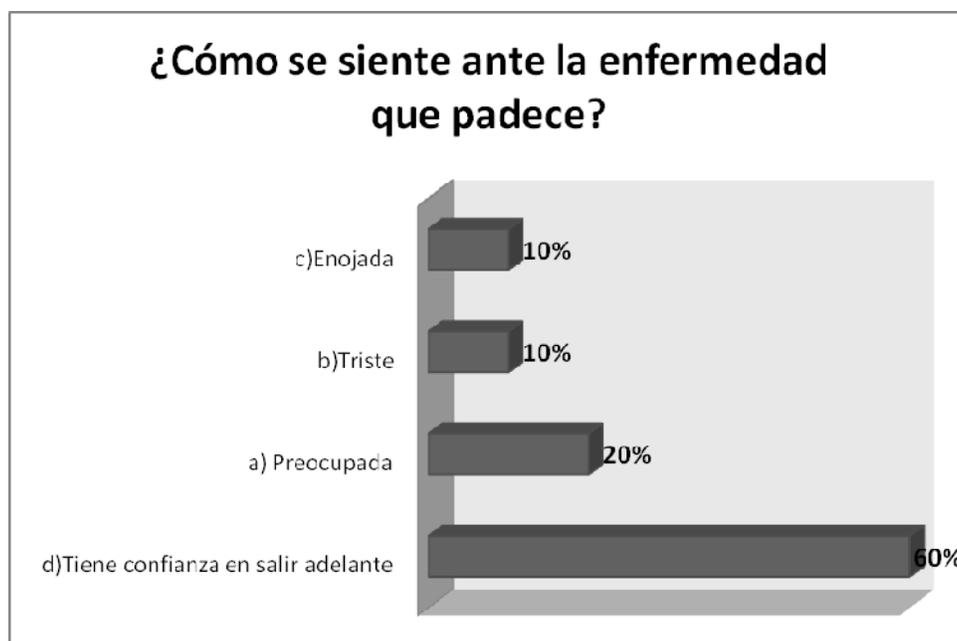
El cuadro 17 refiere la escolaridad de las cuales el 30% tiene primaria incompleta, 20% nivel licenciatura, 17% no tiene estudios, 10% primaria, 10% la secundaria, 7% secundaria incompleta y 6% nivel medio superior o comercial.

CUADRO 18

¿CÓMO SE SIENTE ANTE LA ENFERMEDAD QUE PADECE?

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Preocupada	20%
b. Triste	10%
c. Enojada	10%
d. Tiene confianza en salir adelante	60%
e. No cree que tenga cáncer	0%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



El cuadro 18 contiene sobre lo que siente ante la enfermedad en el cual el 60% manifiesta que tiene confianza en salir adelante, 20% esta preocupada, 10% se siente triste y 10% enojada.

CUADRO 19

¿CON QUIEN SE SIENTE CAPAZ DE EXPRESAR SUS SENTIMIENTOS O TEMORES?

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Padres	7%
b. Familiares más cercanos	34%
c. Pareja	26%
d. Hijos	17%
e. Ninguno	16%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



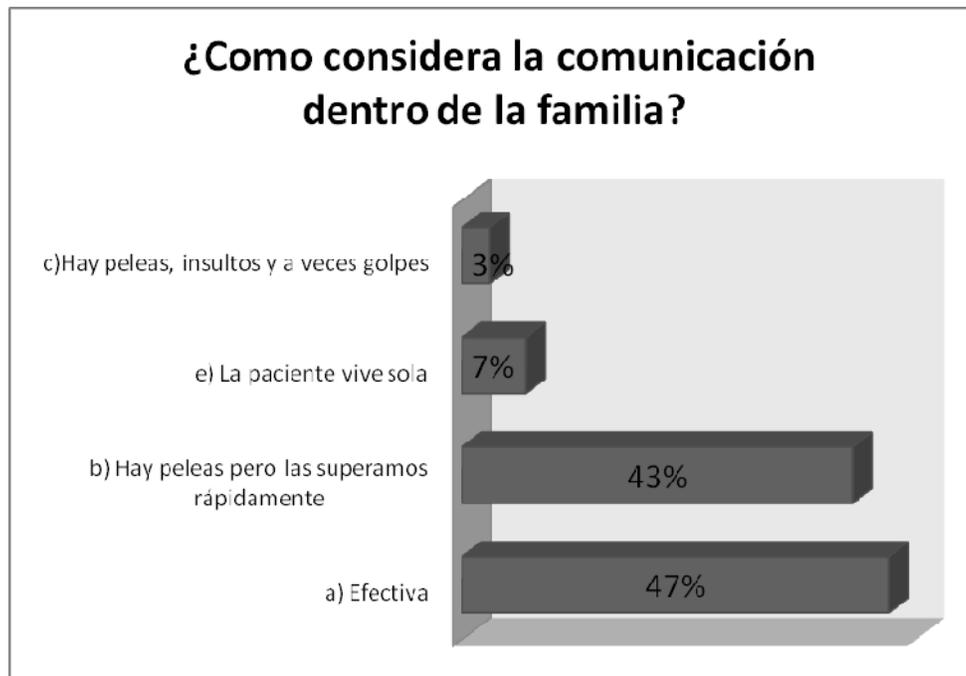
El cuadro 19 habla sobre la pregunta de con quien se siente capaz de expresar los sentimientos o temeros por lo que el 34% los expresa con los familiares más cercanos, 26% con la pareja, 17% con los hijos, 16% con nadie y el 7% con los padres.

CUADRO 20

¿COMO CONSIDERA LA COMUNICACIÓN DENTRO DE LA FAMILIA?

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Efectiva	47%
b. Hay peleas pero las superamos rápidamente	43%
c. Hay peleas, insultos y a veces golpes	3%
d. Hay peleas, insultos constantemente	0%
e. La paciente vive sola	7%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



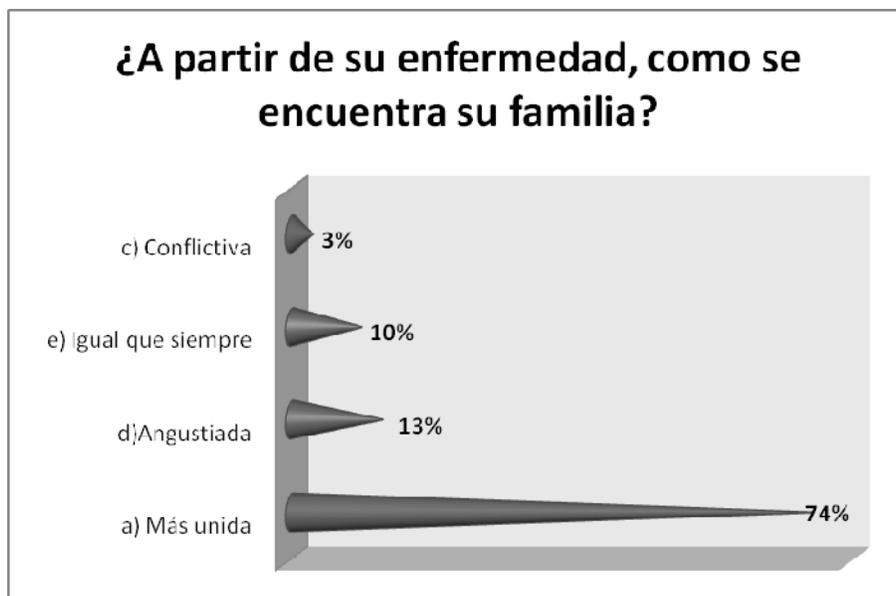
El cuadro 20 trata sobre la pregunta de cómo considera la comunicación dentro de la familia por lo que el 47% menciona que es efectiva, 43% menciona que hay problemas que son superados rápidamente, el 7% la paciente vive sola y el 3% tiene peleas e insultos y a veces golpes.

CUADRO 21

¿A PARTIR DE SU ENFERMEDAD, COMO SE ENCUENTRA SU FAMILIA?

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Más unida	74%
b. Alejada	0%
c. Conflictiva	3%
d. Angustiada	13%
e. Igual que siempre	10%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



El cuadro 21 contiene la pregunta de a partir de su enfermedad como se encuentra la familia por lo que el 74% Indica que la familia esta más unida, el 13% menciona que esta angustiada, el 10% igual que siempre y el 3% conflictiva.

CUADRO 22

¿CUALES SON LOS CONFLICTOS OCASIONADOS POR LA ENFERMEDAD?

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Gastos económicos	47%
b. Cuidados	6%
c. Cambios de actividades en la casa	20%
d. Solo los cotidianos (que incluyen gritos)	10%
e. Solo los cotidianos (nunca hay gritos)	17%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



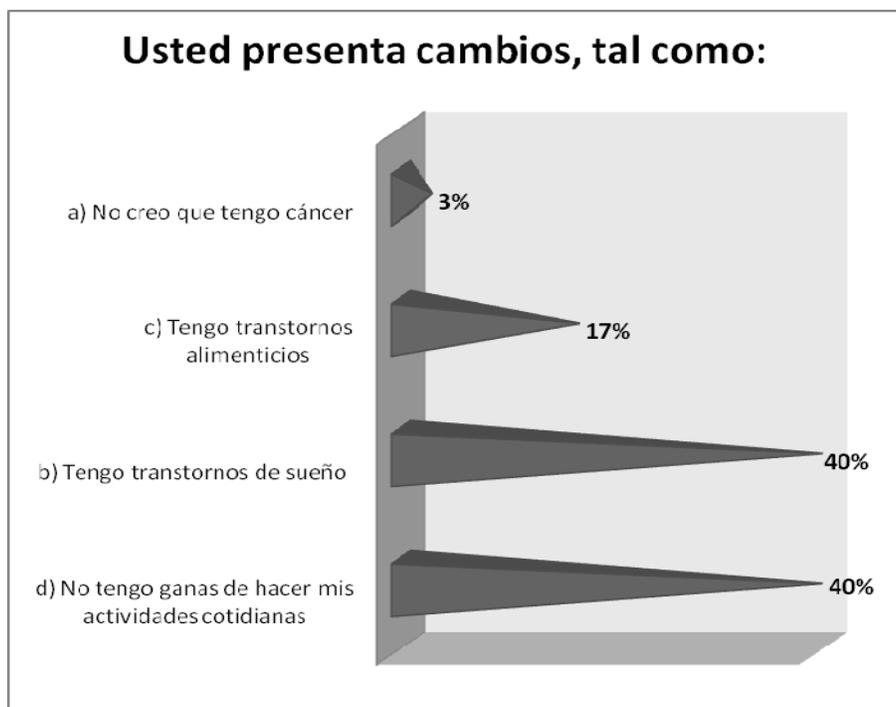
El cuadro 22 hace mención sobre la pregunta de cuales son los conflictos ocasionados por la enfermedad en el cual las paciente marcaron que el 47% por gastos económicos, 20% los cambios de actividades en casa, 17% que solo los cotidianos (nunca hay gritos), 10% los cotidianos que incluyen gritos y el 6% por los cuidados.

CUADRO 23

¿USTED PRESENTA CAMBIOS TALES COMO?:

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. No creo que tengo cáncer	3%
b. Tengo trastornos de sueño	40%
c. Tengo trastornos alimenticios	17%
d. No tengo ganas de hacer mis actividades cotidianas	40%
e. He comentado que es mejor estar muerta	0%
n = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México

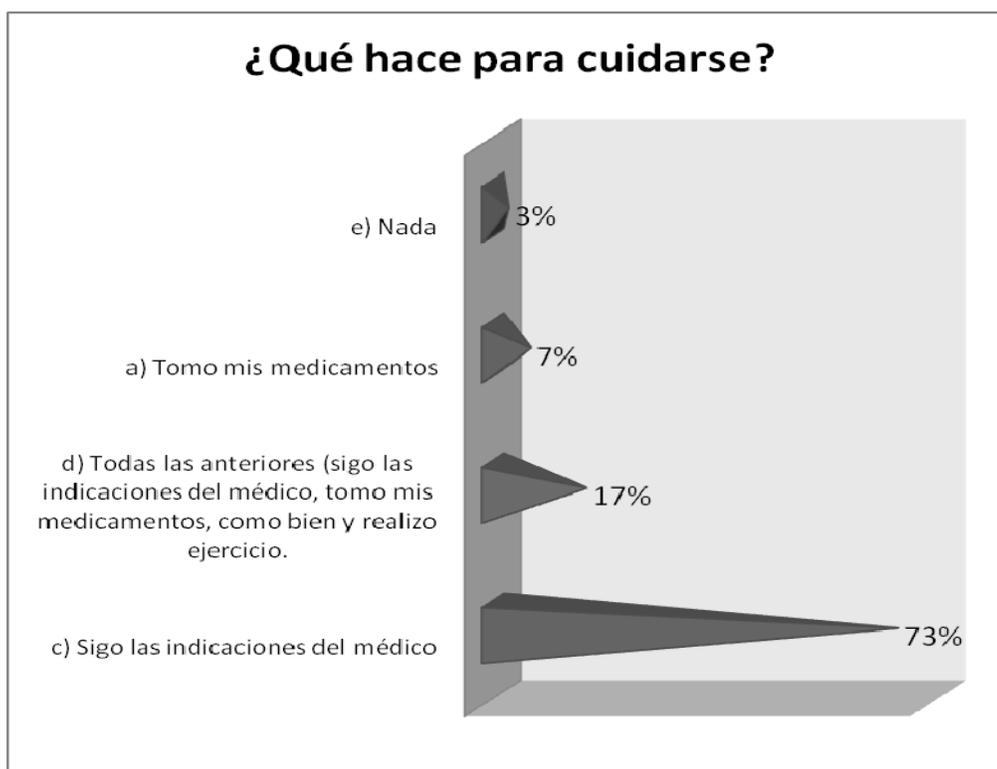


El cuadro 23 refiere los cambios que presenta en donde el 40% tiene trastornos del sueño, 40% no tiene ganas de realizar sus actividades 17 % tienen trastornos alimentarios y el 3% no cree que tenga cáncer.

CUADRO 24
¿QUÉ HACE PARA CUIDARSE?

RESPUESTA	PORCENTAJE
a. Tomo mis medicamentos	7%
b. Como bien y realizo ejercicio	0%
c. Sigo las indicaciones del médico	73%
d. Todas las anteriores (sigo las indicaciones del médico, tomo mis medicamentos, como bien y realizo ejercicio.	17%
e. Nada	3%
N = 30	100%

Fuente; Cuestionarios aplicados a mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México



El cuadro 24 habla acerca de que hace para cuidarse por lo que el 73% sigue las indicaciones del médico, 17% sigue las indicaciones médicas, come bien, hace ejercicio y toma sus medicamentos, 7% toma sus medicamentos y 3% no hace nada.

RESULTADOS DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

Para esta pregunta abierta se realizó un registro y revisión de las palabras más frecuentes de las respuestas que dieron las pacientes respecto al concepto de lo que es familia para ellas, se buscó la repetición de las palabras claves ⁴⁵ para obtener las 5 más comunes.

CONCEPTO DE FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS ENTREVISTADOS					
SOPORTE	SOPORTE	APOYO	SOPORTE	CONFIDENTE	APOYO
TODO	APOYO	UNIÓN	UNIÓN	AMOR	SOPORTE
ESPERANZA	APOYO	APOYO	APOYO	REFUGIO	TODO
SOPORTE	TODO	TODO	GRACIAS	IMPORTANTE	APOYO
SIN ELLA NADA	APOYO	CARIÑO	UNIÓN	UNIÓN	UNIÓN
SOPORTE	TODO	SERES QUERIDOS	ORGULLO	APOYO	CUIDADOS
TODO	FORTALEZA	APOYO	APOYO	SOPORTE	APOYO
TODO	CONFIDENTE	UNIÓN	AMOR	AMOR	UNIÓN
AMOR	AMOR	MOTOR PARA SEGUIR ADELANTE			

Fuente; Cuestionarios aplicados a familiares de mujeres y mujeres con cáncer cervico uterino del servicio de oncología del Hospital General de México

En este resultado de la palabra clave de la pregunta abierta acerca de lo que familia mencionaron con mayor frecuencia las palabras de apoyo en primer lugar, unión la siguiente, todo es lo que prosigue, soporte y amor fueron las que continuaron.

⁴⁵ Este método es tomado de los Seminarios del Megaproyecto, de la Escuela Nacional de Trabajo Social, en donde dicha técnica fue utilizada para obtener la palabra clave del concepto Defectos al Nacimiento por los entrevistados para su fácil correlación e interpretación.

4.3.2 Interpretación de datos

De la muestra seleccionada en este estudio de n=30 familiares que dan apoyo familiar a mujeres con cáncer cérvico uterino encontramos que el respecto a las respuesta de los familiares que las acompañan un 64% es del sexo femenino; con una edad entre 45 a 64 años en un 36%, siendo el 40% casada y un 20% soltera con un total de 60% con pareja, originarios del D.F con un 40%, un 16% de Puebla, 16% Oaxaca, 8% Veracruz, modificando así las estadísticas poblacionales y cambiando los resultados de las mismas; de estas radicando en un 52% en el estado de México y un 40% en el D.F ratificando así que somos una población nómada en busca de mejora de la calidad de vida y acceso a los servicios; con vivienda propia en un 52%, un 40% rentada; con una escolaridad del 32% en media superior, 16% nula, 16% primaria incompleta, 16% superior; con ocupaciones de empleados con 32%, 20% en el hogar, 16% obreros, 12% comerciantes; con ingresos mensuales de 1 a 2 salarios en un 80%; con una religión que profesan en un 88% católica; todos estos datos son importantes ya que con ellos se puede evaluar el estado funcional y el impacto de la enfermedad tanto de la paciente como de la familia, ya que todos estos parámetros son importantes para conocer el afrontamiento de la enfermedad en ambas partes.

Respecto a la presencia de los familiares que la acompañan se pensaría que es una mujer, ya que por naturaleza y/o imposición la mujer juega un papel importante para el cuidado de la familia, más en las familias mexicanas, y esto se reafirmar ya que sumando la presencia del sexo femenino este es de un total de 64% entre hija que son la mayor parte, madre, hermana, tía, cuñada y

amiga, con un 36% el sexo masculino incluido el esposo con mayor presencia y el hijo.

Desde una perceptiva de parte del familiar se pidió que evaluara la condición de la paciente, calificando así la participación e interés de la familia para con la paciente y el apoyo que esta persona recibe, parte medular de la investigación recolectando datos como de la perspectiva de la enfermedad de la paciente a través de ellos donde el 44% la describen preocupada, 32% menciona que tiene confianza en salir adelante un 12% la observa triste; la expresión de los sentimientos del familiar de igual forma se evalúa ratificando así que el 44% la expresan con los familiares cercanos y 24% con la pareja, puntualizando así la red de apoyo familiar como medula espinal de la misma, también se pidió el significado de la enfermedad donde el 64% no sabe por que le dio y un 38% menciona que es algo que le toco vivir, un 8% presentando los mitos y tabús alrededor de la enfermedad, haciendo mención que si conocen la enfermedad pero no el concepto y menos lo que implica deduciendo así un afrontamiento ineficaz de este.

El acompañamiento es importante tanto para el afrontamiento como la superación de cualquier problemática por lo que se les preguntó que tan frecuentemente las acompañaban; un 72% menciono que sí.

El 76% se ha informado de la enfermedad por parte del médico, esto es relevante ya que es importante que el familiar comprenda la enfermedad para ayudar a la paciente a asimilar por el proceso en el que pasa. Por otra parte nadie menciona a la enfermera como fuente de información, siendo que ellas

son el personal que pasa el mayor tiempo con las pacientes y tienen acceso al familiar que más les frecuenta.

Otro rubro de la evaluación de la calidad de vida de estas pacientes es la cuestión económica, factor importante como detonante de conflictos familiares, ya que los gastos económicos son los principales conflictos ocasionados por la enfermedad con un 60% y un 24% por los cambios de actividades en la casa; cambiando así las actividades en la casa por lo que el 40% menciono que la paciente realiza la mitad de las actividades en casa y un 24% ya no realiza ningún quehacer; de los familiares que más conocen la enfermedad de la paciente un 92% son los familiares cercanos con un grado de interés del 62% recibiendo un amplio apoyo de ellos para la superación de los problemas.

La comunicación que tenga la paciente con sus familiares es de suma importancia ya que con ella se logra expresar los sentimientos y emociones, y con ello conocer cómo se siente o como la pueden ayudar, en la evaluación que se le hizo al familiar el menciono que hay peleas, pero las superan rápidamente con un 52%, un 44% la considera efectiva, ratificando que se tiene que trabajar más sobre la comunicación en ambas partes, para hacerla aún más efectiva; las actividades que se realicen en conjunto también resultan benéficas para apoyar a la paciente por lo que contestaron con un 52% que comparten dos o más comidas al día, 16% casi ninguna actividad, y un 12% ven la TV juntos o comparten menos de una comida al día sin ver la TV, solo un 8% salen de paseo.

Se menciona la importancia del apoyo familiar para la paciente donde el 28% la da porque la consideran la enfermedad como devastadora, un 24%

menciona que por eso es la familia, el 20% ratifica porque la enfermedad las entristece y enoja mucho otro tanto la devuelve por que la paciente la apoyo antes y un 8% la menciona para la pronta recuperación; este apoyo lo proporcionan económicamente con un 44%, 24% con compañía, 20% con cuidados, el 8% ayudando al quehacer de la casa y 4% no contesto; ellos no son los únicos que apoyan a la paciente teniendo más redes de apoyo estas otras personas la sustentan con compañía 36%, 24% económicamente, 24% ayudando al quehacer de la casa, 8% con cuidados, 4% con el cuidado de los hijos y 4% no contesto.

La muerte como el marco teórico la sustenta es un proceso natural por el cual tarde o temprano tenemos que pasar, confrontándolo con la enfermedad sus y tabús el concepto de esta palabra puede tener varias connotaciones por lo que los familiares la refieran con un 52% como una parte normal de la vida, el 16% como el final de todas las cosas, 12% el castigo de los pecados, otro tanto la continuidad de la vida eterna y un 8% en algo que no quieren pensar, valorándose de esta forma las diferentes etapas de duelo respecto al concepto y la enfermedad; otra posibilidad de enfrentarse con este padecimiento es la reincidencia por lo que también se evalúa aquí también para conocer la reacción del familiar y que apoyo cuenta la paciente si llegara a ser su caco por lo que el 36% menciona que le preguntaría a su familiar lo que quiere hacer, otro 36% alude que buscaría la opinión de otros médicos, 16% la llevaría a casa y un 12% la mantendría en el hospital, por lo que se puede evaluar que tanto los familiares y la paciente saben de las opciones con que cuentan y respetan la individualidad de cada uno.

Los cambios por los que pasa la paciente no tan solo ella los vive, si no también la familia, esta ultima puede evaluar más estos cambios y conocen de su evolución por lo que se plasmo una pregunta referente a esto donde los familiares refirieron que la han notado 32% sin ganas de hacer sus actividades, 24% tiene trastornos del sueño, 20% llora mucho y fácilmente, 12% con trastornos alimentarios, 8% no contesto y 4% menciona que ha comentado que es mejor estar muerta; estos cambios que ella manifiesta también los expresa los familiares observándolos de la siguiente manera el 52% la ve triste, 32% menciona que tiene confianza en salir adelante, el 8% esta enojada y otro 8% abraza y dice que los quiere, realiza actividades de autocuidado que anteriormente se han referido y que el familiar también concuerda; independientemente de que los conflictos son generados por los gastos económicos y es donde se presenta la mayor necesidad, los familiares mencionan que la paciente acepta la ayuda emocional con un 40%, empatada con la económica, 16% con compañía y 4% con cuidados, confiando más en los familiares cercanos con un 64%.

En el caso de ser la pareja se les pregunto como era su vida sexual, por lo que mencionaron un 63% que no tiene, el 25% ratificaron que ha disminuido y el 12% solo se limita a caricias sin la relación como tal, realizando esta mención ellos aludieron que se debe a la falta de comunicación para abordar el tema, que ninguna de las dos partes se atreve a hablarlos, por pena, mitos y tabús alrededor del tema y la falta de información en ambos.

De esta misma muestra seleccionada de este estudio de n=30 de mujeres con cáncer cérvico uterino encontramos que el 53% corresponde al grupo de edad

de 45 a 64 años, lo que es similar a lo que reportan las estadísticas nacionales, el 50% de la población es casada y el 20% vive en unión libre, por lo que al sumarlos podemos que el 70% vive en pareja, con respecto al lugar de nacimiento el 27 % procede del D.F, el 20% de Veracruz, 17% de Oaxaca, 13% de Puebla, con estos datos resalta a la vista que es una enfermedad que se presenta más frecuentemente en los estados del sur, radicando un 47% en el Estado de México y un 17% en el D.F en lo cual se observa que es muy baja la población que radica en su estado de origen y buscan la accesibilidad de los servicios de la zona centro, en lo tocante a la escolaridad el 30% tiene estudios de primaria incompleta, el 20% estudios de licenciatura completos, por lo que podemos decir que no es una enfermedad exclusiva de mujeres con nivel académico de primaria; en lo referente a ingreso mensual el 67% recibe de 1 a 2 salarios mínimos, el 10% de 3 a 4 salarios mínimos, lo que refleja de alguna manera las estadísticas reportadas por la Organización Panamericana de la Salud con respecto a la pobreza en México, es necesario resalta que el 17% no contestaron probablemente debido a que no quieren dar a conocer sus ingresos porque que el cobro de los servicios en el hospital depende de lo que reportan.

El cáncer cérvico uterino puede ser considerado por las mujeres como una enfermedad crónica que puede tener diferentes significados por ello se incluyo una pregunta sobre lo que significa esta enfermedad para la mujer que la porta, en donde se observa que el 50% considera que es la enfermedad que le toco vivir, el 33% no sabe porque le dio, un 10% la considera como un castigo y 7% una enfermedad trasmitida por un familiar.

El cáncer es una enfermedad crónica que requiere de comprensión por parte de la persona que la padece para el éxito del tratamiento, por eso se incluyó una pregunta sobre su sentir ante la enfermedad, en donde se encontró que el 60% tiene confianza en salir adelante, el 20% se siente preocupada, un 10% esta triste y un 10% esta enojada; siguiendo la tónica mencionada con respecto a sentir se creyó necesario preguntar sobre con quién expresa sus sentimientos o temores, el 34 % los expresa con los familiares más cercanos, el 26% se los expresa a su pareja, el 17% lo expresa a sus hijos, el 16% a nadie y 7% a sus padres.

La comunicación es una herramienta fundamental para la vida diaria, dentro y fuera de la familia donde las pacientes la evaluaron como efectiva con un 47%, un 43% menciono que hay peleas pero las superan rápidamente, un 7% vive sola y solo un 3% ratifico que hay peleas, insultos y a veces golpes, confrontándola con la respuesta de los familiares ellos la calificaron con un 52% donde hay peleas pero la superen rápidamente, para un 44% es efectiva y un 4% no contesto, es de suma importancia una adecuada comunicación para un afrontamiento efectivo, ya que la familia es la red asistencial de primer apoyo. Siguiendo en esta línea, se solicito la evaluación de cómo se encuentra la familia a partir de la enfermedad donde el 74% mencionó que esta más unida, un 13 % angustiada y un 10% igual que siempre, por lo que se ratifica que la familia es una célula viva, unificada y manejada emocionalmente, donde si uno de los integrantes se ve afectado todo se modifica para bien o para mal por lo que se menciono en diferentes pregunta de que integrantes de la familia conocían la enfermedad ella contestaron que un 83% los familiares cercanos, un 7% los hijos y pareja y 3% uno o ambos padres, en otras serie se les

pregunto quienes eran los que se interesaban realmente por ella volviendo a ratificar en un 50% la mayoría de los familiares cercanos un 40% pocos hermanos(as) o familiares cercanos y un 10% los hijos, con respecto a las actividades realizadas como familia se constato que un 63% comparten una o más comidas al día, un 20% menciono que casi ninguna actividad por que la interacción con los demás contribuye al desarrollo y mantenimiento del sentido del sí mismo, ofrecer compañía o alguien en quien confiar en diversas situaciones.

Como se marca en la teoría la presencia de alguna enfermedad crónica como lo es el cáncer, produce inestabilidad tanto para la persona que la padece como para la familia que rodea al paciente, poniendo en riesgo el grado de bienestar y la integridad de la familia para afrontar dicha situación arriesgando la salud física y mental de cada uno de sus integrantes por lo que la pregunta acerca de los conflictos generados por la enfermedad aluden a esta con un 47% por los gastos económicos, un 20% por cambios de actividades en la casa, un 17% solo los cotidianos sin la presencia de gritos, un 10% con gritos y un 10% por los cuidados, ya que los roles familiares desde un principio ya se tienen establecidos y para el ser humano los cambios son algo difíciles de asimilarlos adjudicando a esta un afrontamiento ineficaz, y una solvencia económica baja.

Las pacientes con CaCu sufren cambios en todos sus aspectos es importante que ella aprenda a adaptarse a éstos principalmente en el estado anímico, la interpretación personal del diagnóstico va a dar una respuesta emocional, y dependiendo de ésta se va activar alguna estrategia de afrontamiento, que

puede ser favorable o desfavorable en la evolución de la enfermedad por lo se indago en este concepto encontrando que un 40% no tiene ganas de hacer las actividades cotidianas, un 40% presenta trastornos del sueño un 17% trastornos alimenticios y un 3 % no cree que tenga cáncer, siendo esta línea se pidió que marcaran lo que hacen para cuidarse en lo cual un 73% sigue las instrucciones del médico un 17% sigue las instrucciones del médico, toma los medicamentos, come bien y realiza ejercicio, un 7% toma solo los medicamentos y un 3% nada.

Como se menciona desde un principio el hombre es un ser bio- psico- social, moviéndolo sus emociones y una parte muy importante la espiritualidad la necesidad de creer en algo superior a sus fuerzas, como bálsamo de heridas, por lo que se pidió que mencionaran lo que para ellas era la religión en donde un 64% menciona que era fe, un 20% esperanza, un 13% refugio y un 3% no le interesa.

Los aspectos relacionados con la sexualidad, principalmente en la paciente manifiestan un sentir negativo respecto a las relaciones coitales compartirlo con la pareja, ya que ellos manifiestan “tener temor a causar algún dolor o daño físico“ a su pareja y estas a su vez interpretan este comportamiento como “desinterés o rechazo” hacia ellas por que ya no son totalmente mujeres, sustentando esta mención se presenta la pregunta de cómo es su vida sexual actualmente donde el 73% manifestó no tener, un 20% ha disminuido y un 7% hay caricias sin la relación como tal .

Cabe la posibilidad de que esta enfermedad vulva a reincidir nuevamente ya se por la falta de controles, abandono del tratamiento o como efecto secundario

de este por lo que se pregunto de que haría si la enfermedad nuevamente apareciera arrojando datos donde el 70% menciona que volvería con el tratamiento que se le indique, un 10% no sabría que hacer, otro 10% no cree ya que se siente bien y se cuida y un 10% buscaría un segunda opinión, por lo que se observa que ellas ya están creando un sentido de autocuidado y no de abandono, siguiendo indagando este sentido con todas sus posibilidades se menciona el significado de muerte por lo que el 57% lo expreso como una parte normal de la vida, un 17% el final de todas las cosas, un 16% continuidad de la vida eterna y un 10% algo en lo que no quiere pensar, observándose que están presente todos los niveles de duelo respecto al concepto, recordando que estos se dan de forma aleatoria y son inestables.

Respecto a las preguntas abiertas del concepto de familia las pacientes concordaron con una palabra clave la cual mencionaron que es un apoyo por lo que adquiere la importancia y connotación de dicha investigación.

5. CONCLUSIONES

Finalmente se concluye que el apoyo familiar en las pacientes con CaCu es básico y de suma importancia en su calidad de vida ya que es con la primera red de apoyo con el que cuentan las pacientes, ya que esta enfermedad provoca muchas alteraciones, no tan solo físicas si no también sociales, psicológicas y sobretodo sexuales.

Como se exponía al principio de esta investigación, no existe ningún estudio similar enfocado en este tema, logrando así resultados satisfactorios de dicha investigación, concluyendo que tanto la paciente como su familia enfrentan esta enfermedad sin una base sólida respecto al diagnóstico, al igual que en su tratamiento, con un sinnúmero de mitos y tabús alrededor del padecimiento, reduciendo así un afrontamiento efectivos de ambas partes.

De acuerdo al resultado de dicha investigación se expresa que estas pacientes conservan su total independencia en una gran mayoría (70%), con un mínimo de pacientes (30%) donde requieren ayuda de alguna otra persona. Pero más allá de que necesiten ayuda respecto a cuestiones físicas, estas pacientes necesitan ayuda en aspectos psicológicos, por los enormes cambios y afectaciones que sufren a lo largo, no solo del tratamiento si no desde el comienzo con su diagnóstico, el enorme impacto que causa la noticia y la asimilación de la misma, sus angustias, temores, y sobre todo las afectaciones psicológicas respecto a su sexualidad, que muchas de ellas no logran asimilar y no han podido cerrar ciclos, llevando así a la paciente a una depresión donde la familia también se ven involucrados.

Aunque cada paciente y familiar que acompaña a esta es diferente, el hecho de enfrentar el cáncer, sus mitos y tabús que conllevan, las une en un sentimiento común de temor a la muerte, esto es apreciado cuando se les da la noticia de su enfermedad. Dos ideas que ayudarían a superar este miedo, es que la primera, la muerte es algo natural que ocurrirá algún día y no precisamente al enfrentar alguna enfermedad y ellas lo saben y lo mencionan (52%) pero como se dice en el refrán “*del dicho al hecho hay un estrecho*” y esto se debe en el tiempo en que se le pregunte a la paciente ya que no será la misma respuesta ni antes, durante o después de su tratamiento por las diferentes etapas de duelo que pasa, y la segunda es que el cáncer ya no es sinónimo de enfrentar la muerte por los enormes avances tecnológicos que existen alrededor de este.

Pero esto se logra dándole a la paciente y a sus familiares la información necesaria, evaluando la comprensión del mismo y así poder ayudar a afrontar efectivamente la enfermedad, esta información tiene que ser comprensible, independientemente de la edad y nivel de escolaridad de cada paciente.

Pocas veces se habla de la calidad de vida de los cuidadores, ya que si ellos reciben esta misma información contribuirán a un mejor cuidado de su paciente y disminuirá también el estrés que les genera al no poder ayudar a su paciente por falta de conocimientos.

En nuestra población de estudio se obtuvieron datos importantes para poder evaluar la calidad de vida, tal como su diagnóstico, la modalidad del tratamiento, la supervivencia que llevan, sus datos generales, estilos de vida, nivel socioeconómico, nivel de estudios, conceptos básicos de la enfermedad, sexuales, espirituales, etc. Pudiendo así evaluar el estado funcional y el

impacto de la enfermedad tanto de la paciente como de la familia, logrando así la realización de las intervenciones educativas necesarias para el cuidado de la paciente con la inclusión de la familia y de esta misma para la comprensión de la enfermedad de su paciente y brindar un mejor cuidado y acompañamiento a la misma, con el objetivo de orientar a ambas partes, en los aspectos que se ven más afectados por dicha enfermedad, de acuerdo a los resultados obtenidos de dicho trabajo estos se plasman en la elaboración de trípticos informáticos con los siguientes temas:

- Conocimiento y comprensión del Cáncer Cérvico- Uterino
- Comunicación
- Familia y desarrollo de roles
- Sexualidad
- Depresión y estrés
- Nutrición

6. ANEXOS Y APENDICES

F-01(PARA LA PACIENTE)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



El presente cuestionario tiene como objetivo el conocer los puntos de vista que aquí se pasman, solo se utilizaran como instrumento de valoración para la realización de tesis de licenciatura omitiendo nombres y datos personales de los participantes, los datos aquí acentuados solo serán utilizados para dicha investigación y son de carácter confidencial, solo nosotros tendremos el acceso a la información. **Por su participación gracias.**

Nombre: _____
Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Domicilio: _____
Teléfono _____
Edo. Civil: Casada ___ Soltera ___ U. Libre ___ Viuda ___ Divorciada ___
Lugar de Nacimiento _____
Lugar donde Radica _____
Tipo de Vivienda: Propia ___ Rentada ___ Prestada ___
Escolaridad: Primaria ___ Secundaria ___ Media ___ Superior ___
Incompleta Primaria ___ Incompleta Secundaria ___ Nula ___
Ocupación: _____ Ingresos Mensuales \$ _____
Religión _____
Familiares con Cáncer: NO ___ SI ___
Tipo de Cáncer _____ Parentesco _____
Inicio de vida sexual: _____ Años N° de parejas sexuales: _____
N° Embarazos: _____ N° Abortos _____
Edad del hijo mayor: _____ Hijo Menor _____
Cuantos Papanicolau se realizo antes del Diagnóstico: _____ Ninguno ___
Diagnóstico actual: _____

1. ¿Se ha informado acerca de esta enfermedad?
 - a. Si, por el médico
 - b. Si, por la enfermera
 - c. Si, por la trabajadora social
 - d. Si, en revista
 - e. Si, por conocidos

2. ¿Para usted que significa esta enfermedad?
 - a. Un castigo por cosas que ha hecho mal.
 - b. Una venganza, por actos de brujería.
 - c. Una enfermedad transmitida por algún familiar.
 - d. Una enfermedad que usted no sabe porque le dio.
 - e. Una enfermedad que le toco vivir.

3. ¿Cómo se siente ante la enfermedad que padece?
 - a. Preocupado
 - b. Tiste
 - c. Enojado
 - d. Tiene confianza en salir adelante
 - e. No cree que tenga cáncer

4. ¿Con quien se siente capaz de expresar sus sentimientos o temores?
 - a. Padres
 - b. Familiares más cercanos
 - c. Pareja
 - d. Hijos
 - e. Ninguno

5. ¿Como considera la comunicación dentro de la familia?
 - a. Efectiva
 - b. Hay peleas pero las superamos rápidamente.
 - c. Hay peleas, insultos y a veces golpes.
 - d. Hay peleas e insultos constantemente.
 - e. La paciente vive sola.

6. ¿A partir de su enfermedad, como se encuentra su familia?
 - a. Mas unida
 - b. Alejada
 - c. Conflictiva
 - d. Angustiada
 - e. Igual que siempre

7. ¿Que integrantes de su familia conocen su enfermedad?
 - a. Uno o ambos padres.
 - b. Familiares cercanos.
 - c. La pareja.
 - d. Sus hijos.
 - e. Ninguno

8. ¿Que integrantes de su familia se interesan realmente en su enfermedad?
- Uno o ambos padres.
 - La mayoría de los hermanos (as) o familiares cercanos.
 - Pocos hermanos (as) o familiares cercanos.
 - La pareja.
 - Sus hijos.
9. ¿Que actividades realiza la mayor parte con su familia?
- Salir de paseo.
 - Compartir dos o más comidas al día
 - Compartir menos de una comida al día sin ver la TV
 - Ver la TV
 - Casi ninguna actividad.
10. ¿Cuales son los conflictos ocasionados por la enfermedad?
- Gastos económicos
 - Cuidados
 - Cambio de actividades en la casa
 - Sólo los cotidianos (que incluyen gritos)
 - Sólo los cotidianos (nunca hay gritos)
11. Usted presenta cambios tales como:
- No creo que tengo cáncer
 - Tengo trastornos del sueño
 - Tengo trastornos alimentarios
 - No tengo ganas de hacer mis actividades cotidianas
 - He comentado que es mejor estar muerta
- 12.- ¿Qué hace para cuidarse?
- Tomo mis medicamentos
 - Como bien y realizo ejercicio
 - Sigo las indicaciones del médico
 - Todas las anteriores
 - Nada
- 13.- ¿Para usted, la religión, es?
- Fe
 - Cercanía
 - Refugio
 - Esperanza
 - No me interesa
14. ¿Cómo es su vida sexual actualmente?
- Ha disminuido
 - Se ha incrementado
 - Se ha mantenido
 - Hay caricias sin la relación como tal
 - No tengo

15. Si su enfermedad volviera aparecer usted ¿Qué haría?
- a. Volvería de nuevo con el tratamiento que se me indique
 - b. Buscaría una segunda opinión
 - c. No, me rehusaría ya no podría soportarlo
 - d. No sabría que hacer
 - e. No creo, yo me siento bien y me cuido

16. ¿Para usted que significa la muerte?
- a. Castigo de los pecados
 - b. Algo en lo que no quiero pensar
 - c. Final de todas las cosas
 - d. Una parte normal de la vida
 - e. Continuidad de la vida eterna

17. ¿Qué es la familia para usted?

18. ¿Qué les recomendaría a las mujeres de su familia y demás, para evitar que padezcan su enfermedad?

19. ¿Cómo califica el servicio de oncología?

F-02(PARA EL FAMILIAR/ACOMPAÑANTE)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



El presente cuestionario tiene como objetivo el conocer los puntos de vista que aquí se pasman, solo se utilizaran como instrumento de valoración para la realización de tesis de licenciatura omitiendo nombres y datos personales de los participantes, los datos aquí acentuados solo serán utilizados para dicha investigación y son de carácter confidencial, solo nosotros tendremos el acceso a la información. **Por su participación gracias.**

Nombre: _____ Sexo _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono _____

Edo. Civil: Casada ___ Soltera ___ U. Libre ___ Viuda ___ Divorciada ___

Lugar de Nacimiento _____

Lugar donde Radica _____

Tipo de Vivienda: Propia ___ Rentada ___ Prestada ___

Escolaridad: Primaria ___ Secundaria ___ Media ___ Superior ___

Incompleta Primaria ___ Incompleta Secundaria ___ Nula ___

Ocupación: _____ Ingresos Mensuales \$ _____

Religión _____

Parentesco con la paciente _____

Familiares con Cáncer: NO ___ SI ___

Tipo de Cáncer _____ Parentesco _____

Usted siempre la acompaña: SI ___ NO ___ ¿Por qué? _____

¿Quién más lo hace? _____

1. Se ha informado acerca de esta enfermedad
 - a. Si, por el médico
 - b. Si, por la enfermera
 - c. Si, por la trabajadora social
 - d. Si, en revista
 - e. Si, por conocidos

2. ¿Cómo se siente ante la enfermedad de la paciente?
 - a. Preocupado
 - b. Triste
 - c. Enojado
 - d. Tiene confianza en salir adelante
 - e. No cree que la paciente tenga cáncer

3. Se siente capaz de expresar sus sentimientos o temores con:
 - a. Padres
 - b. Familiares más cercanos
 - c. Pareja
 - d. Hijos
 - e. Ninguno

4. Para usted que significa esta enfermedad
 - a. Un castigo por cosas que ha hecho mal.
 - b. Una venganza, por actos de brujería.
 - c. Una enfermedad transmitida por algún familiar.
 - d. Una enfermedad que usted no sabe porque le dio.
 - e. Una enfermedad que le tocó vivir.

5. Cuales son los conflictos ocasionados por la enfermedad
 - a. Gastos económicos
 - b. Cuidados a la paciente
 - c. Cambio de actividades en la casa
 - d. Sólo los cotidianos (que incluyen gritos)
 - e. Sólo los cotidianos (nunca hay gritos)

6. Con su familiar enfermo, como son las actividades en la casa
 - a. La paciente continua con los mismos quehaceres
 - b. La paciente se niega a que otros le ayuden con los quehaceres de la casa.
 - c. La paciente realiza la mitad de los quehaceres que hacía
 - d. La paciente ya no realiza ningún quehacer
 - e. Siempre se han compartido los quehaceres de la casa.

7. Que integrantes de la familia conocen la enfermedad de la paciente
 - a. Uno o ambos padres.
 - b. Familiares cercanos.
 - c. La pareja.
 - d. Sus hijos.
 - e. Ninguno

8. Que integrantes de la familia se interesan en la paciente
 - a. Uno o ambos padres.
 - b. La mayoría de los hermanos (as) o familiares cercanos.
 - c. Pocos hermanos (as) o familiares cercanos.
 - d. La pareja.
 - e. Sus hijos.

9. Como considera la comunicación dentro de la familia
 - a. Efectiva
 - b. Hay peleas pero las superamos rápidamente.
 - c. Hay peleas e insultos constantemente.
 - d. Hay peleas, insultos y a veces golpes.
 - e. La paciente vive sola.

10. Que actividades realiza la mayor parte de la familia
 - a. Salir de paseo.
 - b. Compartir dos o más comidas al día
 - c. Compartir menos de una comida al día sin ver la TV
 - d. Ver la TV
 - e. Casi ninguna actividad.

11. Es importante apoyar a la paciente por que:
 - a. Esta enfermedad la entristece y enoja mucho
 - b. Esta enfermedad es devastadora
 - c. Solo así se va a recuperar más pronto
 - d. Ella me ha apoyado antes
 - e. Para eso es la familia

12. Como apoya usted a la paciente
 - a. Ayudando al quehacer de la casa
 - b. Económicamente
 - c. Con compañía
 - d. Con cuidados
 - e. Cuidando sus hijos

13. Como apoyan los otros familiares a la paciente
 - a. Ayudando al quehacer de la casa
 - b. Económicamente
 - c. Con compañía
 - d. Con cuidados
 - e. Con el cuidado de sus hijos

14. Para usted que significa la muerte
 - a. Castigo de los pecados
 - b. Algo en lo que no quiero pensar
 - c. Final de todas las cosas
 - d. Una parte normal de la vida
 - e. Continuidad de la vida eterna

15. Si el médico le dice que no hay nada que hacer, usted:
- La mantendría en el hospital
 - La llevaría a casa
 - Buscaría la opinión de otros médicos
 - Buscaría medicina alternativa/complementaria.
 - Preguntaría a ese familiar que es lo que el quiere

Sobre la paciente

- Últimamente ha notado algún cambio en la paciente como:
 - Llora mucho y fácilmente
 - Tiene trastornos del sueño
 - Tiene trastornos alimentarios
 - Sin ganas de hacer sus actividades
 - Ha comentado que es mejor estar muerta
- Últimamente ha observado que la paciente:
 - Esta triste
 - Esta enojada
 - Nos abraza y dice que nos quiere
 - Tiene confianza en salir adelante
 - Niega que tiene cáncer
- Su paciente se cuida realizando actividades como:
 - Comer mejor
 - Procura dormir temprano
 - Ha dejado de fumar
 - Toma su medicamento
 - Acude a sus citas con el medico
- La paciente acepta el apoyo que se le brinda:
 - Emocionalmente
 - Económicamente
 - Con compañía
 - Con cuidados
 - Con el quehacer de la casa o de sus hijos
- En que persona confía la paciente
 - Uno o ambos padres.
 - Familiares cercanos.
 - La pareja.
 - Sus hijos.
 - Amigos.
- Si usted es la pareja. Como es su vida sexual con la paciente
 - Ha disminuido
 - Se ha incrementado
 - Se ha mantenido
 - Hay caricias sin la relación como tal
 - No tiene

Como califica el servicio de oncología

- ◆ Hable con sus hijos, no importa la edad, ellos pueden fantasear con peores situaciones, sobretodo los preescolares y escolares. Pueden mostrarse irritables, es necesario dejarlos jugar más tiempo y que convivan con otras personas.



- ◆ Hable con sus familiares cercanos sobre lo que piensa y siente, a veces es difícil, pero es peor cuando usted y ellos evitan conversar de sus temores.
- ◆ Reduzca los quehaceres del hogar a lo indispensable, si puede reparta estos con otros miembros de la familia.

MEDIDAS PRÁCTICAS

Liberando el enojo, tristeza, miedo...

Escribir lo que uno siente es una de las mejores formas de reconocer, expresar y liberar lo que realmente le sucede. Al terminar hay que reflexionar sobre lo que hemos aprendido de esto «lo positivo», algo como: valoro más el tiempo que paso con mi familia, etc. Es muy importante darse un tiempo para esta tarea.

Cuando se ha acabado la carta, se quemara para dar el mensaje a la mente de que eso que sentimos y causa malestar finalmente va a pasar, no es un dolor eterno.

Tomando el control

Ante una situación incontrolable, toda persona se siente amenazada, la mejor forma de remediar esto es controlando lo que sí podemos hacer:

- Seguir indicaciones del médico.
- Comer bien y Tomar medicación.
- Descanso.
- Reducir el quehacer en casa.
- Hablar de sus temores.
- Informarse sobre que más puede hacer para cuidarse mejor, en Internet, profesionales de la salud, revistas, libros, etc.

Y después del tratamiento:

- Acudir a revisión.

Meditación curativa

Acostada o sentada en posición cómoda, va a cerrar los ojos e imaginar que al inspirar entra un humo azul en su cuerpo llenándolo de bienestar y salud, y al exhalar un humo negro se lleva toda enfermedad. Va a imaginar que se esta viendo de frente como si fuera en un espejo y va agradecer a todo su cuerpo (ojos, pulmones, útero, estómago, piernas, etc.) las funciones que realiza sin descanso desde que usted nació e incluso antes. Se sonrie y se abraza. Se sugiere hacerlo diario de 5 a 20 min.



Hilda Anaceli Hernández Dueñas
Joaquina Hernández Herrera
Hecmi Trejo Vera
ASESORA: CLÍNICA DEL PILAR SOCARRÓBAS
División de Investigación para la Salud
Nº de Registro SPEIPTID.05.2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TRISTEZA Y DEPRESIÓN

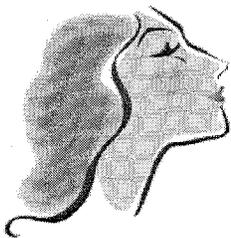


CÁNCER CERVICOUTERINO

RESPUESTA EMOCIONAL

Ante el diagnóstico de cáncer se puede tener ansiedad, agitación, alteraciones del sueño y en la alimentación, sentir un terrible miedo al futuro, enojo, y una profunda tristeza.

Esta reacción es NORMAL, sobretodo por las creencias falsas que se tienen sobre el cáncer. Es necesario saber que en muchos casos con el tratamiento, cuidados y seguimiento adecuado es posible sobrevivir a esta enfermedad.



La sensación abrumadora por el diagnóstico, también en la mayoría de los casos es pasajera. Este estado impide en un inicio atender a las indicaciones médicas, sin embargo al pasar esta etapa e ir tomando el control de los propios cuidados es posible salir adelante de la mejor manera ya que más de la mitad de las pacientes se ajustan a la nueva situación.

¿TRISTEZA O DEPRESIÓN?

Hay personas que tardan un poco más en adaptarse. La tristeza es una emoción normal y pasajera, en cambio la depresión se alarga por más de dos semanas y ésta requiere de un apoyo psicológico.



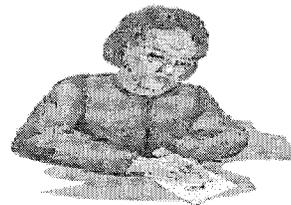
Si tiene más de 5 de los siguientes síntomas por más de dos semanas, puede estar padeciendo depresión.

1. Está muy triste y desganada.
2. Pierde el interés hasta por las actividades que más le gustan.
3. Come muy poco o mucho y baja o aumenta de peso.
4. Duerme mucho o tiene insomnio.
5. Tiene el cuerpo pesado y lento, o está muy intranquila.
6. Siente culpa, impotencia e inutilidad.
7. Pierde la concentración, no puede recordar los asuntos pendientes y se le dificulta tomar decisiones.
8. Tiene ideas de muerte o suicidio.

Es importante atender a tanto a la tristeza como a la depresión, porque en esta medida uno se puede concentrar más y mejor en su cuidado y así tener un mejor pronóstico.

QUE HACER

- ❖ Reconocer lo que siente: miedo, enojo, angustia. Escríbalo o háblelo con alguien.
- ❖ Llore, si lo desea.
- ❖ Descanse lo más posible, si no puede dormir, medite.
- ❖ Si se siente desesperada, llame a un amigo, familiar o asociación.
- ❖ Mantenga su mente ocupada, evite la soledad.
- ❖ Concéntrese en lo que puede hacer ahora (alimentación, medicación, cuidados generales, etc.).
- ❖ Si piensa en un futuro muy malo, contrarreste eso cantando, imagine un lugar muy bello, cuente números, lo que sea para distraer la atención de la mente. Cuando este más tranquila Escriba las situaciones que le preocupan y también sus posibles soluciones. Sea clara y objetiva.



Algunos conflictos conjugales pueden haber sido consecuencia de dificultades de índole sexual, en cuyo caso habrá que darle prioridad a la solución de ellas.

El esfuerzo que se realice en la superación de los desajustes sexuales, fisiológicos o psicológicos, por parte de las parejas de ser siempre en forma mutua y recíproca. Una reacción sexual anormal puede ser sintoma de que el resto de las relaciones son deficientes.

Definir el lugar que ocupa la sexualidad en la escala de valores de cada uno, esto es bueno para llegar a un acuerdo.

Mientras que todo contacto físico no tiene que centrarse forzadamente en ello, para que ambos se sientan satisfechos.

Planificar, sin que sea una ley rígida, no quedan dadas las excepciones es conveniente que tanto el hombre como la mujer sepan que disponen periódicamente de unos momentos libres de obligaciones, trabajos, de trabajo, de obligaciones, etc., durante los cuales ambos podrán dedicarse a las demostraciones de afecto íntimo. El erotismo ocupa un lugar importante en la vida matrimonial y es imprescindible tener un tiempo para él.

Si es mucho el temor o inseguridad en relación a las relaciones sexuales después del tratamiento, se puede plantear como medio de ayuda al profesional de salud para superar las dudas y discutir con la finalidad de ayudar a enfrentar y superar las secuelas del tratamiento. **NECESITAS AYUDA? FIDELA!**



Es fundamental, para resolver un conflicto (sexual, económico, sentimental, etc.), que las partes involucradas estén de acuerdo en cuál es el auténtico problema y además tengan bien claro sus límites. No se debe seguir adelante en el diálogo hasta que este punto básico no haya sido zanjado.

Es conveniente analizar los problemas por partes y desde distintos puntos de vista.

Cuando parezca que los problemas no tienen solución, pueden ser útil recordar cómo se superaron otros, incluso más graves, y recordando que no siempre se puede encontrar una solución, hay que probar más y si no se resuelven desecharlas.

Los seres humanos poseemos varias dimensiones, la física, psicológica y sexual, pero también la espiritual, "Todo ser humano desea la felicidad para él y para los que ama, pero creemos que el hombre tiene capacidad de felicidad perfecta solo si llena aquel vacío espiritual dentro de su vida"...

"Si a uno solo lo pusáis, dos juntos resistirán: la cuerda triple no se rompe fácilmente" (Eclesiastés 4:12)



F.S.S.I.E.O. Hilda Araceli Hernández Danías
F.S.S.I.E.O. Joaquín Hernández Herrera
F.S.S.I.E.O. Noemí Trejo Vera
Escuela de Investigación para Fieles
No de Inscritos S.F.E.L. P.110 05.2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Aparentemente he dicho algo que te ha molestado



-COMUNICACIÓN-

HERRAMIENTAS BÁSICAS PARA LA VIDA DIARIA

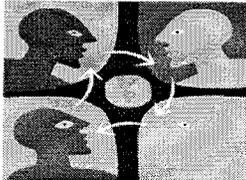
COMUNICACIÓN

La comunicación se halla inmersa en nuestra vida, es pues, la herramienta básica para la vida diaria. Nos sirve para difundir, informar, criticar, conversar, etc. En todas las actividades que realizamos, ponemos de manifiesto nuestra manera de ser, de pensar, nuestros gustos, inquietudes, temores, preferencias, entre otras cosas, aunque constantemente lo estamos haciendo, a veces no somos conscientes de esto, porque no dejamos de comunicarnos.

Es muy diferente oír y escuchar, el oír es una actividad pasiva, es responder automáticamente e instintivamente a un estímulo auditivo "oír un sonido", y el escuchar es una actividad activa, es estar pendiente de algo o de las palabras de alguien, es atender a cierta cosa. Se requiere de un esfuerzo mayor (muscular, concentración y físico).

En el caso particular de los pacientes con cáncer cervicouterino, de aquellas que han reiniciado su vida sexual lo refieren como un evento "psicológicamente traumático", totalmente desconectadas, con temores e inseguridades por el hecho de no poder satisfacer a su pareja.

La mala comunicación también repercute en el compañero sexual, ya que en su caso asumen el estar "asustados" por el hecho de causar algún daño físico o dolor, dando como resultado ambos hechos en una interpretación de desinterés o rechazo, llegando así a una crisis.



El diálogo es la técnica fundamental para lograr superar cualquier problema en las relaciones humanas, la intercomunicación (hablar-escuchar) tiene por objetivo el intercambio de sentidos o ideas. Advinar los sentimientos o los pensamientos es imposible.

La mejor solución de un conflicto es su prevención es decir, evitar que surja. Lo ideal en una buena comunicación es que sea sosegada (tranquila) y sensata. En su defecto, la exposición aunque exaltada, de sentimientos e ideas, da mejor resultado que el silencio y la interiorización de los problemas.

Frente a estas referencias dadas por las pacientes y sus parejas se sugiere:

Si las discusiones llegan a hacerse violentas o insostenibles, conviene que los conyugues propongan un remedio (un signo con la mano, levantarse del asiento, un sonido o un tiempo fuera) aceptado por el otro, para detener la conversación o aplazarla, evitando así que se envenene y resulte peor el remedio que la enfermedad.

La comunicación para resolver dificultades, sobre todo si es de índole sexual, no debe ser larga.

Se recomienda que estas "sesiones" se repitan diariamente o varios días por semana, un día fijo por semana o con intervalo de 7 o más días, según la gravedad o frecuencia de los problemas y la disposición o preparación de 1 o de los 2 conyugues para resolverlos. Lo importante es que se establezca una comunicación permanente y periódica



Algunos conflictos puede solucionarlos la propia pareja, con la debida información. En este sentido un buen libro, puede ayudarle a precisar determinados conceptos, o seguir los consejos de profesionales expertos en la materia.

Las crisis de la pareja pueden ofrecer Algo positivo al propiciar una renovación de las respectivas posiciones y favorecer el intercambio de pensamientos.

El reconocer al cónyuge como un ser personal y único, disolverá la absorción de la personalidad del otro, que puede llegar a producirse en algún momento de la vida, produciendo así un abuso.

La verdadera comunicación nace de las necesidades de buscar una solución a los problemas comunes.

El creer que todos los males son producidos por la otra parte, no favorece la reconciliación, de igual negativo es cargar toda la culpa uno mismo [*porque es mi cruz*] y sentirse abrumado como causante de todas las desdichas [*me lo merezco*], [*por mi culpa*].

Es necesario analizar con serenidad cada situación, la culpa corresponde a ambos, los enfrentamientos graves son siempre una acumulación de acciones y reacciones sucesivas, desembocando en el rechazo de la otra parte y lo consiguiente la ruptura de derecho o de hecho, provocando un desequilibrio psicológico.

Al igual a nadie le gusta que le digan sus "verdades"... aunque sea con la mejor intención del mundo, porque ninguna persona sana mentalmente disfruta con que le recuerden sus defectos y errores, especialmente de la parte de terceras personas (hijos, familiares, amigos, superiores, etc.), pero también es necesario el recordar las virtudes, estas ayudan a conseguir la armonía ofreciendo una visión positiva y estimulante, para seguir conversando de una forma sensata. No pretenda cambiar a su medida a la otra parte, recuerde que es un ser personal y único.



Nausea y vómito

- *Fracccionar las comidas.*
- *Evitar lo muy salado o muy dulce.*
- *Tomar líquidos de 30 a 60 minutos después de comer.*
- *Evitar acostarse después de comer.*
- *Tomar el medicamento por lo menos una hora antes de comer.*



Diarrea persistente

- *Evitar lo muy dulce, las coles y refresco (para los gases y cólico).*
- *Evitar la grasa y el picante.*
- *Fracccionar las comidas.*
- *Incrementar la ingesta de líquidos*

Estreñimiento

- *Consumir frutas y verduras.*
- *Tomar en ayunas agua fría.*

- *Beber hasta dos litros de agua al día.*



Para incrementar las proteínas

- *Agregar leche fluida a la leche en polvo.*
- *Untar con queso las galletas y pan o espolvorearlo en la comida.*
- *Incrementar los alimentos hechos con huevo (budín, albóndigas, flan, etc.).*



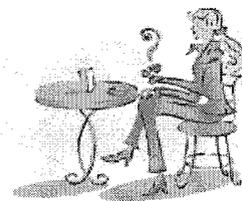
Hilda Araceli Hernández Dueñas
Joaquina Hernández Herrera
Noemí Trejo Vera

ASESORA: M.C.E. MA. DEL PILAR SOSA ROSAS
Diseño de Investigación para Tesis
N° de Registro SPEIPTID.052



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

CÁNCER CERVICOUTERINO



ENFRENTANDO EL ADELGAZAMIENTO

ESTRÉS EN EL CÁNCER

El estrés ocurre cuando se tiene la sensación de haber perdido el control de su vida, lo que dificulta cubrir las propias necesidades.



SEÑALES DE ESTRÉS.

Reflejos nerviosos

Morder uñas, Apretar mandíbulas, Tamborilear los dedos, Agitar las piernas.

Cambios de humor

Ansiedad, Depresión, Frustración, Enojo, Desánimo, Impaciencia, Irritabilidad.

Comportamiento

Alteración en el sueño, Hablar rápido o gritar, Arrebatos emocionales.

TOMANDO EL CONTROL

Como tranquilizarse

Con una mente tranquila es posible controlar aún más los pensamientos y acciones.

- ✓ Expresar sus sentimientos hablando o escribiendo. Quema el escrito.

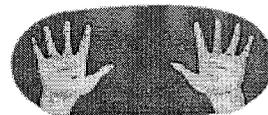


- ✓ Cuando surjan pensamientos negativos, pensar / hacer otra cosa para evitar que se acumulen.



- ✓ Sentarse, apoyar las manos en la mesa y decir "basta". Concentrarse

en todas las características de un objeto por 5 min.



- ✓ Pensar en un canto rítmico.
- ✓ Cerrar los ojos y agradecer al cuerpo las funciones que realiza.

COMO GANAR PODER Y TRANQUILIDAD.

Organizando el tiempo

Dedicar tiempo a la familia, casa, trabajo, y a USTED MISMA da la sensación de tener mayor control.

- ✓ Escribir todas las actividades pendientes y elegir lo más importante.

Enero		
Tu misma	Familia	Casa
• Consulta	• Exámenes	• Comida

- ✓ Incluir en la lista lo inesperado.

Domingo	Lunes	Martes
• Comprar comida.	• Consulta.	• Descanso
• Arreglar la recámara.	• Meditar.	• Ordenar la casa.

- ✓ Dar a los hijos / esposo quehaceres de la casa.
- ✓ Darse permiso de no hacer todas las actividades que realizaba.

HERRAMIENTAS PRÁCTICAS

Realizar ejercicios de relajación en cuanto se empieza a sentir tensión evita caer en estados de mayor estrés.

El cuerpo

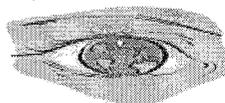
Sentarse en una silla y dejar caer los brazos y la cabeza por 5 minutos o más.



Meditación

Acostada o sentada, concentrarse en la respiración, imaginar que el cuerpo se infla al inspirar y se desinfla al sacar el aire.

Se puede imaginar un lugar hermoso, o como se resuelve una situación difícil.



Respiración

Respirar lentamente contando hasta el 6, mantener el aire por 6 segundos y sacar éste en otros 6 segundos. Repetir 10 veces.

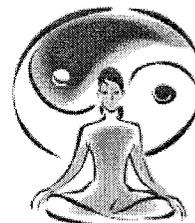


Hilda Araceli Hernández Dueñas
Joaquina Hernández Herrera
Noemí Trejo Vera
ASESORA: M.C.E MA DEL PILAR SOSA ROSAS
Diseño de Investigación para Tesis
Nº de Registro SPEIPTID.05.2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DEJAR ATRÁS EL ESTRÉS



CANCER CERVICOUTERINO

IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN

Con una adecuada alimentación es posible evitar la desnutrición, la pérdida de peso, disminución del sistema inmunológico y por lo tanto, disminuir los días en el hospital y reducir síntomas como las náuseas, diarrea, etc.



¿POR QUÉ BAJA DE PESO?

No querer comer por retardo en la digestión, alteración en el sentido del gusto, enojo o depresión.

Incremento en las necesidades alimenticias por el desgaste de la enfermedad y disminución en el sistema de defensa del cuerpo.

Pérdida de nutrientes por **sangrados, vómitos o diarreas frecuentes.**

ENTONCES, ¿QUE HACER?

Bueno hay muchas estrategias que podemos usar, a continuación se ejemplifica las molestias más frecuentes.

Falta de apetito

- *Fraccionar las comidas. Comer 5 veces al día y con poco alimento.*
- *Preferir alimentos de fácil digestión como pollo o pescado en vez de res.*
- *Distraerse mientras come.*
- *Tomar mucho líquido para eliminar el sabor metálico.*
- *Condimentar a preferencia.*



Se llena pronto

- *Masticar más despacio.*
- *Preferir alimentos de fácil digestión. Evitar coles y refresco.*
- *Disminuir las grasas.*
- *Evitar ingerir líquidos mientras come.*



Acidez estomacal

- *Evitar alimentos fritos y salteados.*
- *Fraccionar las comidas.*
- *Evitar acostarse después de comer.*



- *Usar condimentos aromáticos con moderación.*

bienestar y el desempeño en los principales roles sociales y el manejo adecuado de los acontecimientos de la vida. La disminución de dicho apoyo puede explicar en parte el efecto negativo que el deterioro físico ejerce en el bienestar psicológico. La mala salud y el deterioro físico pueden reducir la capacidad de la paciente para mantenerse en contacto con los demás, entonces habrá menos contactos con la familia y los amigos. Es aquí donde no puede pensarse el apoyo familiar, reiterando que mejorara positivamente el estado de ánimo, entonces existirá un mayor bienestar y un menor riesgo de

depresión cuando se tenga la sensación de control sobre su propio entorno.

En resumen, las emociones positivas (como las generadas por el apoyo familiar) se asocian con pautas más saludables de buen funcionamiento fisiológico, mientras que las emociones negativas surten el efecto contrario.

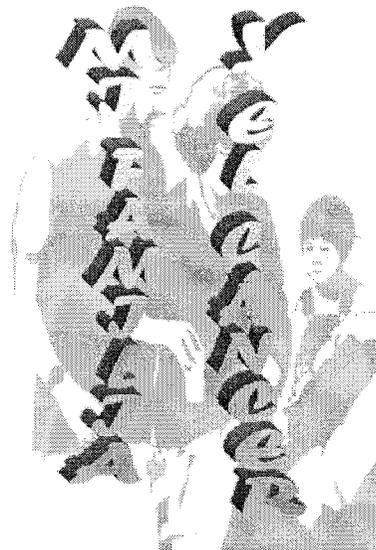


Hilda Araceli Hernández Dueñas
Joaquina Hernández Herrera
Noemí Trejo Vera
ASESORA: M.C.E MA DEL PILAR SOSA
ROSAS

Diseño de Investigación para Tesis
Nº de Registro SPEIFTID.05.2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA



La relación familiar es un pilar fundamental en la sobrevivencia de los pacientes con cáncer, ya que las relaciones influyen en la forma en que uno vive su existencia y cómo se siente con la experiencia.

La necesidad de tener un vínculo fraternal varía de persona a persona; los lazos que se establecen con los demás son una necesidad innata y esta necesidad también varía en función de las circunstancias; por ejemplo, suele aumentar el deseo de un individuo de estar con los demás, sobre todo con quienes enfrentan una amenaza tal como lo es el cáncer.

La familia es realmente un sistema de relaciones recíprocas, es en donde nace la necesidad de determinar si las respuestas emocionales propias son las adecuadas y la necesidad de apoyo emocional y palabras reconfortantes. Cuando una persona sufre un cambio también experimentarán un cambio quienes comparten roles y sus vidas están relacionadas.

La convivencia con los demás contribuye al desarrollo y mantenimiento de la salud ya que las relaciones pueden ofrecer

compañía o alguien en quien confiar, lo cual tiene un efecto positivo experimentando una sensación de bienestar, cuando la otra persona considera que le cuida y respeta y que le respaldaría y brindaría ayuda si fuera necesario.

Cuando se percibe apoyo en las relaciones estrechas, genera un autoconcepto más positivo, una mejor autoestima y una mejor aceptación de la situación de la paciente.

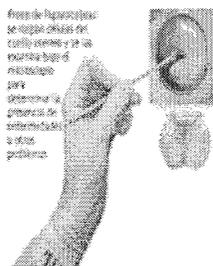
Tan solo el hecho de disponer de un apoyo emocional familiar, determina parcialmente el

Prevención

Una nueva vacuna para prevenir el cáncer de cuello uterino está disponible. La vacuna puede prevenir el cáncer de cuello uterino en sus etapas iniciales y las lesiones precancerosas.

El hecho de practicar relaciones sexuales con protección usando condones, también reduce el riesgo de contraer HPV y otras enfermedades de transmisión sexual. La infección con papilo virus humano causara verrugas genitales, las cuales pueden ser aporaz variables o de virus en desarrollo.

Para reducir o disminuir el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino, las mujeres deben limitar el número de parejas sexuales y evitar las parejas que portan papiloma y células de alto riesgo.



El hecho de practicar pruebas de papiloma colpos (diagnóstico) puede ayudar a detectar también precancerosos que pueden tratarse antes de que se conviertan en cáncer del cuello uterino.

Una prueba de Papani colpos, se deben iniciar cuando la mujer de su vida sexual empieza a tener, o en mujeres de 20 años que no son sexualmente activas. Si se obtienen resultados anormales, se debe llevar a cabo una colpos copia con biopsia.



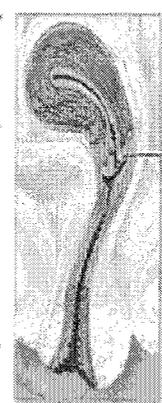
Si la persona fuma, debe suspenderlo, dado que el consumo de cigarrillo está asociado con un aumento del riesgo de cáncer del cuello uterino.

Hilda Araceli Hernández Dueñas
Joaquina Hernández Herrera
Noemí Trejo Vera
ASESORA: M.C.E MA DEL PILAR SOSA ROSAS

Diseño de Investigación para Tesis
Nº de Registro SPEIPTID.05.2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

reconstrucción



Cáncer cervical

Como su nombre indica, se sitúa en el cérvix uterino, porción inferior y estrecha del útero que desemboca en la vagina. En el lugar, las células del cérvix se malignizan originando el cáncer.

Causas y factores de riesgo

El desarrollo del cáncer de cuello uterino es muy lento y comienza como una lesión pre-invasiva llamada displasia, la cual se puede detectar por medio de una prueba de Papanicolaou y es 100% tratable. Por esta razón es tan importante que las mujeres se practiquen regularmente dicha prueba.

Casi todos los cánceres de cuello uterino son causados por el papilomavirus humano (HPV), un virus común que se transmite a través de las relaciones sexuales. Existen muchos tipos diferentes de HPV y muchos de ellos no causan problemas.

Otros factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino son:

- Inicio temprano de las relaciones sexuales
- Tener múltiples compañeros sexuales
- Relaciones sexuales que tengan múltiples compañeros sexuales o que participen en actividades sexuales de alto riesgo
- Mujeres cuyas madres tomaron durante el embarazo el medicamento diestilbutilo (por más de 5 años)
- Sistema inmunario débil
- Infecciones por herpes genital e infecciones crónicas por el hígado
- Nivel socioeconómico bajo que no les permite a las mujeres pagar las pruebas de Papanicolaou

Síntomas

La mayor parte del tiempo, el cáncer de cuello uterino no presenta síntomas. Cuando estos aparecen, pueden ser:

- Sangrado vaginal anormal, que puede ser palida, a causa, resaca, náuseas, sangrado entre de dos períodos
- Sangrado vaginal anormal entre períodos, después de la relación sexual o después de la menopausia
- Períodos menstruales más abundantes y que duran más de lo usual

Los síntomas del cáncer de cuello uterino avanzado comprenden:

- Pérdida del apetito
- Pérdida de peso
- Fatiga
- Dolor pélvico
- Dolor de espalda
- Dolor en las piernas
- Inflamación en una sola pierna
- Sangrado vaginal profuso
- Fuga o filtración de orina o heces por la vagina
- Fracturas óseas

Exámenes

Las pruebas de Papanicolaou detectan los pre-cánceres y el cáncer, pero no ofrecen el diagnóstico final. Si se encuentran células anormales, generalmente se examina el cuello uterino con una colposcopia. Durante este procedimiento, se realiza un frotamiento de tejido en forma química (biopsia), los cuales se envían al laboratorio para su análisis.

Tratamiento

En las etapas más tempranas, la enfermedad se puede curar con la extirpación o destrucción de los tejidos pre-invasivos o cancerosos.

Los tipos de cirugía para el cáncer de cuello uterino pueden comprender:

- LEEP (procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa) que utiliza electricidad para extirpar el tejido anormal
- Crioterapia que congela las células anormales
- Terapia con láser que utiliza luz para destruir el tejido anormal

Sin embargo, en los casos de enfermedad avanzada, puede realizarse una histerectomía radical. En la cirugía más extrema, se extirpan todos los órganos de la pelvis, incluidos la vejiga y el recto.

Es posible utilizar la radioterapia para tratar los casos en que el cáncer se ha diseminado más allá de la pelvis o el cáncer que ha vuelto a aparecer.

La quimioterapia utiliza medicamentos para destruir el cáncer.

Las estadísticas presentan tasas con completa certeza cuando se les hace un seguimiento y tratamiento apropiado, las tasas de supervivencia a 5 años (número de personas que vive durante al menos 5 años) para el cáncer que se ha diseminado al interior de las paredes del cuello uterino, pero no por fuera del área de este, es del 92%.

Es importante que, en la terminación de la actividad coital, la mujer haya vaciado la vejiga previamente para disminuir las molestias.

La falta de armonía en las relaciones íntimas de la pareja afecta negativamente a todos los demás aspectos de la relación interpersonal.

La solución de los conflictos conyugales no pueden estar basadas más que en la confianza mutua y el diálogo permanente.

Los sentimientos negativos deben ser alejados fuera del control de la razón, la falta de alegría, de manifestación de cariño, la apatía, la monotonía, vuelve la vida rutinaria y sin atractivo. El aburrimiento es uno de los peores enemigos del hombre, de la mujer y de la pareja.

El amor sin el sexo es algo frustrante y enfermizo, carece de la amorosidad esencial del hombre y la mujer que brinda paz y serenidad a la vida. Por otra parte, el sexo sin el amor es simplemente una función biológica que no lleva a una mutua tranquilidad que se necesita.

El secreto de hacer el amor con el mayor éxito radica en la pareja individual y en sus ansias, carentes de inhibidores para seguir experimentando. El hacer el amor de la misma forma durante mucho tiempo y más al ser ésta rechazando después del tratamiento, muy pronto se cansarán y desistirá de esta necesidad por carecer de imaginación. No resulta exagerado decir que el cambio de posición condiluye las especies de amor.



Besar todas las partes del cuerpo de manera apropiada constituye una materia relativamente simple pero impactante, hay que distinguir entre cada clase de beso, un beso profundo puede ser excitante, uno inspirado puede llevarnos a la luna y uno erótico relajarnos hasta el éxtasis, pero cualquiera de estas formas constituirán un auténtico terremoto, existe otro el cual no inspira ni mueve nada y que con frecuencia en la vida marital monótona se da, es el aquel beso con una casi artificial presión mutua de labios. Un beso apasionado conditua incluso una revelación y hasta podrá ser más gratificador que un coto rutinario.

Es importante besar todas las partes del cuerpo, ya que en la mujer la sensibilidad se encuentra a flor de piel y el realizarlo correctamente, la mujer se sentirá más satisfecha aun sin llegar al coto propiamente.

El amor como las plantas, cuanto mejor se cuida, más crece y con mayor vitalidad. Los colores tórridos del verano, los fuertes vientos del otoño, las heladas del invierno, llegan inevitablemente, pero aunque los tallos se inclinen y las buena vitalidad, resistirán y se hacen más fuerte aun plantas sufran cambios, las que gozaban de.

La comunicación con el profesional de la salud con la usuaria es un factor importante a considerarse para ayudarles a enfrentar y superar las secuelas del tratamiento. Deben existir continuidad en la comunicación durante el proceso de la enfermedad hasta que se estabilice.

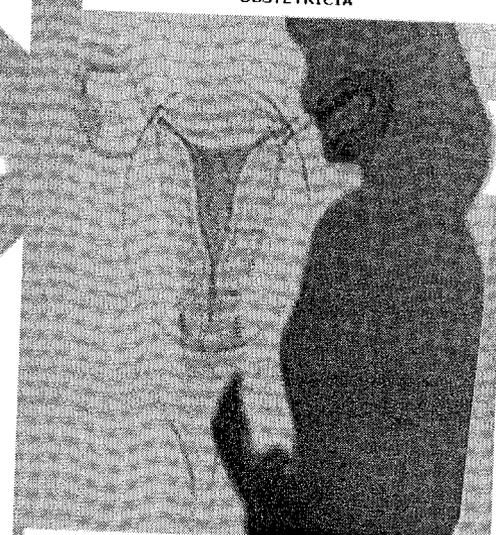


P.S.S.L.E.O. Milda Araceli Hernández Dueñas
P.S.S.L.E.O. Joaquina Hernández Herrera
P.S.S.L.E.O. Noemí Trejo Vera
Departamento de Investigación para la Salud
Número de Registro S.F.P.E. P.F.H. 062



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

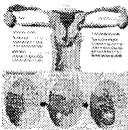
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA



**TRANSTORNOS
SEXUALES**

SEXUALIDAD

Una de las principales causas de muerte en las mujeres es el Cáncer Cervicouterino, problema ginecológico, que afecta principalmente el área sexual en pacientes con sobrevivencia de este padecimiento.



Dependiendo de la modalidad del tratamiento que se haya aplicado afectará el área afectiva y psicológica de la sexualidad, por ejemplo la cirugía por exenteración pélvica, las pacientes expresan el sentir de que "ya no son mujeres", "que se sienten huecas" entre otras cosas, causando el declive en las relaciones sexuales.

En un estudio realizado por Jensen y cols., señalan que las alteraciones sexuales más frecuentes en mujeres con Cáncer Cervicouterino son la ausencia o falta de libido, falta de lubricación vaginal, dispareunia, disconformidad con la vida sexual, estrechez vaginal, autoestima baja e impedimentos físicos aunados a la enfermedad.

Este plan de cuidados contiene una serie de principios generales para su prevención y tratamiento que será necesario tomarlos en cuenta si se quiere superar este trastorno, ya que el reinicio de la actividad sexual después del tratamiento cualquiera que haya sido, es recordado por algunas mujeres como un evento psicológicamente traumático, ya que mencionan que se encontraban "emocionalmente desconectadas" por no haberlo hablado antes de reiniciar.

- En primer lugar es importante la comunicación, para que esta sea realmente eficaz, no se debe limitar la expresión de los aspectos relacionados con la sexualidad, principalmente la paciente debe de manifestar su sentir respecto a las relaciones sexuales ya que el compartirla con la pareja, este conocerá su punto de vista y ambos tomarán la decisión correcta, ya que ellos manifiestan "tener temor a causar algún dolor o daño físico" a su pareja y estas a su vez interpretan este comportamiento como "desinterés o rechazo" hacia ellas por que ya no son totalmente mujeres.



Seguir un régimen alimentario, equilibrado, variado y suficiente, rico en folatos y vitaminas E, B y C, ayudaran a estimular todas las funciones orgánicas y especialmente las nerviosas.

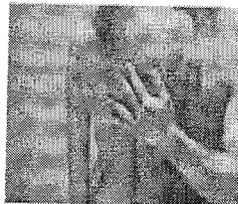
Si se está iniciando situaciones estresantes por esta situación se recomienda el realizar baños completos con la pareja, ejercicio físico al aire libre, paseos por el campo, montes o zonas no contaminadas, técnicas de relajación, masajes, esto fortalecerá el cuerpo y vigorizará la mente, cambiando así el estilo de vida, cultivando pensamientos positivos y fomentando la comunicación.

En muchos de los casos los trastornos sexuales se deben a desequilibrios hormonales aunados al tratamiento como ya anteriormente se ha descrito, manifestando así ausencia o falta de libido, falta de lubricación vaginal, dispareunia y/o estrechez vaginal, para tratarlos será necesario seguir 3 fases recomendadas por los sexólogos:

La 1ra. Es la ertización de la superficie corporal en la cual la mujer aprende o reaprende a valorar su cuerpo y considerarlo como uno de sus atractivos pero no el único, debe estar convencida que su cuerpo y su matriz no es una despreciable y única meta de la codicia y agresividad sexual del varón.

Debe sentirse a gusto con su cuerpo, aunque haya tenido alguna pérdida o tratamiento en él, modificándolo.

Para evitar las reacciones de defensa, el compañero renunciará por un tiempo al coito y se limitará a las caricias extragenitales por todo el cuerpo, sin llegar a tocar órganos sexuales femeninos, haciendo el uso de la "sensibilidad táctil". Toda esta fase de caricias, que no conducen al coito, y su repercusión psicosomática, hace sentir a la mujer el cariño desinteresado de su compañero, con lo cual ella se mostrará favorable y dispuesta a repetir la experiencia y a continuarla hacia su desenlace natural.



La 2da. Es la toma de conciencia de la reactividad genital, en la cual la mujer empieza a percibir las reacciones de su vagina, que se humedece como preparación automática para la penetración, se le debe comunicar a la pareja para que el realice una prueba acariciando los órganos vulvares, en especial el clítoris con sumo cuidado, delicadamente para no provocar una reacción negativa, y así poco a poco proseguir así adentro hasta conseguir una reacción orgásmica, si por el momento intentar una penetración con el pene.

Y la tercera la erotización vaginal, es el llegar a aceptar la penetración con el pene, en donde la mujer le resulte fácil el tomar la iniciativa, bien sea estimulando la continuación de la acción del compañero, frenándola o deteniéndola, en ningún caso se colocará o comportará de manera que ella se sienta agobiada u obligada.



LA DISPAREUNIA

La Dispareunia, o dolor en algún momento del coito, puede afectar a la mujer tanto al comienzo de la penetración como durante la misma. Conocida también como Coitalgia, las causas suelen ser, generalmente, orgánicas, ya sea por enfermedad o por características físicas de su aparato reproductor.

Cuando se tiene la certeza de que el dolor no viene provocado por ninguna causa orgánica, si no por el reinicio de la actividad sexual después del tratamiento, la mujer debe darse cuenta de que el miedo es el peor enemigo. Para vencerlo conviene que ambos conozcan la anatomía femenina, ya que la vagina puede admitir un pene de cualquier calibre y principalmente para que la mujer conozca su cuerpo y conozca el procedimiento que le realizó, caso en particular de la Histerectomía.

Para ir disminuyendo el miedo de ambas partes uno por el hecho de que lastime y la otra a ser lastimada. Se debe empezar introduciendo una cánula fina (anema) o un dedo previamente lubricado, se puede seguir aumentando el calibre del objeto y siempre con sumo cuidado e higiene para evitar posibles lesiones, pero siempre con una amplia comunicación.

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adenocarcinoma: Neoplasia perteneciente a un gran grupo de tumores epiteliales malignos que tiene su localización en glándulas. Los tumores específicos se diagnostican y denominan mediante la identificación citológica del tejido afectado.

Biopsia: la extracción de una muestra de tejido para determinar la presencia de células cancerosas. Hay varios tipos de biopsias. En algunas de ellas se utiliza una aguja muy fina para extraer líquido y células de una masa o protuberancia. En una **biopsia de núcleo** se usa una aguja más grande para extraer más tejido.

Braquiterapia: tratamiento de radiación interna que se administra mediante la colocación de material radiactivo directamente dentro del tumor o cerca de éste. Se le llama también **terapia de radiación intersticial** o **implantación de semillas**.

Cáncer: el cáncer no es una sola enfermedad sino más bien un *grupo* de enfermedades. El cáncer hace que las células del cuerpo cambien y crezcan sin control. La mayoría de los tipos de células cancerosas forman una protuberancia o masa llamada **tumor**, que puede invadir y destruir los tejidos sanos. Las células del tumor pueden desprenderse y trasladarse a otras partes del cuerpo. Allí pueden continuar su crecimiento. A este proceso de propagación se le llama **metástasis**. Cuando el cáncer se propaga, mantiene el nombre de la parte del cuerpo en la cual se originó. Por ejemplo, si el cáncer del seno se propaga a los pulmones, sigue siendo cáncer del seno y no cáncer

del pulmón. Algunos cánceres, como los de la sangre, no forman tumores. A un tumor que no es cáncer se le llama *benigno*. Otra palabra para tumor canceroso es **maligno**.

Cáncer invasivo: cáncer que se ha propagado más allá de la capa de células donde se originó por primera vez para afectar a los tejidos adyacentes.

Cáncer localizado: cáncer que está confinado al lugar donde se inició; es decir, no se ha propagado a partes distantes del cuerpo.

Cansancio relacionado con el cáncer: sensación inusual y persistente de cansancio que puede ocurrir con el cáncer o tratamientos contra el cáncer. Puede ser abrumador, durar un largo tiempo e interferir con la vida diaria. El descanso no siempre lo alivia.

Carcinoma: Neoplasia epitelial maligna que tiene a invadir los tejidos circundantes y a metastizar en regiones distantes del organismo. Con consistencia dura de contornos irregulares y nodulares y con un borde bien definido.

Carcinoma cervical: Neoplasia maligna de cuello del útero que constituye una de las formas frecuentes del cáncer.

Carcinoma de células basales: cáncer de la piel no-melanoma más común. Se origina en la capa más profunda de la epidermis, llamada la capa de células basales. Por lo general se origina en áreas expuestas al sol, especialmente la cabeza y el cuello. El cáncer de células basales crece lentamente y es poco probable que se propague a partes distantes del cuerpo.

Carcinoma de células escamosas: cáncer que se origina en las células no glandulares, por ejemplo, la piel.

Carcinoma in situ: etapa temprana del cáncer, en la cual el tumor está confinado al órgano donde se originó por primera vez. La enfermedad no se ha extendido a otras partes del órgano ni se ha propagado a zonas del cuerpo distantes. La mayoría de los carcinomas *in situ* tienen grandes posibilidades de ser curables.

Célula cancerosa: una célula que se divide y reproduce en forma anormal y tiene el potencial de propagarse a través del cuerpo, desplazando a las células y tejidos normales.

Citología: rama de la ciencia que estudia la estructura y función de las células. También se refiere a las pruebas para diagnosticar el cáncer y otras enfermedades mediante el examen de las células bajo el microscopio.

Clasificación por etapas (estadios): el proceso de determinar si el cáncer se ha propagado y, de ser así, hasta dónde. Hay más de un sistema de clasificación por etapas. El sistema TNM, que se describe a continuación, se usa con frecuencia. El TNM para la clasificación por etapas proporciona tres piezas claves de información: la t se refiere al tamaño del tumor, la n describe hasta dónde se ha propagado el cáncer en los ganglios linfáticos cercanos, la m indica si el cáncer se ha propagado (ha hecho metástasis) a otros órganos del cuerpo. Las letras o números después de la t, n y m proporcionan más detalles acerca de cada uno de estos factores. Para aclarar algo más esta información, las descripciones tnm se pueden agrupar en un conjunto de

etapas más sencillas, identificadas con números romanos. Por lo general, mientras más bajo es el número, menos se ha propagado el cáncer. Un número más alto indica un cáncer más grave.

Crioablación: uso de frío extremo para congelar y destruir las células

Diferenciación: el proceso normal a través del cual las células maduran de tal manera que pueden realizar las funciones que les corresponden. Las células cancerosas son menos diferenciadas que las células normales. La clasificación por etapas se lleva a cabo para evaluar e informar el grado de diferenciación de un cáncer.

Displasia: desarrollo anormal del tejido.

Dolor anticipado - la profunda angustia emocional que ocurre cuando alguien padece una enfermedad prolongada y a menudo tanto el paciente como la familia espera la muerte. El dolor anticipado puede ser tan doloroso y estresante como el fallecimiento mismo de la persona.

Duelo - tristeza y soledad por la pérdida o muerte de un ser querido.

Dosis de radiación: cantidad de radiación que recibe un objeto (por ejemplo, el tejido humano). Se usan varias unidades para describir las dosis de radiación:

- **Rad:** unidad básica de la cantidad de radiación transferida a un objeto. Para esta medida no se toma en cuenta el tipo de radiación, lo que puede influenciar el efecto en los diferentes tejidos del cuerpo. El rad

está siendo reemplazado en gran medida por el gray (vea a continuación).

- **Gray** (gy): unidad de medida internacional más reciente de transferencia de radiación. Un gray equivale a 100 rads (por lo tanto, un rad equivale a un centigray [cgy]).
- **Rem** ("roentgen equivalent man"): unidad básica de exposición a la radiación, que se basa tanto en la dosis como en el tipo de radiación. Debido a esto, se usa con más frecuencia que el rad para describir la exposición a la radiación. Generalmente se reporta en unidades de milirem (mrem), que equivale a una milésima parte de un rem. Algunas veces se está reemplazando el rem por el sievert (vea a continuación).
- **Sievert** (sv): unidad de medida internacional más reciente de la exposición a la radiación. Un sievert equivale a 100 rem. Generalmente se reporta en milisieverts (msv), que equivalen a milésimas de un sievert (o aproximadamente 1/10 de un rem).

Electrofulguración: tipo de tratamiento que destruye las células cancerosas quemándolas con corriente eléctrica.

Exenteración pélvica: cirugía destinada a extirpar los órganos que se encuentran en la pelvis.

Falso negativo: resultado de una prueba que implica que no existe un padecimiento cuando en realidad sí existe.

Falso positivo: resultado de una prueba que implica que existe un padecimiento cuando en realidad no existe.

Genes con susceptibilidad para el cáncer: genes (la unidad básica de la herencia) heredados de uno de los padres, que incrementan considerablemente el riesgo de una persona de contraer cáncer. Alrededor del 5% al 15% de todos los tipos de cáncer son causados por estos genes.

Genoma: el ADN total de una sola célula, lo que representa toda la información genética del organismo.

Hiperplasia: abundante crecimiento de células o tejido en un área específica.

Histerectomía: operación para extirpar el útero a través de una incisión en el abdomen o a través de la vagina. Se puede realizar la extirpación de los ovarios (ooforectomía) al mismo tiempo.

Implante radiactivo: una fuente de altas dosis de radiación que se coloca directamente dentro o alrededor de un tumor para destruir las células cancerosas. Vea también *braquiterapia*.

In situ: en el lugar; localizado y confinado en un área. Una de las primeras etapas del cáncer.

Inmunología: estudio de la forma en la que el cuerpo hace resistencia a las infecciones y a ciertas otras enfermedades. El conocimiento obtenido en este campo es importante para los tratamientos del cáncer basados en los principios de la inmunología.

Inmunosupresión: estado en el cual disminuye la capacidad de respuesta del sistema inmunológico del cuerpo. Esta condición puede estar presente al nacer o puede ser causada por ciertas infecciones (tales como el virus de

inmunodeficiencia humano o vih) o por ciertas terapias contra el cáncer, tales como los medicamentos para destruir las células cancerosas (citotóxicos), la radiación y el trasplante de médula ósea.

Inmunoterapia: tratamientos que promueven o apoyan la respuesta del sistema inmunológico del cuerpo a una enfermedad tal como el cáncer.

Interferón: proteína producida por las células. El interferón ayuda a regular el sistema inmunológico del cuerpo, reforzando la actividad cuando se detecta una amenaza como, por ejemplo, un virus. Los científicos han aprendido que el interferón ayuda en la lucha contra el cáncer, por lo tanto, se usa para tratar algunos tipos de cáncer.

Metástasis: Proceso por el que las células tumorales se diseminan hacia partes distantes del organismo. Puesto que los tumores malignos no tienen cápsulas las células pueden escapar, convertirse en émbolos y ser transportadas por la circulación linfática o la sanguínea para implantarse en los ganglios y en otros órganos distantes del tumor primario.

Neoplasia: Crecimiento anormal de un tejido nuevo, benigno maligno.

Neoplasia maligna: Tumor que tiene a crecer, invadir y metastatizar, con forma irregular y compuesto por células poco diferenciadas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COFER, C. N. Psicología de la motivación. Teoría e investigación. Ed. Trillas. 5ª ed. México, 1979.pp. 419-432

COLS y Arrans. Manual de psicooncología. Ed. Nava Sidonia Oncología. Madrid, 2000. pp, 21-38 137-170, 225-250.

COOPER ,Cary, L.. Estrés y cáncer. Ed. Díaz Santos. Madrid, 1986. pp 1-54

DIAZ Martinez Alejandro, Antología de la Sexualidad Tomo III Ed. Porrúa. México, 1998 Pag.601-604, 617-619

DULANTO Gutiérrez, Enrique. La familia un espacio de encuentro y crecimiento para todos. Editores de Textos Mexicanos. México 2004. pp.67-79, 471-476, 477-483

FAST, Julius. El lenguaje del cuerpo. Ed. Kairos. Barcelona, España. 1995. pp23-35

GUIRAO-GORIS J.A. La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. Educare2/2003;2

HANSEN Lemme, Barbara. Generalidades de las relaciones sociales. Desarrollo en la edad adulta. Ed. Manual Moderno. México, 2003. pp.200-209, 420-429, 458-467

JACK, H Medalie. Muerte y la agonía. Medicina Familiar Principios y Prácticas. Ed. Limusa. Cleveland Ohio, 1987. pp263-265

JOHNSTON, Jony E. Por que no me gusto. Como dejar de preocuparnos por nuestro aspecto físico. Ed. Paidos. Madrid, 1996. pp35-47

LORRAINE, Sher. Agonía, muerte y duelo. Ed. Manual Moderno. 2ª Ed. México, 1992.pp223-238

MACIAS, Raymundo. Funciones psicosociales de la Familia, Antología de la Sexualidad Tomo II Ed. Porrúa, México,1998. pp.178-194.

MONTES, Luz Maria, et al. Calidad de vida en Mujeres con cáncer Cervico-Uterino. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia, 2006;71(2). Pag.129-134.

NORMA OFICIAL MEXICANA, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer Cervico-uterino. (6 de Marzo de 1998)

NUTBEAM, Don; Glosario "Promoción de la Salud", Organización Mundial de la Salud, Ginebra Pág.28-29.

O'CONOR Nancy. Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo. Ed. Trillas. 5ª ed. México, 1999. pp. 112-166

PEREZ Fernández, Celia. Factores emocionales y sexuales. Antología de la sexualidad humana. Ed. Miguel Angel Porrúa. 2ª ed. México, 1998. pp. 601-608, 617-619

POLIT, Dense F; et al, Investigación Científica en Ciencias de la Salud, McGraw-Hill Internacional. México. pág. 29-30

SECIN, Diep Ricardo, et al Antología de la Sexualidad. Tomo III Edit. Porrúa México 1998 Pag.623-637, 649-651

TAMAYO, Mario. El proceso de la investigación científica. Ed. Limusa, Noriega México Pág. 177-182.

VELARDE, Jurado Elizabeth, et al. Evaluación de la calidad de vida. Artículo de Revista "Salud Publica de México/ vol.44 No.4 Julio- Agosto, 2002. pp.349-361

En Internet:

<http://enfermería21.com/educare/educare02/aprendiendo/aprendiendo2.htm>.

http://scielo-mx.bvs.br/scielo.php?pid=S0300-90006&script=sci_arttext

http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_2_1x_Glosario_A-I.asp

<http://www.tusalud.com.mx>

<http://www.cancer.gov/espanol/vida-despues-del-tratamiento/page6>