



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

“INTERVENCIÓN TANATOLÓGICA DEL PACIENTE CON CÁNCER”

INFORME PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA PRESENTA:

YAHIEL MARÍA DE LOURDES LEGUEL BALCELLS

DIRECTORA

DOCTORA MARIANA GUTIÉRREZ LARA



CIUDAD DE MÉXICO  
FEBRERO DE 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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

He tenido muchos cómplices en el camino de la realización de mis sueños, mencionar a todos aquellos con los que he coincidido y que me han enseñado o aportado algo es imposible, pero el día de hoy quiero hablar de esos cómplices constantes aquellos que siempre están ahí para prestarme sus alas cuando a las mías se les olvida como volar.

-Agradezco a mi Creador que sin su magia y luz nada de esto sería posible.

-A mi mamá que me ha acompañado incondicionalmente y que su luz es tan grande que alumbra cada día de mí existir. Gracias por todo.

-A mi Abuelito Germán quien me formó, me educó y me enseñó todo lo que soy.

-A Malicha Santa Cruz, mi ángel incondicional que ha creído en mí y me ha ayudado a construir mi camino.

-A Vladimir que camina de mi mano, impulsándome a ser mejor cada día. Te amo.

-A mi familia Leguel, mi familia de sangre, mis tías, tíos, primos, primas, por los lazos, el amor y lo mucho compartido.

-A mi padre por ser un gran maestro y a mi hermano Gabriel por estar ahí.

-A aquellos amigos que se han convertido en mi familia.

-A la familia Domínguez Rodríguez por aceptarme.

-A mis maestros y guías por todo el aprendizaje recibido y por ser pilares en mi formación.

-A Gina por ayudarme a encender la luz que alumbra mi camino.

-A Carlos Gutiérrez de Aquino por las cartucheras.

-A mis hijas e hijo de cuatro patas por su compañía y sus granitos de paz.

-A la Doctora Gutiérrez Lara por su paciencia, apoyo y asesoría en la realización de este Informe Profesional de Servicio Social.

-A mis revisoras y sinodales, Mtra. Guadalupe Medina, Mtra. Lilia Joya, Mtra. Gabriela Romero por creer en mí proyecto.

-A lo largo de la carrera conté con el apoyo de muchos profesores pero quiero dedicar un agradecimiento especial al profesor Mario Pérez Zuviri, a la profesora Irma Russek Díaz y a la profesora Teresa Gutiérrez Alanis por toda su ayuda y guía.

-A la Doctora Adriana Solís por todas sus enseñanzas.

-A los pacientes que me compartieron sus vivencias y que me enseñaron más de lo que pueden imaginar.

-A todos aquellos que han dejado con su paso enseñanzas y que son cómplices de que hoy, me encuentre aquí.

-Y por último le dedico este trabajo a la muerte que me ha enseñado a valorar la vida.

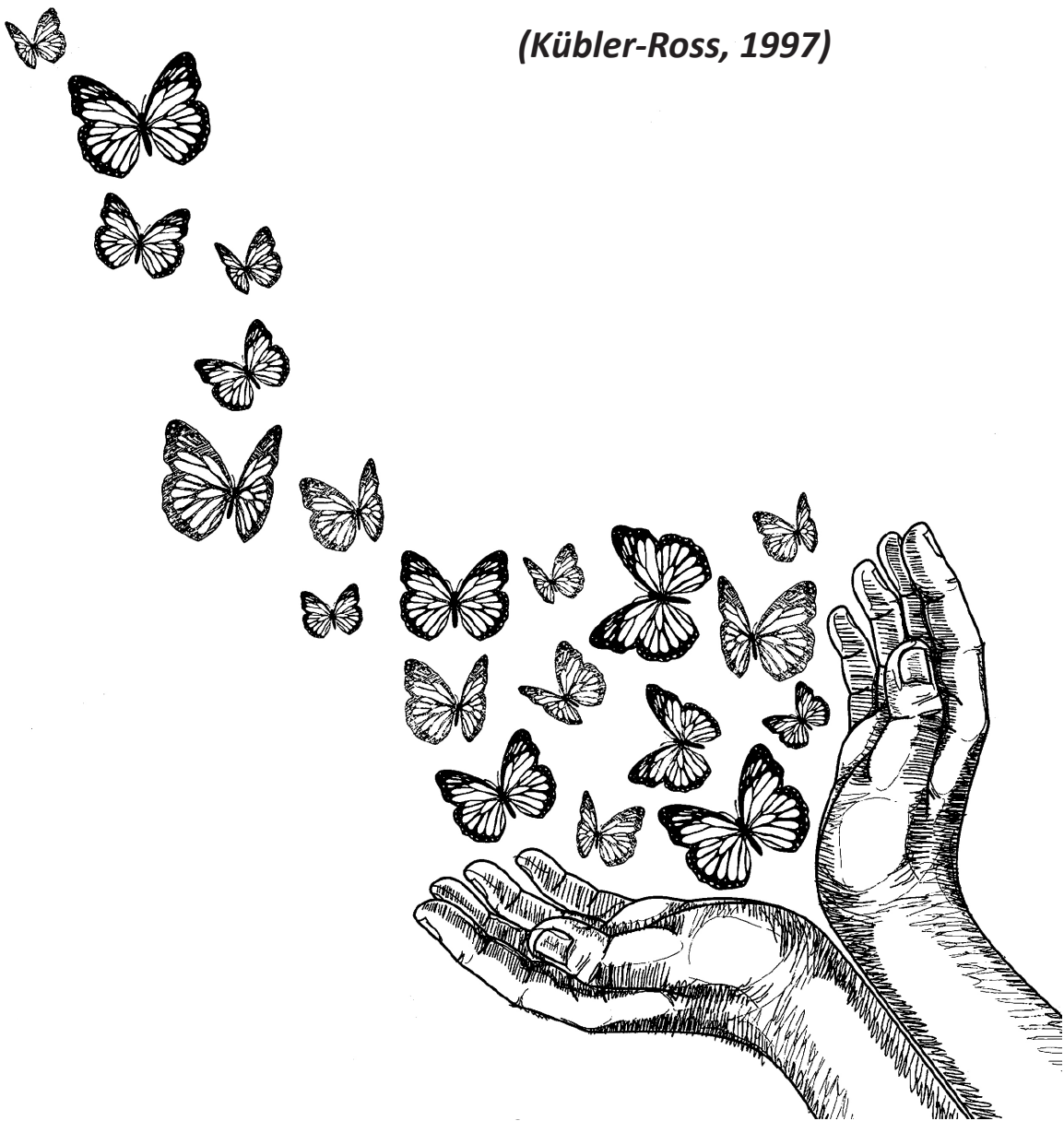
## ÍNDICE

Resumen	6
I.-Datos Generales del programa del Servicio Social	7
1.1.-Objetivos del Programa	7
II.-Contexto de la institución y del Programa donde se realizó el Servicio Social	8
2.1.- Unidad 111 Servicio de Oncología	9
III.-Descripción de actividades realizadas en el Servicio Social	13
3.1.- Fase 1	13
3.2.- Fase 2	15
3.3.- Fase 3	21
3.4.- Fase 4	29
3.5.- Fase 5	29
IV.-Objetivos del Informe de Servicio Social	30
V.-Soporte teórico metodológico	31
5.1.- La Salud y la enfermedad	31
5.2.- Modelo biomédico de la enfermedad	34
5.3.- Modelo biopsicosocial de la enfermedad	35
5.4.- El Cáncer	38
5.5.- Psiconeuroinmunoendocrinología y cáncer	42
5.6.- El cáncer y sus implicaciones tanatológicas	44
5.7.- La Muerte y la tanatología	46
5.8.- La concepción cultural y religiosa de la muerte	48
5.9.- Concepciones filosóficas y psicológicas de la muerte	52
5.10.- La muerte como enseñanza de vida	55
5.11.- La muerte y el duelo	56
5.12.- Aspectos a considerar dentro del trabajo tanatológico	61

VI.-Resultados Obtenidos	64
6.1.- Fase 1	64
6.2.- Fase 2	65
6.3.- Fase 3	66
6.4.- Fase 4	72
6.5.- Fase 5	73
VII.-Recomendaciones y/o sugerencias	74
VIII.-Propuesta	78
8.1.- Etapa 1	79
8.2.- Etapa 2	81
IX.-Referencias	107
X.-Apéndices o anexos	115

***“Morir no es algo que haya que temer; puede ser la experiencia más maravillosa de la vida. Todo depende de cómo hemos vivido.”***

***(Kübler-Ross, 1997)***



## RESUMEN

Más que un acontecimiento aislado, tener cáncer es una serie de acontecimientos estresantes que se relacionan. La adaptación al cáncer no es un evento único, sino una serie de conductas constantes y permanentes que permiten al sujeto ir cumpliendo con las múltiples tareas asociadas a la vida con cáncer.

Los pacientes con cáncer tienen una gran necesidad de información, deben tomar decisiones importantes respecto a los tratamientos y a su vida. Se cuestionan constantemente el porqué de su enfermedad y tratan de salir adelante con emociones encontradas asociadas al miedo a la muerte y a la vida con cáncer.

La intervención tanatológica tiene varias funciones, por un lado, está dirigida a aclarar información acerca de la enfermedad, a ayudar al paciente a buscar fuentes confiables acerca de las opciones que dispone, también proporciona ayuda para comprender los tratamientos, sus efectos secundarios y su eficacia. Ayuda al paciente a anticipar situaciones y planear estrategias de afrontamiento para mejorar la adherencia a los tratamientos y la adaptación funcional a la enfermedad.

Por otro lado, la intervención tanatológica, ante el miedo natural a la muerte, tanto del enfermo como de sus seres queridos, busca proporcionar al hombre que morirá una muerte digna, apropiada, apoyándolo para aminorar el sufrimiento, lograr una buena relación con las personas significativas, resolver conflictos y comprender sus limitaciones físicas en su entorno personal, familiar y social.

En el presente reporte se analiza la experiencia profesional dentro del Laboratorio de Investigación en Psicopatología Infanto-juvenil de la Facultad de Psicología, UNAM. En donde como prestadora de Servicio Social participé en el programa *“El uso de estrategias de regulación emocional en pacientes con cáncer”* en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. Y realicé una propuesta de Intervención tanatológica de acuerdo a lo vivido y aprendido como Psicóloga dentro del Hospital.

## **I.- DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL**

Realicé el Servicio dentro de la Facultad de Psicología en el Laboratorio de Investigación en Psicopatología Infanto-juvenil a cargo de la Dra. Laura Hernández Guzmán, que además de ser docente en la Facultad, se dedica a la investigación.

La investigación en la que participé se llama *“El uso de estrategias de regulación emocional en pacientes con cáncer”* y busca encontrar una relación entre los procesos cognitivos y afectivos que se viven, como la regulación emocional, el afecto positivo y negativo y los sucesos de vida, con el desarrollo del cáncer como enfermedad. Esta investigación se desarrolló en dos escenarios, la parte teórica dentro del laboratorio y la parte de investigación práctica en el Unidad 111 de oncología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

### **1.1.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA**

1.- El programa tiene el propósito de indagar si existe alguna asociación entre los sucesos de vida y el afecto negativo en el desarrollo del cáncer, además plantea la búsqueda del efecto mediador de la regulación emocional en la asociación antes mencionada.

2.- Busca indagar si existe diferencia en el uso de estrategias de regulación emocional entre pacientes con cáncer y personas sin algún diagnóstico.



## II.- CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

La historia del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, es muy antigua se remonta a épocas del Porfiriato ya que éste fue inaugurado el 5 de febrero de 1905 por el Presidente Porfirio Díaz, con la presencia del Dr. Liceaga y su primer director, el Dr. Fernando López. La Institución desde sus inicios, funcionó como establecimiento de beneficencia a cargo del Poder Ejecutivo de la Secretaría de Estado y Gobernación para la asistencia gratuita de enfermos indigentes sin importar edad, sexo, raza, nacionalidad ni creencias religiosas, principios que a la fecha perduran y motivan el trabajo que se desarrolla en el Hospital.

En 1906, el Hospital comienza su historia como parte fundamental en la formación de profesionales en la salud en México al establecer la primer Escuela de Enfermería del país, inaugurada formalmente el 3 de octubre de 1906.

Durante la década de los sesentas, el hospital recibió por primera vez recursos para su remodelación, logrando con esto mantener el nivel de excelencia en el servicio que le caracterizaba hacia sus usuarios. Fue en el temblor de 1985 que el hospital sufrió varios derrumbes y tuvo que ser remodelado, y es hasta la fecha que el hospital tiene mejoras y remodelaciones como la reciente inauguración de una nueva torre de quirófanos (Huitrón, 2014).



(Anónimo, 1908, [Fotografía] Recuperado de <http://funsalud.org.mx/portal/designaciones-junta-de-gobierno-hospital-general-de-mexico-dr-eduardo-liceaga/>)

## **MISIÓN**

Hospital Regional de la zona centro del país que proporciona servicios de salud de alta especialidad con gran calidad y calidez, en las especialidades médicas, quirúrgicas y de apoyo al diagnóstico y tratamiento, por lo que tiene el reconocimiento de la sociedad mexicana. Hospital formador de recursos humanos de excelencia para la salud del país y a nivel internacional. Realiza investigación de alto nivel cuyos resultados se difunden en publicaciones científicas de impacto internacional, se preocupa por sus recursos humanos capacitándolos formando equipos como una necesidad de las actividades humanas.

## **VISIÓN**

Ser un centro hospitalario con reconocimiento nacional y de referencia internacional, generador de modelos de atención en las especialidades médicas, en la enseñanza de la medicina y en proyectos de investigación con alto rigor científico. Participante en las políticas sectoriales, principalmente en el Seguro Popular y del Fondo Directo de Gastos Catastróficos en Salud y apoyando la formación de recursos humanos de alta calidad y de modelos de atención a la salud, que impacte en los indicadores básicos de salud, con aportaciones para la disminución de los problemas relacionados con el rezago social y que propicie el ataque oportuno a los factores casuales de los problemas emergentes, debiéndose mantener a la vanguardia (*Huitrón, 2013*).

### **2.1.-UNIDAD 111 - SERVICIO DE ONCOLOGÍA**

En el Manual de organización del Servicio de oncología del Hospital General de México dice que el Servicio de oncología brinda atención médica-quirúrgica, radioterapia y quimioterapia a pacientes con tumores. Su historia comienza desde 1920 cuando se da por primera vez atención a pacientes con padecimientos malignos dentro del Hospital General de México, dando lugar así al servicio de oncología.

En 1939 el Dr. Ignacio Millán, funda el primer Servicio de Cancerología (Pabellón 13) del país. En los siguientes lustros se suman los esfuerzos de los Doctores Guillermo Montaña Islas, Horacio Salce Torres y José Manuel Velasco Arce, quienes sentaron las bases de la Oncología Médica, Quirúrgica y de Radioterapia creando otros servicios de la especialidad y

una escuela que ha sido prototipo para muchas generaciones de Médicos Oncólogos. En el transcurso de los años 70's la Unidad de Quimioterapia empezó a funcionar con una bomba de infusión, diez años después se implementó el banco de medicamentos. En 1984 se funda la Unidad de Prótesis Maxilofacial y en 1992 el Departamento de Psicología Oncológica. Como en otras partes del mundo, también en el Hospital General de México se experimentó la transición tecnológica de la Radioterapia.

El Servicio de Oncología integra a un grupo de especialistas dedicados al diagnóstico oportuno, así como el tratamiento adecuado de las enfermedades malignas que afectan a cualquier órgano del cuerpo.

Este Servicio actualmente representa uno de los servicios más importantes de la Ciudad de México y del País para la atención de los pacientes no derechohabientes, pues en año 2015 se atendieron 2,500 nuevos casos de pacientes con cáncer, se proporcionaron 70,927 consultas, se recibieron en hospitalización a 3,985 pacientes, se aplicaron 40 mil sesiones de Radioterapia y 30 mil de Quimioterapia, se realizaron 1,800 cirugías mayores y 800 cirugías menores (*Manual de organización del Servicio de oncología, Hospital General de México, 2015*).

## **MISIÓN**

Brindar atención médica especializada enfocada en la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los padecimientos tumorales y sus complicaciones, así como de las distintas enfermedades sistémicas que resultan como consecuencia de ellos, evitando en lo posible la aparición de secuelas permanentes que disminuyan la calidad de vida de los pacientes, manteniendo niveles de satisfacción adecuados a través del trato eficiente, con calidad y calidez que brinda su personal médico, paramédico y administrativo, dentro del marco normativo institucional, cualidades que lo reconocen como pionero de la especialidad en el país, en lo asistencial, docente, de investigación y en la capacitación del personal médico y paramédico en las áreas de cirugía oncológica, quimioterapia, nutrición y radioterapia (*Manual de organización del Servicio de oncología, Hospital General de México, 2015*).

## VISIÓN

Ser el mejor centro de vanguardia asistencial tecnológica, docente y de investigación en el país, para ofrecer a todos los pacientes oncológicos un servicio multidisciplinario e integral con personal médico y paramédico especializado y una atención médica eficiente, eficaz, con calidad y calidez.

Los problemas de salud que atiende son:

1) Diagnóstico y tratamiento de lesiones pre-malignas.

2) Diagnóstico oportuno de:

-Cáncer de máma.

-Cáncer de cuello uterino y ovario.

-Cáncer de estómago, colon y recto.

-Cáncer de testículo y próstata.

-Cáncer de tiroides y cavidad oral.

Las Unidades médicas terapéuticas y departamentos de apoyo diagnóstico son:

-Unidad de Tumores Mamarios.

-Unidad de Tumores de Cabeza y Cuello.

-Unidad de Tumores Mixtos.

-Unidad de Tumores Ginecológicos.

-Unidad de Radio Oncología.

-Unidad de Oncología Médica.

-Unidad de Prótesis Máxilo – Facial.

-Unidad de Colposcopia.

-Psico – Oncología.

-Cuidados Intensivos.

- Mastografía.
- Nutrición Clínica.
- Cuidados Paliativos.
- Tomografía y simulación.

Los principales estudios que se realizan en esta unidad son:

- Radiológico (Mastografía, tomografía axial computada y fibrolaringoscopias).
- Electrocardiogramas.
- Colposcopias.
- Endoscopías de tubo digestivo.
- Vías respiratorias altas.
- Toma de biopsias y citologías.

*(Manual de organización del Servicio de oncología, Hospital General de México, 2015).*

### **III.- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL**

Resumiré mi experiencia como psicóloga realizando el Servicio Social, donde toda la parte teórica se llevó a cabo en el Laboratorio de Investigación en Psicopatología Infanto-juvenil en la Facultad de Psicología UNAM, la parte práctica se realizó en la Unidad 111 de oncología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

Las principales actividades que se realizan dentro del laboratorio, es el apoyo a la investigación de jóvenes tesistas, mediante servicios sociales integrativos, además de la capacitación, enseñanza y promoción de la Psicología. Estas actividades se realizaron en las siguientes fases:

#### **3.1.-Fase 1**

##### **Capacitación y Seminarios**

Cuando ingresé al laboratorio recibí una capacitación mediante diversos seminarios, los cuales se realizaban los días martes y jueves de 9am a 1pm y eran impartidos por compañeros egresados, psicólogos o profesionales del tema, invitados y en ocasiones por los mismos compañeros prestadores del servicio social u otros tesistas del laboratorio. Cada tema visto en el seminario se complementaba con un trabajo de investigación, elaboración de cuadros sinópticos y aplicación de cuestionarios de evaluación.

Los temas que se desarrollaron en cada seminario de capacitación en orden cronológico fueron:

1.- **Cáncer** (Epidemiología, factores de riesgo y de protección, inicio y/o progresión de la enfermedad, niveles de gravedad). Para poder trabajar con pacientes con cáncer primero es necesario comprender la parte fisiológica de la enfermedad, así como conocer el lenguaje médico de esta. La primera parte de la capacitación consistió en conocer y comprender el cáncer, es por eso que se abordaron los siguientes temas:

- ¿Qué es el cáncer?
- ¿Qué es un tumor, qué tipos de tumores hay y cuáles son sus grados?
- ¿Cuáles con los tipos de cáncer?

-¿Por qué se desarrolla el cáncer? (Causas)

-Niveles de gravedad del cáncer.

-Principales tratamientos para el cáncer.

2. - **Psicología de la Salud.** Los temas estudiados fueron:

-Proceso salud-enfermedad.

-Modelos de la enfermedad.

-Quehacer del psicólogo en el hospital.

-Ambiente hospitalario.

-La psicología de la salud.

-Prevención y promoción de salud.

-Modelos de prevención.

-Modelo de Creencias en Salud.

-Psicología positiva.

-Psiconeuroinmunoendocrinología.

3.- **Psicooncología.** Consistió en una capacitación en la que la psicología de la salud se enfoca en atender a los pacientes afectados por cáncer y a sus familias. Estudia las relaciones entre variables biopsicosociales, el inicio y la progresión de la enfermedad oncológica. Aquí se abordaron temas como: Principios psicológicos en la enfermedad, conductas relacionadas con el cáncer, adaptación a la enfermedad, cuidadores primarios.

4. - **Preparación tanatológica.** La tanatología es la ciencia que estudia los procesos de muerte, aquí se estudió la muerte y la preparación del paciente para el bien morir y preparación de la familia para la despedida.

5.- **Manejo de estrés.** Este seminario fue práctico pues se estudió el Perfil psicofisiológico y respiración diafragmática, se aprendió a tomar la presión con baumanómetro y a tomar los signos vitales para ver cómo estos se modifican con el estrés, se aprendieron técnicas de relajación como; el escaneo corporal y relajación muscular progresiva.

6.- **Preparación para abordar a los pacientes** Se trabajó con ejercicios de roll playing entre los compañeros prestadores del servicio social para de esta manera realizar críticas constructivas y poder mejorar la intervención en el escenario real.

7.- **SPSS.** Fue un seminario para conocer el manejo del programa para el análisis estadístico de los resultados del instrumento de evaluación.

Además de recibir capacitación, realicé capacitaciones a los nuevos integrantes del Servicio Social.

## **3.2.-Fase 2**

### **Elaboración de instrumentos**

Durante el Servicio Social trabajé en la elaboración de los instrumentos de evaluación que serán aplicados a los pacientes en el hospital, estos instrumentos son:

- **¿QUÉ COSAS ME HAN PASADO EN LA VIDA?** *Lucio y Durán (2003)*  
*Adaptación; Santiago y Hernández-Guzmán (2016).*

Un suceso de vida es cualquier experiencia, situación o acontecimiento que ocurre a un individuo, familia o comunidad que tiene el potencial de producir estrés, por lo que, dependiendo de las condiciones personales o contextuales del paciente, puede convertirse en un estresor (*Lucio & Durán, 2003*).

La evidencia indica que experiencias como maltrato físico, riñas familiares, divorcio de los padres, haber sido víctima de abuso sexual y dificultades económicas, entre otras, a menudo representan factores de riesgo para desarrollar una enfermedad.

Este instrumento es una adaptación del Cuestionario de Sucesos de Vida (*Lucio & Durán, 2003*) que se creó para obtener la evaluación de los sucesos de vida estresantes. Este es un instrumento de auto informe, compuesto por 129 reactivos y una pregunta abierta, que permiten evaluar los eventos de vida que las personas han atravesado en un periodo no mayor a un año en siete áreas de su vida:



**1.- Familiar:** Se refiere a sucesos que ocurren dentro de “la dinámica de la familia, tanto nuclear como extensa de la persona. Abarca también sucesos relacionados con la comunicación y formas de relacionamiento de los miembros que componen la familia de la persona. Explora sucesos tales como los divorcios, enfermedades, conflictos y problemas.” *(Lucio y Durán, 2003, citado por López, 2008).*

**2.- Social:** Hace alusión a sucesos que tienen que ver con las “pautas de la persona con otras personas fuera de su ambiente familiar y escolar/ laboral: Investiga los roles que ésta desempeña en los grupos” *(Lucio y Durán, 2003, citado por López, 2008).*

**3.- Personal:** Incluye los eventos que se relacionan con la “vida emocional y sexual de la persona, con sus pasatiempos, cambios físicos y psicológicos” *(Lucio y Durán, 2003, citado por López, 2008).*

**4.- Problemas de Conducta:** Comprende situaciones tocantes a problemas con las “autoridades y violación de normas, así como sus consecuencias.” *(Lucio y Durán, 2003, citado por López, 2008).*

**5.- Logros y fracasos:** Hace referencia al “alcance o no de metas de la persona en diferentes actividades y áreas de su vida, así como pérdidas materiales.” *(Lucio y Durán, 2003, citado por López, 2008).*

**6.- Salud:** Esta sección explora situaciones de la vida de la persona relacionadas con “sus hábitos e higiene personal y cómo éstos afectan su salud.” *(Lucio y Durán, 2003, citado por López, 2008).*

**7.- Escolar/Laboral:** Conciernen a sucesos de vida dentro del “contexto en el que se desenvuelve la persona, que tienen que ver con su desempeño, su relación con autoridades, compañeros y con cambios dentro del ámbito escolar/ laboral.” *(Lucio y Durán, 2003, citado por López, 2008).*

Estos reactivos se dividen en positivos y negativos, para responder a ellos se da cuatro posibilidades de respuestas:

- a) Cuando me sucedió y fue bueno.
- b) Cuando me sucedió y fue malo.
- c) Cuando me sucedió y fue indiferente.
- d) Cuando no me sucedió.

Se cuenta con un protocolo u hoja de respuestas por separado y para su interpretación se trabaja con el manual y para la corrección existen las plantillas (siete de acuerdo a cada área).

Aquellos puntajes que sobrepasen T 69 en sus escalas negativas deben ser considerados de riesgo ya que indicaría que la persona se ha encontrado expuesto a más sucesos estresantes de los esperados y que podría estar en riesgo de presentar, con mayor probabilidad, alguna alteración emocional en el área donde se esté reportando el puntaje elevado (*Lucio & Durán, 2003 citado por López, 2008*).

Hay que recalcar que son los sucesos negativos los que se consideran para determinar la posibilidad de riesgo o alteración ya que los sucesos positivos están aún en fase de experimentación, y hasta cierto punto, se requieren de mayores análisis para saber si se da entre ellos correlación.

En la adaptación para su aplicación en el piloteo el Instrumento de Sucesos de vida se compuso de 64 preguntas acerca de sucesos que abarcaban las áreas:

- Familiar.
- Personal (enfocándose en la vida sexual y eventos traumáticos).
- Social.
- Logros y fracasos (enfocándose principalmente en los duelos).
- Salud (enfocándose en síntomas depresivos, desgaste físico y salud en general).

Las posibilidades de respuesta se aumentaron a seis, siendo estas:

- Me ha pasado y me gustó mucho. Con valor 5.
- Me ha pasado y me gustó un poco. Con valor 4.
- Me ha pasado y me dio igual. Con valor 3.

- Me ha pasado y no me gusto. Con valor 2.
- Me ha pasado y para nada me gusto. Con valor 1.
- No me ha pasado. Con valor 0.

Se consideró que aquellos puntajes que sobrepasen T 64 deben ser considerados como un factor influyente en la relación entre sucesos de vida y desarrollo de la enfermedad.

**- ¿CÓMO ME HE SENTIDO Y EXPRESADO? ERQ/BEQ (Gross & John, 2003/1997)**  
*Adaptación y traducción: Zamudio y Hernández-Guzmán (en preparación).*

Este instrumento busca explorar el rol de la expresión emocional en el inicio y en la progresión del cáncer demostrando algún tipo de evidencia en términos de asociación entre la supresión de la expresión emocional y el cáncer.

Busca describir la frecuencia de uso de la supresión de la expresión emocional y del tipo de expresión emocional en pacientes diagnosticados con cáncer.

Gross, (1989) señala que ciertos modos específicos de manejar las emociones predisponen en mayor medida al inicio y progresión de la enfermedad.

La regulación emocional ha sido definida como la activación y utilización de determinadas estrategias que los individuos ponen en marcha para modificar el curso, la intensidad, la calidad, la duración y la expresión de las experiencias emocionales en pos del cumplimiento de objetivos individuales. (Garber & Dodge, 1991; Thompson, 1994; Gross, 1998; Cole, Martin, & Dennis, 2004; John & Gross, 2007; citado por Porro, M. L, Andrés, M. L. & Rodríguez-Espínola, S., 2012).

Este instrumento evalúa el uso de estrategias de regulación emocional, entre ellas la supresión de la expresión emocional. Se trata de un cuestionario de 10 afirmaciones con 7 opciones de respuesta en formato escala Likert que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo).

Se realizó una adaptación del instrumento al contexto de trabajo, que consistió en narrar en un formato coloquial las expresiones de algunos ítems.

Se unificaron el instrumento: Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) y Cuestionario de Expresividad de Berkeley (BEQ) de Gross & John, dando un total de 20 afirmaciones con 5 opciones de respuesta que son:

- Mucho.
- Bastante.
- Regular.
- Un poco.
- Muy poco o nada.

**- ¿CÓMO ME HE SENTIDO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS? PANAS-C** (*Laurent et al, 1999*)  
*Adaptación y traducción Bribiesca y Hernández-Guzmán (en preparación).*

El instrumento de Adaptación de la Escala de Afecto Positivo y Negativo mide dos dimensiones: la Afectividad o Emocionalidad Positiva (AP) y la Afectividad o Emocionalidad Negativa (AN).

El afecto positivo representa la dimensión de emocionalidad placentera, manifestada a través de motivación, energía, deseo de afiliación y sentimientos de dominio, logro o éxito. Las personas con alto afecto positivo suelen experimentar sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza. Se relaciona con la extroversión, el optimismo y la resiliencia. El afecto negativo representa la dimensión de emocionalidad displacentera y el malestar, manifestada por miedos, inhibiciones, inseguridades, frustración y fracaso. Las personas con alto afecto negativo suelen experimentar desinterés, aburrimiento, tristeza, culpa, angustia, vergüenza y envidia. Se relaciona con la sensibilidad temperamental ante estímulos negativos, labilidad vegetativa, estresores y ambientes desfavorables (*Clark et al., 2000, citado en Moral de la Rubia, 2011*).

Tradicionalmente, los estudios destinados a indagar la estructura subyacente de los estados afectivos, han reportado de manera reiterada la existencia de dos factores consistentes y relativamente independientes entre sí (*Watson et al., 1988*). Por un lado, la dimensión Afectividad Positiva, la cual refleja el grado en que una persona se siente entusiasmada, activa y alerta. Y por otro lado, la Afectividad Negativa, que se define como una dimensión general subjetiva displacentera que involucra un amplio rango de emociones

tales como miedo, enojo, congoja y nerviosismo. (Citado en Moriondo, M., Palma, P., Medrano, L. A. & Murillo, P., 2012).

Aunque la utilización de los términos positivo y negativo puede sugerir la existencia de dos factores opuestos y correlacionados inversamente entre sí, los hechos sugieren que la existencia de una estructura ortogonal e independiente entre los factores, representa mejor la relación entre ambas dimensiones de la afectividad. Vale decir, las dimensiones Positiva y Negativa son independientes entre sí, lo cual indicaría que elevadas puntuaciones en una escala no implicarían bajas puntuaciones en la otra. Sumado a ello, la literatura señala que las dimensiones AP y AN se encuentran vinculadas con diferentes tipos de variables. De esta manera, la AN (pero no la AP) se relaciona con altos niveles de estrés, pobre capacidad de afrontamiento y dolencias físicas. Por su parte, la AP (pero no la AN) se encuentra relacionada con una rica vida social y con altos niveles de satisfacción vital (Watson et al., 1988).

La versión final de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) de Watson et al. (1988), la cual consta de 20 palabras que describen distintos sentimientos y emociones, y donde el evaluado debe indicar utilizando una escala de cinco posiciones en qué medida experimenta cada una de dichas emociones (activo, fuerte, inspirado, por ejemplo).

En la adaptación del instrumento al contexto hospitalario se plantearon 15 palabras o frases que indican un estado de ánimo o emoción con 5 opciones de respuesta que son:

- Mucho.
- Bastante.
- Regular.
- Un poco.
- Muy poco o nada.

Estos instrumentos lo que buscan es medir acontecimientos importantes en la vida del paciente, regulación emocional y afecto positivo y negativo. Trabajé en la redacción de las preguntas para que éstas fueran más accesibles y fáciles de comprender por los pacientes, se llevó a cabo el piloteo y análisis de los instrumentos, se registró en una lista de chequeo las evaluaciones que los participantes efectuaban sobre los siguientes aspectos

formales de los instrumentos:

- 1) comprensión de los ítems,
- 2) comprensión de las opciones de respuesta,
- 3) comprensión de la codificación,
- 4) longitud del instrumento,
- 5) lenguaje y vocabulario utilizado,
- 6) ubicación de las preguntas y
- 7) facilidad y motivación para responder.

Además, realicé el diseño editorial de estos y diseñé el consentimiento informado y la historia clínica de los pacientes. Tras el piloteo realicé las correcciones y mejoría de los instrumentos.

También trabajé en la elaboración y diseño de un cuadernillo de psicoeducación para explicarles a los pacientes sobre su enfermedad. Apoyé con mis conocimientos como diseñadora gráfica para el diseño del manual psicoeducativo, tomando en cuenta las características sociodemográficas de las personas que acuden al Hospital General, creando una presentación interactiva acerca del cáncer, esto es porque muchos de los pacientes tienen poco conocimiento acerca de su enfermedad; así que se creó esta presentación con dibujos y explicaciones sencillas para poder brindar el servicio de psico educación a los pacientes a los que se les aplicó el instrumento de evaluación.

### **3.3.-Fase 3**

#### **Aplicación de instrumentos en el Hospital**

Cuando el supervisor del Servicio social consideró que la capacitación y el desempeño eran adecuados, se prosiguió a la aplicación de los instrumentos de evaluación en el Hospital General.

Debido a mi experiencia previa de trabajo en hospital, fui asignada como la responsable de un grupo de prestadores de Servicio Social, así que los días en que acudíamos al hospital además de aplicar instrumentos debía evaluar la puntualidad, presentación personal y desempeño con los pacientes, de mis compañeros, además del apoyo emocional a aquellos

prestadores que se enfrentaran a situaciones complicadas con los pacientes, sobre todo los que acudían con enfermos terminales.

Durante cuatro días a la semana en el transcurso de dos meses se aplicaron los instrumentos de evaluación a los pacientes, principalmente se trabajaba con pacientes que se encontraban en la sala de espera de consulta externa y quimioterapia, aunque en ocasiones se trabajó con pacientes que estaban hospitalizados. Esta primera aplicación de instrumentos sirvió como piloteo para realizar las adecuaciones necesarias.

### **Intervención**

En muchas ocasiones tuve que realizar intervención en crisis ya que al momento de aplicar el instrumento algunas veces el paciente sacaba a la luz temores o situaciones que estaba afrontando y se realizaba una intervención psicológica que varias veces tuvo continuidad a petición del paciente. Fui apoyada por la Dra. Adriana Solís (mi supervisora en el Hospital) mientras llevaba al equipo a aplicar los instrumentos.

A continuación, presentaré una tabla de los pacientes atendidos, ya sea por intervención en crisis o seguimiento posterior a la aplicación del cuestionario. Además, presento el análisis de los casos más importantes en esta experiencia profesional.

<b>PACIENTE</b>	<b>EDAD</b>	<b>GÉNERO</b>	<b>EDO. CIVIL</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
1	51	Femenino	Casada	Cáncer cérvico-uterino
2	36	Femenino	Unión Libre	Leucemia
3	75	Femenino	Casada	Cáncer de piel/cabeza y cuello
4	47	Masculino	Casado	Cáncer de colon
5	59	Femenino	Viuda	Cáncer de Páncreas
6	50	Femenino	Viuda	Cáncer de máma
7	33	Femenino	Casada	Cáncer de máma

8	24	Femenino	Divorciada	Cáncer cérvico - uterino
9	39	Femenino	Divorciada	Cáncer de máma
10	48	Femenino	Casada	Cáncer cérvico - uterino
11	49	Femenino	Separada	Cáncer de máma
12	54	Femenino	Divorciada	Cáncer de máma
13	23	Masculino	Soltero	Cáncer de testículo
14	80	Masculino	Casado	Cáncer de próstata
15	52	Masculino	Casado	Cáncer de pulmón
16	48	Masculino	Viudo	Cáncer de pulmón

## PRINCIPALES CASOS

A continuación, redactaré cinco casos que presencié mientras estuve realizando el servicio en el hospital y en donde se puede observar la relación entre el desarrollo de la enfermedad de cáncer y algún suceso de vida o falta de regulación emocional. También mencionaré casos en donde se proporcionó apoyo tanatológico.

### CASO 1

La paciente No. 1 se presentó en la U. 111 de oncología acompañada de su marido. Refiere tener 51 años de edad y que ingresó al Hospital General por el área de urgencias dos meses atrás a causa de una hemorragia vaginal fuerte. Tras varios días de estudios se le diagnosticó cáncer Cérvico-uterino y fue enviada a cirugía, donde le extrajeron un tumor de 5 kilos de la matriz.

La paciente acude a Consulta Externa de quimioterapia pues como parte del tratamiento se le deben aplicar 8 sesiones de quimioterapia. Al momento de acercarme a



ella para pedirle su ayuda en el llenado del cuadernillo accede pues su marido la incita a hacerlo.

Cuando la paciente empieza a leer el cuadernillo en el instrumento de “*Sucesos de vida*” noto que sus niveles de ansiedad y angustia incrementan. Así que le sugiero y le ofrezco apoyo psicológico como parte del servicio y llenado del instrumento. Accede a acudir a una cita al día siguiente, de nuevo incitada por su marido.

La paciente cuenta con estudios hasta nivel secundaria, vive con su esposo y un hijo de 29 años de edad. La paciente refiere que actualmente no trabaja, que durante muchos años trabajó en una tienda de auto servicio hasta que fue diagnosticada de cáncer y dejó de trabajar.

Durante la primera entrevista en compañía de su marido, su rostro evidenciaba una gran preocupación y tensión emocional. Se mostraba muy ansiosa y negada a hablar, siendo en muchas ocasiones el marido el que contestaba las preguntas que se le hacían.

Cuando comienzo a explicarles sobre la relación entre el cáncer y los sucesos de vida y la regulación emocional, el marido me informa que la paciente vivió un acontecimiento traumático 31 años atrás, el cual ella no recuerda nada.

El marido informa que la paciente salió de trabajar a las 6 pm y no llegó a su casa a la hora en la que normalmente debería estar ahí, así que él angustiado comenzó a buscarla y preguntar por ella a los compañeros del trabajo. Él manifiesta que siendo aproximadamente las 4 de la mañana, su mujer llegó en un taxi, solo cubierta con sábanas. Él la recibe en shock por ver las condiciones en las que se encuentra, y no logra hablar con el taxista pues en cuanto la sostiene para ayudarla a bajar del taxi, este se arranca y se va. El marido de la paciente dice que ella no hablaba y que decidió llevarla al servicio de urgencias de un hospital en donde tras pasar varias horas le informaron que su esposa había sido víctima de una violación.

Fue canalizada al Servicio de Psiquiatría en donde recibió un par de sesiones y fue medicada, sin embargo, como ella no recordaba nada de lo sucedido decidió seguir con su vida como si “nada hubiera pasado”.

La paciente menciona que pudo seguir adelante con su vida y que su “ruptura emocional” fue después de que dio a luz a su primer hijo casi dos años después del acontecimiento que vivió. La paciente describe que a los pocos días de nacido su bebe, ella se sumergió en una depresión profunda y que en más de una ocasión pensó en quitarse la vida y la del bebe también. La paciente describe que presentaba síntomas severos de agorafobia y miedo a estar sola en su casa. Síntomas que han re aparecido.

La paciente manifiesta que presenta grandes malestares emocionales tras su diagnóstico de cáncer, aunque este parece que está progresando favorablemente, pues con la extracción del tumor las quimioterapias que le recetaron son preventivas. A pesar de esto; ella no se siente feliz, ni satisfecha, vive con temores, no soporta quedarse en casa sola y si su marido se va a trabajar ella entra en ataques de pánico incontrolables, también refiere que no le gusta salir a la calle, que se siente asfixiada y que al único lugar en donde sale es a sus consultas médicas. Esta situación está generando un problema familiar, ya que su esposo no puede ir a trabajar, ella menciona que se encuentra en una etapa de una nueva “ruptura emocional” y solicita ayuda psicológica para poder sobrellevar el diagnóstico de la enfermedad y su vida diaria de una manera normal.

## **CASO 2**

La paciente No.2 se acercó voluntariamente a mí cuando escuchó que estaba aplicando el cuadernillo de evaluación a otros pacientes y que les explicaba la relación de las emociones con el desarrollo de la enfermedad. Solicitó ayuda pues no sabe cómo acercarse a su hija la mayor y hablar de su enfermedad.

Se le invitó a subir al consultorio de psicología en el tercer piso para realizar una entrevista clínica. La paciente tiene 36 años de edad, con estudios de nivel primaria, desde hace 8 años vive en unión libre, tiene 3 hijos. Una de 16 años, otro de 14 años y el más pequeño de 6 años. Los mayores son de una pareja y el más pequeño de su actual pareja. La paciente refiere que trabaja como empleada de limpieza en una escuela primaria. Fue referida al Hospital General por “La Clínica especializada Condesa” que se encarga de la detención y atención de VIH, VPH y otras ETS.

La paciente tiene un diagnóstico de VIH, pero sus últimos exámenes de sangre en “La Clínica especializada Condesa” indican además un diagnóstico de Leucemia, razón por la que se encuentra en la Unidad 111.

La intervención que se realizó con esta paciente consistió primero en explicarle acerca de su enfermedad ya que sabía muy poco acerca de las dos enfermedades terminales que padecía, por lo tanto se le brindó la información acerca de los tratamientos, síntomas y causas de estas.

El caso de esta paciente es muy particular ya que padece dos enfermedades terminales por un lado es portadora del Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y por el otro lado padece cáncer. Por lo tanto requiere apoyo psicológico para poder adaptarse a estas enfermedades, además se requiere de trabajo conjunto con la familia y personal de salud.

### **CASO 3**

Al estar trabajando en el consultorio de psicología en el tercer piso de la U. 111 de oncología hubo una llamada de urgencia por parte del Doctor Artiachi encargado de la clínica del dolor de la U. 111. Pues había una emergencia psicológica, la Dra. Solís me pidió que fuera con ella para conocer el caso.

En el consultorio se encontraban dos adultos mayores una mujer y su esposo. La mujer estaba llorando y decía que se quería morir pues era la burla de todos. Después de tranquilizarla la Dra. Solís comenzó a interrogarla. La paciente No. 3 presenta un diagnóstico de cáncer en la cara, con una lesión de aproximadamente de 4cm al borde de la nariz, es una señora de 75 años que venía al Hospital acompañada de su esposo desde Juriquilla Querétaro.

Comenzó a decir que su esposo la maltrataba y que la había amenazado con una pistola, a lo cual el señor sólo contestaba que estaba loca y que inventaba historias. La Dra. Solís me pidió que realizara la entrevista clínica y cuando cuestioné a la señora acerca de su estado civil contestó que era soltera, dijo que no tenía hijos y que vivía en su pueblo con su mamá y que a su papá no lo veía porque vivía en la ciudad. Las respuestas de la paciente

No.3 indican distorsión de la realidad y deterioro en las funciones cognitivas. Cuando le pregunté acerca de la edad de su padre, mencionó que tenía 120 años y que estaba enfermo de la matriz.

Comencé a preguntarle al esposo acerca de las respuestas y el comportamiento de su esposa, él informó que el cáncer le fue diagnosticado años atrás, (aproximadamente 20) que recibió tratamiento y le dijeron que tuvo una remisión. Hace tres años la lesión de la nariz comenzó a aparecer, pero su esposa la cubría con maquillaje y no le daba la importancia necesaria, hasta que ésta comenzó a sangrar y a crecer rápidamente. Tardaron 4 meses en darle el pase para ser atendida en oncología en el Hospital General en donde le diagnosticaron un cáncer de cabeza y cuello, con tratamientos paliativos por la edad y las condiciones de la paciente.

El esposo menciona que la distorsión de la realidad es algo reciente y que él piensa que sólo lo hace para molestarlo. Que ha habido un par de ocasiones en que ella se sale de su casa y se pierde, pero como viven en un pueblo siempre ha sido encontrada por vecinos o conocidos.

Al identificar que la paciente 3 presenta distorsión de la realidad con trastornos de conducta y en las funciones cognitivas, la paciente se canaliza a neurología para descartar alguna metástasis cerebral del cáncer de cara. Además es canalizada a Salud Mental para recibir apoyo a su situación.

#### **CASO 4**

Acudir a aplicar instrumentos en el área de hospitalización en muchas ocasiones era difícil por la gravedad de los pacientes, pero aquéllos que estaban en condiciones de contestar y seguir una plática se les podía aplicar el cuadernillo. Así fue como apliqué los instrumentos al paciente 4 que presentaba un diagnóstico de cáncer de colon, un señor de 47 años de edad, técnico electricista, casado con 3 hijos. La aplicación del instrumento se realizó sin ningún problema y cuando estaba ya a punto de concluir, llegó a la habitación su esposa. Tras presentarme con ella como psicóloga, ella me solicitó poder platicar conmigo en privado.

La esposa del paciente se muestra preocupada pero tranquila, manifiesta que se siente confundida pues no sabe qué hacer para enfrentar una situación que acaba de suceder, la esposa menciona que 15 días antes su hijo, el de en medio, perdió la vida en un accidente automovilístico. Y aunque aparentemente está tranquila ante esta situación, se siente culpable pues por la gravedad de su esposo a éste se le ha ocultado la muerte de su hijo, sin embargo, él pregunta constantemente por qué no lo ha ido a ver y ella no sabe qué hacer al respecto.

Físicamente se ve cansada y desgastada, cuando se le cuestiona acerca de sus emociones justifica la muerte de su hijo con el pensamiento mágico de que él murió para ir al cielo a interceder por la salud de su padre y así evade sus emociones para mantenerse fuerte y poder sobrellevar la situación que está viviendo. Aquí observamos un caso de supresión emocional que a la larga puede desencadenar en enfermedades físicas o mentales.

## **CASO 5**

La paciente 5 llegó al hospital por urgencias ya que tras un fuerte pleito con su hija comenzó a derramar bilis con vomito constante y continuo. Tras ser atendida en urgencias fue canalizada a la U.111 de oncología donde después de los estudios específicos se le diagnosticó un cáncer etapa IV en el páncreas.

La paciente es una señora de 59 años de edad, viuda, con 4 hijos, dos hombres los mayores y dos mujeres, las menores, la actividad que ha desarrollado toda su vida es atender su puesto de verduras en el mercado de Jamaica, vive con su hijo mayor y su hija menor que fue con la que tuvo el problema. Ya que mantienen una relación complicada desde hace bastante tiempo, pues la hija no ayuda en las labores del hogar y a decir de la señora “hace lo que quiere, faltándole constantemente el respeto a ella, a su techo y a su padre, en paz descanse”.

Es importante mencionar este caso ya que es un ejemplo de cómo las emociones interfieren en el estado de salud, pues la paciente refiere que siempre ha sido muy enojona y que no es la primera vez que su salud se ve afectada por hacer corajes. Que a veces se le sube la presión o le dan dolores fuertes de cabeza, también menciona que ha tenido diarreas a causa de emociones fuertes como la muerte de su esposo, o cuando la asaltaron.

Quise mostrar estos casos pues en ellos se puede observar cómo la regulación emocional y los sucesos de vida se relacionan con el desarrollo del cáncer, y aunque no estuve para ver la conclusión de la investigación ya que mi tiempo como prestadora de servicio social concluyó antes de que hubiera resultados, en mi experiencia pude conocer algunos ejemplos de lo que se planteó en los objetivos de la investigación.

### **3.4.- Fase 4**

#### **Investigación**

Como complemento a los temas vistos en seminarios realicé investigación y búsqueda de artículos científicos, libros y materiales que ayudarán a la formación y capacitación de nuevos integrantes. Semanalmente entregaba de 2 a 6 evidencias de conocimiento, (cuadros sinópticos, presentaciones, resúmenes de los temas que nos eran asignados para investigar).

### **3.5.- Fase 5**

#### **Evaluación**

La evaluación consiste en aplicar el cuadernillo que se creó en donde se miden los sucesos de vida y la regulación emocional a dos grupos; para eso se debe hacer:

- Selección de muestreo accidental.
- Asignación por condición al grupo control (sanos) y grupo de comparación (enfermos de cáncer).
- Aplicación del instrumento a ambos grupos.
- Comparación y análisis de los resultados de ambos grupos.

#### **Interpretación**

Los resultados obtenidos en los cuadernillos de evaluación fueron vaciados en el programa estadístico SPSS para su análisis y estudio. Trabajé en el vaciado de los resultados en el programa de SPSS y en el análisis de los datos para obtener los pros y contras de los cuadernillos de evaluación y las conclusiones del piloteo, para de esta manera mejorar los instrumentos para su próxima aplicación.

#### **IV.- OBJETIVOS DEL INFORME DEL SERVICIO SOCIAL**

- 1) Mostrar las actividades realizadas en el Servicio Social.
- 2) Hacer una propuesta de mejora en el programa de Servicio Social.

## V.- SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

### 5.1.- La Salud y la enfermedad

#### La Salud

A lo largo de la historia han existido muchas maneras de explicar la salud, al principio sólo se le consideraba como la ausencia de enfermedad o invalidez, posteriormente a esta ausencia de enfermedad se le anexó la idea de ausencia de malestar o sufrimiento, pues alguien puede no estar enfermo, pero no estar bien, entonces se descubrió que la salud abarca muchas dimensiones de bienestar, una física, una social, una económica, una psicológica y hasta se ha considerado una dimensión espiritual. Desde 1948 la Organización Mundial de la Salud define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La salud es un fenómeno multidimensional al igual que la enfermedad e implica componentes tanto personales como sociales, culturales, económicos, políticos institucionales y ambientales. La salud es entendida en el sentido amplio como el bienestar físico, psicológico y social. Se refiere un sentimiento de bienestar, a la capacidad de funcionar de la persona. La salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio. Se puede decir que la salud es un estado y al mismo tiempo un proceso dinámico cambiante esto quiere decir que es algo que se va a desarrollar ya que el bienestar psicológico y físico depende principalmente de nuestros hábitos de vida. (Arredondo, 1992).

#### La Enfermedad

Se define como: “El fracaso del organismo para adaptarse física, mental, social y trascendentalmente a las condiciones de nuestro medio ambiente social impidiendo trascender como persona” (Instituto Mexicano de tanatología, 2011).

También se le llama enfermedad al desequilibrio o alteración de las funciones de un organismo debido a agentes patógenos externos y/o internos, ya sean físicos, químicos o mecánicos. Toda enfermedad evoluciona por un proceso cuya tendencia será hacia la



curación o restablecimiento de la salud, si existe la suficiente capacidad de respuesta y adaptación al trauma y/o se recibe tratamiento oportuno y adecuado para sobreponerse al mismo. El curso de la enfermedad se sucede de tres maneras:

-**Aguda**, se inicia de forma brusca en un periodo corto y el tratamiento es prolongado tendiendo a curarse o no.

-**Crónica**, tiene un inicio insidioso y su progresión es también insidiosa con tratamientos prolongados y con tendencia a remisión o exacerbación de los síntomas. El deterioro progresivo y generalizado ocasionará fallas múltiples que, de responder a tratamientos integrales, la evolución será hacia la muerte.

-**Terminal**, es el estadio avanzado de una enfermedad crónica que ha progresado a pesar de que se ha dado todo el manejo terapéutico y continúa con el empeoramiento acelerado y conduce necesariamente a la muerte. (*Barrón G., Yisbaq N., 2008, Universidad Autónoma de Zacatecas, reduaz, recuperado de <http://www.uaz.edu.mx/>*).

## **Promoción de la Salud**

La promoción de la salud, lo que busca es que, de un estado de enfermedad o malestar, se avance a un estado de bienestar, la promoción es una estrategia fundamental para ganar salud. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Hay cinco prioridades de la promoción de la salud, estas son:

-Promover la responsabilidad social para la salud, incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud, expandir la colaboración para la promoción de la salud, incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos y garantizar una infraestructura para la promoción de la salud (*Cardaci, 1998*).

Muchas veces no se entiende la diferencia entre lo que es promoción y prevención de la salud, distingamos que cuando hablamos de prevención lo que se busca es evitar que haya un retroceso hacia el malestar. La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción

de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La prevención y la promoción de la salud tienen la finalidad última de reducir las enfermedades, sus secuelas y las muertes prematuras, así como de preservar la función y la calidad de vida.

Entendemos por prevención primaria el conjunto de actividades o actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Dentro de las actividades de prevención primaria se incluyen generalmente las de promoción de la salud, dirigidas a personas. Estas actividades de promoción de salud han demostrado en la mayoría de casos su capacidad para mejorar la calidad de vida de las personas o disminuir la aparición de enfermedades y muerte.

La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 es que la promoción de la salud “Consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud (*OMS, 1986*).

El autocuidado surge desde los orígenes de la humanidad en donde el hombre para sobrevivir creaba diversas estrategias, como protegerse del frío, evitar alimentos que sabía que le causaban daño, etc. El autocuidado surge desde el sentido común, pues éste, provee en principio de una serie de juicios y razonamientos en los que se asientan diversas acciones que las personas realizan para proteger su vida y su salud, las cuales se pueden ubicar dentro del concepto de autocuidado. El fomento de la salud debe comenzar con cada uno y es por eso que el autocuidado es fundamental en la promoción de la salud, ya que, lo que no haces por ti mismo nadie más lo va a hacer (*Arenas-Monreal et al., 2011*).

El concepto de autocuidado se encuentra vinculado al de estilo de vida. En el autocuidado se hacen evidentes las conductas o acciones que realizan las personas con la finalidad de potenciar su salud y prevenir riesgos. Hay diversos conceptos que intervienen en el autocuidado pues son varios los factores que se ven involucrados en el hecho de que una persona se cuide más que otra, algunos de estos conceptos son: las conductas intencionales y las conductas deliberadas, la motivación y las pretensiones normativas que

se refiere a una obligatoriedad, obligación que no está relacionada con aspectos morales sino con el conocimiento que la persona tiene acerca de acatar determinada obligación para evitar una sanción. La profundización en la comprensión del autocuidado es de fundamental importancia dentro de la salud pública, debido a las distintas estrategias que se emprenden para que la población cuide su propia salud. Los determinantes sociales de la salud se refieren a la clase social, grupo étnico, ocupación, género, edad, familia de origen y familia de elección, edad, las experiencias de enfermedad y las muertes de otros. Las condiciones de vida y la clase social proporcionan el asiento que definen las pautas de autocuidado que se prodiga la persona (*Frenz, 2005, citado en Arenas-Monreal et al., 2011*).

El problema con la salud y la enfermedad comienza con la definición de los términos. Existe gran cantidad de definiciones y un sin fin de explicaciones que cada cultura le ha dado a la enfermedad, distintos tratamientos utilizados para recuperar la salud o diferentes opiniones sobre lo que es sano y lo que no. Desde explicaciones mágico-religiosas hasta en la investigación científica se ha buscado explicar el proceso de salud-enfermedad, los trabajos de autopsias y la patología celular concluyeron que la enfermedad se localizaba en las células, el cuerpo se empezó a considerar como una máquina y así surgieron los modelos de la salud y de la enfermedad.

## **5.2.- Modelo biomédico de la enfermedad**

Considera que los síntomas de la enfermedad tienen una patología subyacente que se espera que se pueda curar mediante una intervención médica, aunque la patología sea inevitable. Este modelo es una relación causal directa entre la enfermedad, sus síntomas o patología subyacente y los resultados de los ajustes. La visión biomédica ha sido descrita como reduccionista: la idea básica de que la mente, la materia (el cuerpo) y el comportamiento se puede reducir y explicarse en el ámbito de las células, la actividad neuronal con la actividad biomédica. El reduccionismo tiende a ignorar la evidencia empírica de que las distintas personas reaccionan de diferente manera a la misma enfermedad subyacente, debido a diferencias como la personalidad, conocimientos, apoyo social y creencias culturales. El cuerpo es tratado como una máquina que cuando se descompone, se arregla removiendo o remplazando la parte dañada o destruyendo el cuerpo extraño que está causando el problema (*Murray et al, 2008*).

### 5.3.- Modelo biopsicosocial de la enfermedad

Este modelo sostiene que los procesos de diagnóstico siempre deben considerar el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales para determinar la salud y enfermedad de las personas. Sostiene que las recomendaciones para el tratamiento también deben tomar en cuenta estos tres factores. Este modelo también dice que una relación médico paciente efectiva tiene mayor eficacia en el tratamiento y la rapidez con las que se resuelve la enfermedad (Murray et al, 2008).

Este modelo no sugiere desechar toda influencia biomédica, de ahí que conserve la partícula “bio”. La idea es expandirlo para incluir otros factores importantes, sin sacrificar los enormes avances de la aproximación biomédica. Incluir los factores psicosociales en el modelo da la oportunidad de tomar en cuenta las cualidades humanas, tanto de pacientes como de médicos. Es un modelo más realista que resalta la importancia del papel del estilo de vida en las enfermedades del siglo XX (Murray et al, 2008).

## [ Nuevo Modelo de atención en Salud. ]

### M. Biomédico

- Se basa en una concepción patologista.
- Es reduccionista.
- Es curativo.
- Es objetivo.
- Separa mente – cuerpo.
- Hace diagnósticos biológicos.
- Establece barreras disciplinarias.
- Los tratamientos son externos al paciente

### M. Biopsicosocial

- La salud y la enfermedad son un continuo.
- Es preventivo.
- El diagnóstico es contextualizado.
- La relación humana es relevante.
- La atención es integral.
- Estimula la participación.
- Estimula el trabajo en equipo.
- Se preocupa del individuo y su entorno familiar y social.

La definición que la OMS le da a la salud es la de un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición se formuló buscando consenso entre gobiernos y sistemas sociales diferentes. Se centra en los componentes positivos de salud, en vez de hacer énfasis en la enfermedad (OMS, 1986).

En 1986 en la Carta de Ottawa, se establecían los principios básicos de la promoción de la salud, que aspiran a identificar las causas últimas, o determinantes, de la salud y a influir positivamente en ellos. Se trata de factores sociales y económicos que determinan el estado de salud, como los ingresos, la educación, la profesión, las condiciones de trabajo o el estado mental, factores que influyen a su vez en factores de riesgo como son el hábito de fumar, el consumo de alcohol, una dieta poco sana y la inactividad física (OMS, 1986).

La **psicología de la salud** es el área dentro de la psicología que vincula a ésta con los problemas de salud humana. Desde su surgimiento, se ha convertido en un campo de investigación de rápida expansión, debido a que estudia una gran diversidad de conductas y estados psicológicos que influyen y son influenciados por el estado de salud física. A la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, el riesgo de enfermar, la condición de enfermedad y la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud (Ogden, 2004).

La salud y la enfermedad no constituyen simples estados opuestos sino diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en que vive, y los mismos factores que fomentan esta adaptación pueden actuar en sentido contrario produciendo la inadaptación que constituye la enfermedad. Estos factores están contenidos en el ambiente natural, en la herencia biológica, cultural y social, en los grupos sociales. Los factores de riesgo y de protección son la clave para comprender cómo ayudar a la gente a cambiar sus conductas y prevenir problemas de salud. De hecho, se sugiere que antes de planear una intervención de cualquier tipo se deben considerar los factores de riesgo y de protección (Quiroga J., 2013).

El concepto de *estilo de vida* se utiliza en la actualidad para describir de manera resumida el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de

manera consistente y sostenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo colocan en situación de riesgo para la enfermedad. El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (*World Health Organization, 1998*).

Las causas de muerte más frecuentes se deben a factores relacionados con la conducta; pero si se conoce qué conductas se deben cambiar, si hay consenso sobre las mismas y si se tiene la tecnología para hacerlo, ¿por qué no se produce el cambio de modo rápido y las personas no toman un claro papel activo para cambiar conductas poco saludables por conductas saludables?

Bayes (1985), señala que las personas no se comportan saludablemente debido fundamentalmente a tres factores:

- 1) Por el carácter placentero (reforzante) de la mayor parte de las estimulaciones que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como la inmediatez de sus efectos;
- 2) Por el tiempo que dilata en aparecer la enfermedad, normalmente, separa la práctica de los comportamientos nocivos de la aparición de la enfermedad en su estadio clínico diagnosticable; y
- 3) Por el hecho de que mientras las estimulaciones carcinógenas proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición del cáncer u otros efectos nocivos son remotas y poco probables.

Becoña y Oblitas (2000) añaden a esta lista tres elementos más:

- 4) Convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que podamos padecer;
- 5) Las barreras culturales que impiden el cambio hacía hábitos saludables y
- 6) El cambio como un proceso cíclico y lento, más que rápido y lineal.

En conclusión la promoción de la salud se refiere a las acciones preventivas que buscan transformar no sólo las conductas individuales sino el contexto en el que estas

tienen lugar para así mejorar la salud. Hay diversos factores que influyen el proceso de salud-enfermedad; es por eso que para poder promover la salud se debe de abarcar diferentes vías de acción que interfieran en factores tanto individuales como estructurales de la sociedad. Desde el fortalecimiento de la participación comunitaria, hasta el desarrollo de las capacidades personales, así como la creación de medios ambientes favorables y el establecimiento de políticas públicas (Cardaci, 1998).

#### **5.4.-El Cáncer**

El término cáncer engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen y crecen sin control en cualquier parte del cuerpo.

Mientras las células normales se dividen y mueren durante un periodo de tiempo programado, la célula cancerosa “olvida” la capacidad para morir y se divide casi sin límite. Tal multiplicación en el número de células llega a formar unas masas, denominadas “tumores” o “neoplasias”, que en su expansión destruyen y sustituyen a los tejidos normales (Herrera & Granados, 2013).

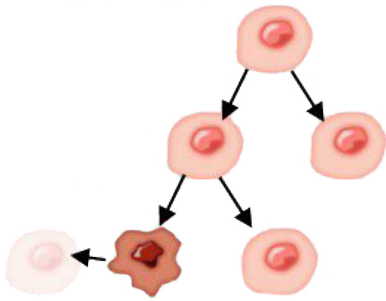
Algunos cánceres pueden no formar tumores, como sucede típicamente en los de origen sanguíneo. Por otra parte, no todos los tumores son “malignos” (cancerosos). Hay tumores que crecen a un ritmo lento, que no se diseminan ni infiltran a los tejidos vecinos y se les considera “benignos”.

Existen muchos tipos de cáncer, pues no es una sola enfermedad. El cáncer puede originarse en los pulmones, en el seno, en el colon o hasta en la sangre. Los diferentes tipos de cáncer tienen algunas similitudes, pero son diferentes en la manera en que crecen y se propagan.

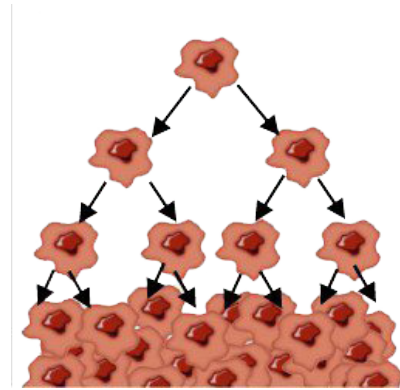
Las células cancerosas también se pueden propagar a otras partes del cuerpo. Por ejemplo, las células cancerosas en el pulmón pueden viajar hasta los huesos y crecer ahí. La propagación de las células de cáncer se denomina metástasis. Cuando las células del cáncer de pulmón comienzan a crecer en los huesos, se sigue llamando cáncer de pulmón (Herrera & Granados, 2013).

Algunos tipos de cáncer crecen y se propagan rápidamente mientras que otros crecen más lentamente. También responden al tratamiento de diferente manera. Algunos tipos de cáncer se tratan mejor con cirugía; otros responden mejor a los medicamentos, lo cual se conoce como quimioterapia. A menudo se administran dos o más tratamientos para obtener los mejores resultados (Herrera & Granados, 2013).

División Normal de la Célula



División Cancerosa



(Espino, [imagen] recuperado de <http://es.cancer/987images>)

Herrera & Granados, (2013) describen que desde una perspectiva estricta pueden definirse tantos tipos de cánceres como enfermos, cada uno con sus alteraciones moleculares y celulares específicas, pero de forma sintética se agrupan por el tejido que les dio origen:

**Carcinomas.** Se trata de cánceres que se originan a partir de células epiteliales. Estas son células que tapizan la superficie de órganos, glándulas o estructuras corporales. Representan más del 80% de la totalidad de los cánceres, incluyendo las variedades más comunes de cáncer de pulmón, mama, colon, próstata, páncreas y estómago, entre otros.

**Sarcomas.** Son cánceres que se forman a partir del llamado tejido conectivo o conjuntivo, del que derivan los músculos, los huesos, los cartílagos o el tejido graso. Los más frecuentes son los sarcomas óseos.

**Leucemias.** Son cánceres que se originan en la médula ósea, que es el tejido encargado de mantener la producción de glóbulos rojos, blancos y plaquetas. Las alteraciones en estas células pueden producir, respectivamente, anemia, infecciones y alteraciones de la coagulación (sangrados o trombosis).



**Linfomas.** Se desarrollan a partir del tejido linfático, como el existente en ganglios y órganos linfáticos.

Para cada tipo de cáncer hay pruebas que pueden hacerse para determinar la etapa del cáncer. Como regla, una etapa menor (como etapa 1 o 2), significa que el cáncer no se ha propagado o no tanto. Un número mayor (como 3 o 4) significa una mayor propagación. La etapa 4 es la mayor (*Herrera & Granados, 2013*).

Los tratamientos más comunes del cáncer como ya se mencionó incluyen cirugía, quimioterapia y radioterapia.

**La cirugía** se puede usar para extraer el tumor canceroso. El médico también puede extirpar alguna parte o completamente la parte del cuerpo que el cáncer esté afectando. En el caso de cáncer de seno, es posible que se extirpe parte o todo el seno. En el caso de cáncer de próstata, es posible que se extirpe toda la glándula prostática. La cirugía no es útil para todos los tipos de cáncer. Por ejemplo, los tipos de cáncer de la sangre son mejor tratados con medicamentos.

**La quimioterapia** es el uso de medicamentos para matar las células cancerosas o para reducir su crecimiento. Algunos tipos de quimioterapia se pueden administrar por vía intravenosa y otros consisten de píldoras que se tragan. Como los medicamentos de la quimioterapia alcanzan a casi todas las partes del cuerpo, son útiles para el cáncer que se ha propagado.

**La radioterapia** también se usa para matar o disminuir el crecimiento de las células cancerosas. Puede usarse sola o junto con cirugía o quimioterapia. La radioterapia es similar a someterse a una radiografía. Algunas veces se puede administrar implantando en el área cancerosa una “semilla” que liberará radiación.

La prevención del cáncer es lo que se hace para bajar el riesgo de padecer cáncer. Esto puede incluir mantener un estilo de vida sano, evitar la exposición a sustancias que se sabe causan cáncer y vacunarse o tomar los medicamentos que pueden proteger para no padecer cáncer (*Herrera & Granados, 2013*).

## Factores de riesgo

Por lo general, no es posible saber exactamente por qué una persona presenta cáncer y otra no. Sin embargo, los estudios han mostrado que ciertos factores, llamados factores de riesgo, pueden aumentar las posibilidades de que una persona padezca cáncer. Aunque algunos de estos factores de riesgo no pueden evitarse, como envejecer, por ejemplo, otros como el consumo de tabaco, sí se pueden evitar. La mayoría de los factores de riesgo de cáncer (y los factores protectores) se identifican inicialmente en estudios epidemiológicos. En estos estudios, los científicos ven grupos grandes de gente y comparan a quienes padecen cáncer con quienes no lo padecen. Estos estudios pueden mostrar que las personas que presentan cáncer tienen más o menos probabilidad de comportarse en cierta manera o de haberse expuesto a ciertas sustancias que quienes no presentan cáncer (*Bayes, 1985*).

La lista de abajo incluye los factores de riesgo más comunes y conocidos (y los factores de riesgo posibles) del cáncer. Mantenerse lejos de los factores de riesgo que pueden evitarse puede bajar el riesgo de presentar ciertos cánceres.

- Alcohol.
- Dieta.
- Edad.
- Gérmenes infecciosos.
- Hormonas.
- Inflamación crónica.
- Inmunosupresión.
- Luz solar.
- Obesidad.
- Radiación.
- Sustancias en el ambiente que causan cáncer.
- Tabaco.
- Genética.

*(American cancer society, 2015)*

## 5.5.- Psiconeuroinmunoendocrinología y cáncer

La publicación del artículo titulado; *Emociones, Inmunidad y Enfermedad: Una integración Teórica Especulativa*, de George Solomon en el que le da el nombre de Psicoimmunología (Solomon & Moos, 1964); y la presentación del trabajo de Ader y Cohen sobre el condicionamiento clásico de funciones inmunológicas titulado: “*Condicionamiento Conductual de Inmunosupresión*” (Ader & Cohen, 1975. citado en Moscoso, 2009) fueron dos eventos trascendentales en el desarrollo de la psiconeuroinmunoendocrinología. Sin embargo, recién desde fines de la década del 80’ venimos observando la explosión de investigación científica que establece categóricamente las formas en que los pensamientos, emociones y comportamiento modulan y median en las funciones endocrinas e inmunológicas (Rabin, 1999, Kiecolt-Glaser & Glaser, 2001, Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005, citado en Moscoso, 2009).

La psiconeuroinmunoendocrinología, (PNIE) es el campo científico transdisciplinario que investiga las interacciones entre el cerebro (psique /conducta), el sistema inmune (SI), el sistema endocrino (SE), y sus consecuencias clínicas. Es una ciencia que aglutina a investigadores y clínicos de numerosas especialidades médicas tales como neurociencias, fisiología, farmacología, inmunología, psiquiatría, psicología, medicina interna, endocrinología, neurología, ciencias de la conducta, reumatología e infectología. (Prolo et al. 2002 citado en Universidad Autónoma de Barcelona, “*Psiconeuroendocrinoinmunología*”).

Para comprender la PNIE, es fundamental entender que los tres sistemas -nervioso, endocrino e inmune tienen receptores en células críticas que pueden recibir información por moléculas mensajeras de cada uno de los otros sistemas. Los componentes de la PNIE son los neurotransmisores, las hormonas y las citoquinas que actúan como moléculas mensajeras y llevan la información entre dichos sistemas. La tarea de los investigadores es especificar las condiciones psiconeuroinmunoendocrinológicas bajo las cuales ocurren ciertas enfermedades, identificar los mecanismos involucrados y desarrollar intervenciones para prevenir las consecuencias negativas normales o reforzar los efectos positivos (González-Méndez, 2009).

El término estrés, introducido en el ámbito de la salud por Selye en 1936, es uno de los más utilizados en la actualidad y quizá por ello uno de los que tiene un significado

menos preciso, Selye lo utilizó para designar la respuesta general del organismo a un estresor o situación estresante, pero posteriormente se ha utilizado tanto para designar esa respuesta general, como a la situación que la desencadena o los efectos de ésta. No obstante, sí parece haber cierta unanimidad para atribuir al estrés la responsabilidad de una gran cantidad de trastornos psicológicos y fisiológicos. Episodios depresivos, o brotes esquizofrénicos, deterioro en el rendimiento laboral, disfunciones sexuales, problemas de sueño, hipertensión, etc. (*Labrador, Crespo, Cruzado & Vallejo, 1995*).

Últimamente se le han atribuido también alteraciones producidas como consecuencia de una alteración del sistema inmune: enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes, cáncer, etc. (*Cohen y Williamson, 1991, citado en Gonzáles-Méndez, 2009*).

El Dr. Hans Selye (1936) describió que cada situación de estrés deja una cicatriz en el cuerpo que nos va deteriorando, esto se debe a que el estrés segrega cortisol y el exceso de cortisol disminuye la inmunidad, y el desarrollo del cáncer está comprobado que aumenta cuando disminuye la inmunidad. La disminución en la inmunidad favorece la aparición de tumores. Además del estrés si le sumamos mala alimentación, sedentarismo y falta de expresión emocional, ya que la sociedad no facilita descargar las emociones, nos enfrentamos a una situación que, en vez de ayudar a la salud, sólo la complica más.

El estrés activa el sistema simpático, estimula la secreción de cortisol, adrenalina, norepinefrina, y corticoesteroides, el estrés crónico afecta la actividad cardiovascular, metabolismo y modulación de respuestas inmune e inflamatoria. La activación de células inmunes resulta en la producción de citoquinas que le informan al cerebro el incremento de la función inmunológica. El cerebro activa el eje hipotálamo-hipofisoadrenal (HPA) y este a través de la secreción de glucocorticoides suprime la respuesta inmune. El aumento de cortisol y las catecolaminas llevan a inhibición Th1, Th17, Lfn- $\gamma$ , IL-17 lo que conlleva a una predisposición a infecciones y disminución de la respuesta tumoral. El estrés se relaciona a enfermedades crónicas como Diabetes, Cardiovasculares y Cáncer. Además de trastornos emocionales y conductuales (*Fusté, 2000*).

## 5.6.- El cáncer y sus implicaciones tanatológicas

Hablar del cáncer no es solamente realizar la descripción de una enfermedad que puede presentarse en cualquier hogar, estrato económico, edad, escolaridad, profesión, sexo y preferencia sexual. Hablar de cáncer no solo es someterse a tratamientos con numerosos piquetes en quimioterapia o estar recibiendo ondas radioactivas con radioterapia, o enfrentarse a quirófanos y procedimientos quirúrgicos que llevarán a la modificación o a la pérdida de una parte del cuerpo. Hablar de este mal es hacerlo desde el proceso de vida de una persona que se enfrenta a múltiples cambios en lo personal, social, laboral y económico, ya que el aspecto médico creará una modificación radical de forma holística en su vida (*Bautista, 2013*).

El individuo que recibe la noticia sobre su enfermedad, iniciará cambios personales, enfrentará tratamientos que le obligarán a realizar una lucha consigo mismo y cumplirá un proceso de conocimiento sobre sí, que le llevará a identificar y replantear aspectos de su existencia. El paciente con cáncer señalará qué es trascendental y qué no en su “nueva” vida con la enfermedad, mediante un proceso de aprendizaje impulsado sobre el cuestionamiento de su mortalidad (*Bautista, 2013*).

Aun cuando no existen parámetros claros de la respuesta emocional frente al cáncer, es necesario tomar alguna referencia para ubicarlos. Diversos autores han dedicado sus esfuerzos a esta tarea, Almanza (2000), agrupa las respuestas emocionales que con mayor frecuencia se observan, enfatizando que no hay una manera única de afrontar el cáncer ni tampoco un orden de aparición de las respuestas, que el autor estructura en tres fases:

La primera, se caracteriza por la presencia de negación y resistencia a creer que la noticia es cierta, la cual se acompaña de un sentimiento de “anestesia emocional”, seguido de un periodo de confusión, agitación emocional y disforia. En la segunda fase, la realidad se reconoce lentamente e incluye síntomas como ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito. En la tercera y última fase, se presenta un proceso de adaptación a largo plazo, que incluye el retorno a la rutina normal y la aparición de un estado de “optimismo.” La respuesta emocional se presenta en tres fases:

### **Clasificación de Almanza**

- Fase I, en donde se presenta la negación.
- Fase II, reconocimiento de la realidad.
- Fase III, adaptación a largo plazo (*Almanza, 2000*).

Por otra parte, autores como Brantner, Lohmann, Kauffman, de Vita, Taylor y Bayes, (citados por Pimentel, 1998) estructuran la existencia de tres etapas, que aparecen en función de las respuestas que el enfermo da a lo largo de los distintos momentos de la enfermedad, partiendo de la premisa de que ante una enfermedad cancerosa existe una respuesta universal que toma la forma de estrés, la cual varía en el proceso de adaptación a la enfermedad en las siguientes etapas:

### **Clasificación de Kauffman**

- Etapa I, caracterizada por la búsqueda del dominio de la experiencia.
- Etapa II, en donde aparece un intento por controlar los acontecimientos.
- Etapa III, en donde existe un intento por retomar el dominio sobre la vida y la autoestima, siendo necesario para llegar a esta última etapa, una redefinición del yo.

Monroy, (2003) menciona la presencia de estadios psicológicos como respuesta ante el cáncer que dentro de la respuesta emocional se presentan, y que son:

- Negación.
- Choque emocional.
- Asimilación.
- Aceptación.
- Confrontación inmediata y mediata.
- Recuperación y sublimación.

La intervención durante el diagnóstico médico se deriva de la confirmación de la enfermedad, lo que Almanza (2000), refiere como comunicación de malas noticias, haciendo énfasis en el hecho de que a la enfermedad médica se le asocia con la amenaza en el deterioro físico, mental, incluyendo la muerte, o bien, con el establecimiento de secuelas que modifiquen o impidan continuar con el estilo de vida ya adoptado.

## 5.7.- La Muerte y la tanatología

### LA MUERTE

Es universal y nadie escapa de ella, sin embargo, cada cultura la ha vivido y la ha asumido de diferentes formas, puede sobrevenir de manera repentina o gradual, es decir, su llegada puede preverse o ser en un momento repentino. El proceso de la muerte no se ha modificado, pero las actitudes, las creencias y las conductas que lo rodean son tan variadas como los individuos que las tienen (*Instituto Mexicano de Tanatología, 2015*).

Definiendo a la muerte consideramos que este hecho es lo contrario a la vida, la muerte es en esencia la extinción del proceso homeostático, por ende, el fin de la vida. En el siglo XVIII, la muerte era a la vez el hecho absoluto y el más relativo de los fenómenos; era el término de la vida y, asimismo, el de la enfermedad; esto quiere decir que la muerte viene a ser el hecho que apacigua el sufrimiento que padecen las personas con enfermedades que causan dolores intensos e intolerables. Los primeros humanos vivían la muerte semejante a la de los otros animales; es decir, el ser humano recién separado del mundo de la naturaleza todavía no se había formado una conciencia en relación a su muerte; pasaron muchos milenios para que surgiera una ideología acerca de la muerte biológica y social (*Aries, 1983*).

Por **muerte biológica** se entiende: el cese irreversible del metabolismo de todas las células del cuerpo; el principal criterio diagnóstico sería la putrefacción del cuerpo; se iguala la muerte del hombre con la muerte de las células del organismo, por otro lado, en la **muerte social**, cabe destacar que la conciencia social está determinada en cierto grado por la existencia social. No sólo se tiene conciencia de existir en el seno de una sociedad determinada sino que también vivimos en el mundo de la naturaleza, se vive y se muere en un contexto social ; asimismo siendo el hombre un ser social por naturaleza donde su desempeño social se mide por su rol, este le da un estatus y este a su vez le da la fuerza social, se plantea que con su pérdida física se inicia el olvido, un olvido para la familia, para la sociedad y una progresiva transformación hacia lo que sería un cadáver social, dándose así un tipo de muerte social. (*Instituto Mexicano de Tanatología, 2015*). La muerte social sucede cuando al individuo se le aísla del grupo social o se le rechaza de este.

La muerte es pues una ausencia y una ausencia presupone de su yo la existencia. No se puede ser ausente sin haber sido. Así, el estar vivo es la única condición necesaria para morir. Existimos porque somos sujetos de la vida que se constata a sí misma en el orden que le damos (*Instituto Mexicano de Tanatología, 2015*).

Es importante señalar que el concepto de muerte como tal, posee distinguibles características:

- Individual:** experimentado por cada individuo; nadie puede morir en nuestro lugar.
- Inenarrable:** no es posible que la persona que lo experimenta pueda simultáneamente irlo relatando en su totalidad.
- Irrepetible:** sólo se da una vez como un fenómeno **permanente e irreversible**.
- Universal:** significa ver la muerte como un fenómeno natural para todo ser vivo (*Instituto Mexicano de Tanatología, 2015*).

La primera experiencia humana ante la muerte fue a raíz de descubrir al otro y saberse refrendados en él y por él. Es decir, cuando se compartió la existencia. Cuando, en esta existencia, se sucede la muerte del otro, su inmovilidad, su falta de respuesta a los estímulos, provocó la interrogante. Es nuestra relación, nuestro vínculo con el otro quien nos hace tomar consciencia de la propia vida y muerte y cuando la muerte del otro se convierte en una imagen en espejo, nace la angustia existencial que desencadena la necesidad de trascendencia en nombre de la humanidad (*Morín, 1974*).

## **TANATOLOGÍA**

La tanatología se define etimológicamente como el estudio o tratado de la muerte, se deriva de las raíces griegas *thánatos*, que significa muerte y *logos* que significa estudio o tratado. La tanatología por lo tanto estudia la muerte como el proceso de morir y la muerte misma. Es el estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte, especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos, así como la aprensión y sentimientos de pérdida de los familiares. Reúne en su quehacer, elementos personales y sociales que influyen en cada individuo y busca resolver las situaciones conflictivas que existen en torno a la muerte. (*Instituto Mexicano de Tanatología, 2015*).



## 5.8.- La concepción cultural y religiosa de la muerte

A lo largo de la historia el ser humano se ha preocupado, interesado y apasionado por comprender la naturaleza, el universo del que forma parte, y cuál es el rol que juega en esto. Este cuestionamiento le ha llevado a construir una visión que le permita explicarse el origen del universo, de sí mismo y de los fenómenos que ocurren a su alrededor. A través de la observación empírica, el hombre ha reconocido elementos opuestos y a la vez complementarios, que forman la dualidad inherente en la naturaleza, donde la existencia de uno confiere significancia y comprensión del otro; tales como día-noche, luz-oscuridad, calor-frío, entre otras; así muchos autores consideran la dualidad vida-muerte, donde la presencia de uno remite a su contraparte.

Desde un punto de vista antropológico, al conocer los mitos, creencias y fantasías del hombre del pasado y del presente con respecto a la muerte, podemos observar los significados que, en general, se le han dado a este suceso y las formas en que el hombre ha intentado, a lo largo del tiempo, lidiar con la inevitabilidad de la muerte (*Muria, 1999 citado en Guerrero 2010*).

Se ha observado que los conceptos de vida y muerte han acompañado al hombre a través de la historia, así mismo ha tratado de crear conceptos filosóficos, religiosos, entre otros al respecto de la vida y la muerte. Es en las religiones donde el ser humano encuentra una guía que reconforta el espíritu ante las principales preguntas que se hace. En el ser humano siempre ha existido una necesidad psicológica por pensar que no todo se acaba con la muerte, que hay algo más allá después de la vida, es por eso que el mayor poder de la religión, radica en su segunda función que es la de satisfacer la necesidad de protección, calmar la angustia y el miedo que se siente ante la muerte. Todas las religiones que hasta ahora se conocen dan una respuesta al gran enigma de la muerte, en todas las religiones hay la esperanza de otra vida o forma de existencia (*Torres, 2002*).

La religión es un aspecto de gran influencia en el comportamiento humano y a su vez en la perspectiva que cada persona tiene sobre la muerte. La religión libera angustias, protege contra el desorden mental y hace del límite algo más llevadero que un abismo mortal. Por otro lado, se puede decir que la mayoría de las religiones son complicados sistemas de preparación para la muerte (*Torres, 2002*).

## **Religiones primitivas**

Los hombres de las culturas primitivas se sorprendían por el “contagio” de la muerte, de lo cual provienen tantos ritos que buscaban frenarla. Una de las características de la mayoría de estas religiones es la jerarquía de una existencia divina que consiste, en primer lugar, en creer en un dios supremo, que puede o no participar activamente en la vida de los individuos; en segundo lugar, en la existencia de espíritus destacados y poderosos, y a favor de quienes las personas realizan sacrificios y ofrendas para que intercedan en la vida del pueblo de acuerdo con los deseos pedidos; y en tercer lugar, en la creencia de espíritus o almas de los antepasados -sobrevivientes a la muerte- que interfieren con el mundo de los vivos, tanto para beneficiarlos como para castigarlos por las malas conductas que pudieran haber tenido (*Cabo de Donnet, 2003*).

## **Religiones en África**

Los cultos africanos sientan sus bases en espíritus y entidades que viven en planos inmateriales e interactúan con el mundo terrestre, y, además, en la existencia de la vida después de la muerte, debido a la permanencia del alma después de la muerte corporal. Para la sociedad negro africana la muerte significaba una ruptura del equilibrio, era el resultado de la desaparición del espíritu que alentaba al cuerpo (*Carreras, 2003*).

## **La religión en el antiguo Egipto**

Una de las primeras civilizaciones, entendida como tal, de nuestro planeta que aborda con gran hondura el fenómeno de la muerte es la cultura egipcia. Esta civilización ha sido la primera en afirmar la inmortalidad del alma, llevando a cabo numerosos ritos funerarios entre los cuales era indispensable mantener el cuerpo incorruptible. Una de las características que identifica de manera particular esta religiosidad es que los egipcios creían que la vida después de la muerte no era muy diferente a la llevada en la tierra. Ésta es la razón por la cual les dieron tal preeminencia a las tumbas y a la conservación de los cuerpos, a través de la técnica de embalsamamiento, así como por medio de la colocación de elementos, estatuillas, alimentos y vestimenta en la sepultura. Así, creían que la persona muerta tendría a su alcance todo lo necesario para vivir con comodidad y satisfacción en la otra vida (*Instituto Mexicano de Tanatología, 2015*).

## **El Budismo**

Para religiones como el hinduismo y el budismo, la vida es concebida como un ciclo eterno de reencarnaciones, ciclo que se encuentra regido por la *ley del karma* que es una ley de índole moral: de acuerdo con la forma en que una persona llevó un ciclo de existencia, después de morir reencarnará en una nueva vida, o nuevo ciclo, que será placentera o desventurada. *El Libro de los Muertos o Bardo Thodol*, es el libro del arte del morir el cual es tan importante como el arte de vivir que es su complemento. *El Libro Tibetano de los Muertos* es un libro de instrucciones para los difuntos y para los moribundos, al igual que el llamado *Libro Egipcio de los Muertos*. Este libro trae a la conciencia la gama de consecuencias que se extienden ante todo ser humano. La enseñanza búdica permite abrir nuestra percepción de la conciencia ante los eventos que determinan nuestro karma, y que serán fundamentales tanto en la vida como en el proceso de muerte. La muerte es una realidad que debemos contemplar para poder vivir nuestra vida con integridad; cuando la persona no está del todo consciente de que morirá, tiende a cometer el grave error de desperdiciar su vida al permitir que afloren de manera recurrente las emociones y actitudes perturbadas tales como los rencores y el egocentrismo, sin darse cuenta que al final todas estas variables no se las podrá llevar al morir (*Lama Tarchin, 1994 citado en Torres 2002*).

## **Hinduismo**

Se sabe que hay varias corrientes, las que han conformado el pensamiento hindú, motivo por el cual es difícil encuadrar la filosofía o concepciones que tiene toda esta cultura. En las religiones orientales como el hinduismo, se tiene la creencia en un alma individual que es el principio que controla las actividades. Esta alma individual forma parte de un alma universal llamada *Brama*, la cual deberá integrarse después de purificarse y aprender en un ciclo de reencarnaciones (*Instituto Mexicano de Tanatología, 2015*).

## **El Judaísmo**

El judaísmo afirma la existencia del alma y tiene un conjunto de rituales funerarios. No tiene la idea de un Paraíso como en el cristianismo o catolicismo, pero al igual que las demás religiones, trata de dar un esquema ético del bien y el mal para poder tener reglas que rijan el comportamiento de la colectividad. El judaísmo plantea la posibilidad de que

el ser humano se comporte en el mundo haciendo el bien o el mal, pero si se hace el mal será castigado por Jehová en el mundo, no después, lo que hay entonces es aprendizaje; el alma revisa cuando muere qué es lo que aprendió y en esto coincide con otras tradiciones, este periodo de muerte, de revisión de la propia historia, para la posterior coexistencia de las almas con Jehová. Para los judíos la muerte es una experiencia dolorosa, pero el dolor es parte de la vida misma. Como tal, el judaísmo ha concebido una serie de rituales para manejar una de las crisis más dolorosas y profundas del ser humano. Dentro de la tradición judía se aprecia la vida; la muerte en sí no posee ninguna virtud. No obstante, el judío devoto no discute con Dios acerca de justicia de la muerte. La muerte, como la percibe el judío, sólo pone fin a la vida material, porque el alma –que es una porción de Dios – comienza una nueva vida en el mundo venidero. Esta promesa ha proporcionado al judío la entereza para enfrentar las desavenencias de la vida misma (*Bowker, 1996*).

### **El Cristianismo**

Es gracias a la resurrección de Cristo que los cristianos se convencieron de una vida después de la muerte, en la que obtendrían el descanso eterno. La religión cristiana sostiene que, una persona al morir, de acuerdo en el modelo en que ha llevado su vida en la tierra, irá al cielo o al infierno, pasando por la instancia llamada purgatorio, en el que las almas de los muertos tienen la posibilidad de “purgar” sus culpas y pecados, para poder gozar de la vida eterna, de la Gracia de Dios. El entendimiento de la muerte para este sistema religioso se centra en la expectativa de que se tendrá un encuentro con Dios quien juzgará los hechos de la vida y cuyo destino será la eternidad. Según lo positivo o negativo de estos hechos, se tendrá un futuro que conduciría al cielo o infierno (*Carreras 2003*).

### **El Islam**

De acuerdo con el Islam, el día del juicio toda la raza humana obtendrá la resurrección: todos aparecerán frente al todopoderoso Dios y enfrentará las consecuencias de sus actos en su vida. De esta manera, de aquí en adelante la vida es una continuación de la vida en la tierra porque depende como haya sido nuestra vida en la tierra será nuestra vida en el más allá prometiendo, además, el paraíso a los verdaderos creyentes. La concepción islámica sobre la muerte está determinada por *El Corán* que dice que el propósito de la muerte en la doctrina mahometana es marcar un plazo o límite a un período de alivio durante el cual, los

individuos son libres de encaminar sus vidas hacia el sentido recto que los devuelve a Dios (*Bowker, 1996*).

## **Panteísmo**

Es un sistema de creencias en el Dios que se identifica con el mundo, convirtiéndose en una energía cósmica que atraviesa, penetra todas las cosas y a toda la realidad. Es una expresión de lo divino porque la conciencia cósmica, Dios y el mundo, la materia y el espíritu, el cuerpo y el alma no son diferentes. Muchas de las creencias espirituales de chamanes americanos y asiáticos son panteístas (*Instituto Mexicano de Tanatología, 2015*).

## **5.9.- Concepciones filosóficas y psicológicas de la muerte**

Debido a la universalidad de la muerte, ésta ha sido abordada desde un ininterrumpido pensamiento crítico. Desde el pensamiento primitivo al comienzo del hombre civilizado, cuando surgió el rito (y con éste el símbolo, derivando el pensamiento mágico-religioso). Posteriormente cuando la filosofía sustituyó a la religión y también afrontó el problema principal de ésta, cómo soportar el fin de la vida, la muerte llegó a ser la verdadera “musa de la filosofía” desde sus inicios en Grecia hasta Heidegger y el existencialismo moderno (*Resendi de León, 2006*).

Platón de una manera análoga a Sócrates señaló que el alma -o aquello que constituye la personalidad de cada uno de nosotros- es omnisciente y eterna; también que la mente no puede distinguirse de sus contenidos, y puesto que sus contenidos son ideas eternas, la mente debe ser inmortal. Según la visión de Platón, la vida y la muerte están tan ligadas entre sí como los términos de una contradicción. Cualquier cosa que está viva no puede ser capaz de morir. Platón desarrolla una doctrina de la inmortalidad del alma por dos afirmaciones importantes: la primera es que lo real o la verdad es inmutable y por lo tanto distinta a todo lo temporal, la segunda, es que el alma debe ser como la verdad para poder conocerla (*Guerrero, 2010*).

En el epicureísmo y en la teoría científica moderna, encontramos un rechazo del alma inmortal de Platón, a favor de la creencia de que todas las cosas, incluyendo a los seres humanos, están compuestos por pequeñas entidades (átomos), siempre en movimiento,

pero determinados por leyes específicas. El alma para Epicuro, es una masa compuesta de átomos, el alma es material (*Guerrero, 2010*).

A través del tiempo se han concretado diferentes posturas y algunas completamente opuestas. No es hasta fines del siglo XIX cuando la influencia del concepto religioso de la vida eterna disminuyó y se condensa en el Existencialismo. La teoría existencialista postula que el yo es finito; el no ser, sigue de la muerte y la inmortalidad del alma es una ficción. Para todos los existencialistas la muerte es la suprema realidad trascendente. El ser para la muerte es el verdadero destino y objetivo de la existencia humana. El tiempo transcurre únicamente entre el nacimiento y la muerte; es la vivencia por el individuo de su limitación, de su finitud. De la filosofía existencialista, surge la psicología existencial, desarrollada a partir de la Segunda Guerra Mundial. La terapia se centra más en aspectos del Yo; Víctor Frankl por ejemplo basa su terapia en dar a sus pacientes un significado a su vida, llenar el vacío en que la vida permanece con sentido y significado, la muerte, recupera de esta manera su valor natural al igual que la vida (*Martínez, 2009*).

Freud refleja en su obra muchos aspectos de la muerte, como la fantasía, el deseo, el instinto y el duelo. Este psicoanalista pensó que el hombre es un campo de batalla en el que se enfrentan dos fuerzas igualmente poderosas: el impulso de vivir (pulsión de vida) y el impulso de morir (pulsión de muerte) que se dirige hacia objetos externos y se manifiesta como un impulso destructor, pero si permanece en el organismo su meta es la autodestrucción. El instinto de muerte surge como un planteamiento que respondía a las acciones humanas en la guerra, de ahí el uso de la “destruktividad”. Freud propone que el inconsciente no es capaz de creer, e incluso de imaginar su propia muerte y por lo tanto está convencido de su inmortalidad, y aunque se pueda mostrar dispuesto a aceptar la muerte como un hecho natural, todos nuestros actos tienden a hacerla a un lado, a negarla, “a eliminarla de la vida”. Se puede considerar de cierta forma a Freud como un precursor de las ideas que ahora son eje en la educación para la muerte, pues dice que hay que aceptar la muerte dentro de la realidad y que, si se quiere soportar la vida, hay entonces que prepararse para la muerte, a pesar de que sus posturas son tomadas como pesimistas (*Hernández, 1995*).

Otros psiquiatras que han trabajado en la importancia de la muerte y el apego han sido Erik Erikson quien dice: Si somos capaces de mirar atrás y aceptar el curso de los eventos

pasados, las decisiones tomadas; tu vida tal y como la viviste, como necesariamente así, entonces no necesitarás temerle a la muerte (*Boeree, 1997*).

Elisabeth Kübler-Ross, es considerada la madre de la psicología de la muerte, pues por su amplio trabajo en el área, despertó el interés por la “psicología de la muerte” y la agonía. Una de sus grandes aportaciones son las etapas del duelo que propone la forma en que va transitando la persona frente a una pérdida (*Kübler, 1969*).

### **La muerte y el mexicano**

El culto a la muerte es uno de los elementos básicos de la religión de los antiguos mexicanos. Creían que la vida y la muerte constituyen una unidad, se observa un culto a los muertos muy elaborado, la muerte era parte cotidiana de la vida en todas las edades y no se percibía como el final absoluto, tenía sentido no sólo la vida sino también la muerte. Ésta se consideraba necesaria para vivir, y no sólo para una vida individual, sino todos eran parte de todo el universo y de su existencia y funcionamiento (*Instituto de investigaciones Antropológicas, 1989*).

En México en los siglos XVII y XVIII se hicieron comunes las representaciones de la Muerte. También la imaginería popular surgida durante la Colonia entretejió creencias de españoles e indígenas, generando leyendas e historias donde principalmente la lujuria, la avaricia, la ambición y todo tipo de libertinajes eran duramente castigados con la muerte. La muerte ahora se convertía en un instrumento para infundir miedo al que no obedeciera las normas de la iglesia o del poder.

En el México independiente la celebración de los muertos fue adquiriendo un tono más festivo. Se hacían los dulces típicos de calaveritas de azúcar, esqueletos de almíbar, muertitos de mazapán y pan de muerto. Para ese entonces, el día de muertos significaba una gran fiesta, se podía asistir a los teatros que se llenaban para presenciar funciones de títeres, comedias o zarzuelas. En los panteones las tumbas se limpiaban y adornaban con flores y velas; había más alegría que pesar o tristeza. Esta actitud dual de juego y respeto, desafío y temor, se halla en los usos del lenguaje y en los chistes que los mexicanos hacemos en relación con la muerte; que funcionan como catarsis porque la risa destruye el miedo y el

respeto, el relajo reduce a la muerte y alivia las tensiones. El mexicano trivializa la muerte, la hace juguete, broma o golosina para convivir con ella, para atenuar el temor que puede llegar a provocarle (*Vences, 2001 citado en López, 2004*).

### **5.10.- La muerte como enseñanza de vida**

La tanatología puede dirigirse a explorar las alternativas que tienen las personas para revalorarse y darle un sentido a su vida, entendiendo que la muerte es parte de ella, es un proceso dinámico que lleva a las personas a enfrentar sus preocupaciones y sentimientos con respecto a la muerte, así como tomar decisiones y planteamientos con respecto a sus vidas. Por otro lado, también se dirige a ayudar a las personas afligidas y angustiadas que necesitan apoyo emocional para encontrar respuestas sobre el proceso y al hecho de la muerte. Parece haber estrecha relación entre la satisfacción y sentido en la vida con la aceptación de la muerte y viceversa. Cabe mencionar una sentencia griega: *“los hombres viven su muerte y mueren como han vivido”*. Existen importantes testimonios de casos donde el acercamiento a la muerte transforma seriamente la personalidad, reafirmando prioridades de su vida (*Gómez, 2012*).

Si se acepta a la muerte y se le deja de considerar un tabú según Yalom, 2009 se logra:

- Reestructuración de las prioridades de la vida.
- Sentido de liberación, la capacidad de elegir sólo lo que se desea hacer.
- Sentido realzado de la vida en el presente inmediato.
- Profundo aprecio por los hechos elementales de la existencia: viento, lluvia, estaciones etc.
- Comunicación más profunda con las personas amadas.
- Menos temores interpersonales y al rechazo.

La única manera en que una persona puede aceptar la vida es aceptando la muerte. La muerte parece ser la gran aliada de la vida; la muerte le enseña a una persona que hay un tiempo límite, pero nos enseña también a continuar, a analizar y a valorar el presente (*Alborada, 2012*).



El acercamiento a la muerte nos hace recordar los valores universales de la vida y su significado. Para Viktor Frankl (1963) la muerte es una realidad que provee de sentido a la vida; si la vida fuera eterna, si no tuviera un final, las experiencias y las acciones podrían posponerse continuamente, no habría ninguna consecuencia al dejar las cosas para después ya que siempre existiría la oportunidad de realizarlas. De esta forma, si la muerte no existiera, el hombre no sentiría la necesidad de responsabilizarse por sus acciones y por su vida. Por lo tanto, la limitación temporal en la vida humana, no es sólo una característica esencial de la misma sino un factor real que le da sentido.

Yalom (2009) nos señala que el miedo a morir es permanente y de tal magnitud que una parte considerable de la propia energía se consume en la tarea de negar la muerte. Uno de los afanes básicos del ser humano es intentar trascenderla: desde los fenómenos personales más profundos, pasando por nuestras defensas, motivaciones, sueños, pesadillas, hasta las estructuras macro sociales más externas, como los monumentos funerarios, las teologías e ideologías, los apacibles cementerios, los embalsamientos, nuestro sistema de vida, la predilección de las diversiones, la infatigable reverencia al mito del progreso, como la clonación. Todo ello tiene como fin trascender a la muerte.

Saldanha (1993) plantea que el miedo a la muerte no es más que el miedo a lo desconocido. Lo que en verdad se teme, es perder lo que ya se conoce. El miedo a la muerte está estrictamente ligado al miedo a la vida, generalmente, las personas que no tienen miedo a vivir, no temen morir. La aceptación de la muerte está correlacionada positivamente con el bienestar psicológico. En una investigación se encontró que los sujetos que aceptaban la muerte como realidad inevitable de la vida, disfrutaban de salud física y mental. Por lo que la aceptación sana de la muerte ahorra mucho dolor, el rechazo insano a este fenómeno inherente a la vida conduce a un sufrimiento patológico. Esta manera de llegar a una asimilación de la muerte es lograda por un proceso adaptativo, aunque doloroso, el duelo.

### **5.11.- La muerte y el duelo**

El duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, y de la misma manera que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, así mismo es necesario un periodo de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar (*Worden, 1977*).

Elisabeth Kübler-Ross nació en Zúrich en 1926 y murió en Arizona en 2004, estudió medicina y psiquiatría y se especializó en estudios sobre la muerte y los cuidados paliativos. Recibió veinticinco doctorados honoris causa por su trabajo científico con la muerte y los moribundos (*Kessler, 2007*).

Kübler-Ross (2010) estudió los diferentes aspectos y factores psicológicos y emocionales que se dan cuando un ser humano se enfrenta o está cerca de vivir la muerte ya sea la propia o la de un familiar o ser querido. Gracias a sus estudios se pudo aprender directamente de lo que los pacientes expresaron en las etapas finales de su vida, sus angustias, temores y esperanzas, para que de esta manera se pueda ayudar a todo ser humano a morir con dignidad, respeto y paz.

La muerte es un acontecimiento terrible y aterrador, el miedo a la muerte es un miedo universal, si se aprende a ver a la muerte como parte de la vida ésta se podría enfrentar con más paz y tranquilidad. Hay muchas razones por las que no se afronta la muerte con tranquilidad. Uno de los hechos más importantes es que, hoy en día morir es más horrible en muchos aspectos, es decir, es algo solitario, mecánico y deshumanizado. Cuando un paciente está gravemente enfermo, a menudo se le trata como a una persona sin derecho a opinar y esto es algo que hay que aprender a cambiar pues la persona tiene deseos, sentimientos, pensamientos y derecho a ser escuchada y tomada en cuenta (*Kübler-Ross, 2010*).

¿Qué pasa con el hombre en una sociedad que está empeñada en negar la muerte?, si todos nosotros hiciéramos un esfuerzo para reflexionar sobre nuestra propia muerte y para afrontar las inquietudes que rodean la idea de nuestra muerte, y de la misma manera ayudar a otros a familiarizarse con estos pensamientos quizá se lograría una tendencia menor a la destrucción a nuestro alrededor. Si nosotros pudiéramos considerar la posibilidad de nuestra propia muerte, podremos conseguir muchas cosas, la mejor manera de aprender de la muerte y el morir es tomando a los moribundos como maestros y trabajando en nuestra propia actitud y capacidad para enfrentar la muerte, si este es un problema en nuestra vida y la vemos como algo aterrador y horrible nunca podremos ayudar a alguien a afrontarla con tranquilidad (*Kübler-Ross, 2010*).

## **Las etapas del duelo según Kübler-Ross**

### **Primera fase: Negación y aislamiento**

La negación es habitual en casi todos los pacientes durante las primeras fases de la enfermedad al enterarse de su diagnóstico, la negación es una defensa provisional y poco a poco será sustituida por una aceptación parcial. En esta fase intentamos averiguar las necesidades del paciente tratando de conocer sus puntos débiles y fuertes para determinar hasta qué punto él quiere afrontar la realidad en un momento dado (*Kübler-Ross, 2010*).

### **Segunda fase. Ira**

La negación será sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. En esta fase hay que aprender a respetar y comprender al paciente pues el alivio que experimentan al manifestar su ira les ayuda aceptar mejor su condición (*Kübler-Ross, 2010*).

### **Tercera fase: pacto / negociación**

El pacto es un intento de posponer los hechos, es una especie de acuerdo para que se posponga lo inevitable, la mayoría de los pactos se hacen con Dios y estas promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta, por lo tanto es importante no pasar por alto este tipo de comentarios de los pacientes (*Kübler-Ross, 2010*).

### **Cuarta fase: depresión**

Esta fase habla del dolor preparatorio por el que pasa el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo, debemos entender que el paciente está punto de perder todas las cosas y las personas que quiere, si se le permite expresar su dolor, encontrará mucho más fácil la aceptación final, debemos saber que este tipo de depresión es necesario y beneficioso para que el paciente muera con aceptación y paz (*Kübler-Ross, 2010*).

### **Quinta fase: aceptación**

La fase de aceptación está casi desprovista de sentimientos, es como si el dolor hubiera

desaparecido, la lucha hubiera terminado y llegara el momento del descanso final antes de la muerte. En esta fase es cuando la familia es quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo. Cuando el paciente moribundo ha encontrado cierta paz y aceptación busca estar tranquilo y en silencio. Podemos entender que cuanto más se lucha para esquivar la muerte inevitable, cuanta más negación haya será más difícil llegar a la fase de aceptación con paz y dignidad. Lo más importante siempre será mantener la dignidad e independencia del paciente el mayor tiempo posible (*Kübler-Ross, 2010*).

La única cosa que generalmente persiste a lo largo de todas las fases es la esperanza, es el deseo de que todo lo que se vive tenga algún sentido y que al final haya valido la pena. Siempre hay que dar a todos los pacientes la posibilidad de un tratamiento más eficaz y no considerar desahuciados a los pacientes gravemente enfermos, dándolos por perdidos, si damos por perdido a un paciente, él se puede dar por perdido a sí mismo y cualquier ayuda médica que pudiera venir después sería inútil, pues el paciente ya no estaría dispuesto a esforzarse otra vez (*Gómez, 2012*).

Para realmente ayudar al paciente desahuciado es importante tener en cuenta a su familia pues tiene un importante papel durante la enfermedad y sus reacciones contribuyen mucho la respuesta que tendrá el paciente. La familia debe entender que la enfermedad no rompe totalmente un hogar y que ésta no priva completamente a todos los miembros de cualquier actividad, la enfermedad debería verse como un cambio. Las necesidades de la familia van cambiando a lo largo de la enfermedad y muchas veces continuarán hasta después de la muerte ya que los problemas del paciente moribundo se acaban, pero los de la familia continúan. Es muy difícil para los pacientes afrontar una muerte inminente cuando la familia no está dispuesta a “dejarlos marchar”. Nuestro objetivo debería ser ayudar a la familia a afrontar la crisis compartiendo sus sentimientos antes de que se produzca la muerte para evitar culpabilidad, vergüenza, miedo al castigo y mucho sufrimiento después de que su pariente haya fallecido (*Gómez, 2012*).

El paciente desahuciado tiene necesidades muy especiales que pueden cubrirse si se toma el tiempo de averiguar cuáles son; para trabajar con un paciente moribundo se requiere de cierta madurez que se adquiere con experiencia. Normalmente lo que los pacientes desahuciados necesitan es de una persona comprensiva que tenga tiempo para sentarse y escuchar sus sentimientos y deseos. Cuando se tiene la fortaleza y el amor

para acompañar a un paciente moribundo se descubrirá que la muerte no es espantosa ni dolorosa, sino el cese pacífico del funcionamiento del cuerpo (*Kübler-Ross, 2010*).

### **Las cuatro tareas del duelo**

J. William Worden, (2009) profesor de psicología de Harvard Medical School, desarrolló un modelo que llama “Las cuatro tareas del duelo”. La pérdida y el dolor nos suceden a nosotros, pero este modelo sugiere que hay mucho que podemos hacer para completar exitosamente el trabajo del duelo.

#### **Tarea 1: aceptar la realidad de la pérdida.**

La aceptación es tanto intelectual como emocional y requiere muchas experiencias diferentes para que sea real para nosotros.

#### **Tarea 2: procesar la pena del duelo.**

Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida recordando que el tipo de pena experimentado depende de muchos factores exclusivos de cada relación. Y que muchas personas se benefician del apoyo externo que los ayuda a afrontar y resistir la pena que produce la pérdida. Se mitiga y disminuye con el tiempo.

#### **Tarea 3: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente**

La adaptación es muy amplia, incluye adaptaciones externas (vida diaria sin la persona), internas (¿Quién soy ahora?) y espirituales (encontrar nuevas formas de ver el mundo). Hay oportunidades para encontrar nuevas capacidades y para crear cambios con sentido.

#### **Tarea 4: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.**

Esta tarea consiste en encontrar una conexión duradera con la persona fallecida mientras se comienza una nueva vida. La aceptación de la pérdida no significa que la relación con la persona fallecida ha concluido. Encontrar una manera propia exclusiva de continuar

una conexión con esa persona es normal y saludable. Los objetivos realistas del trabajo del duelo incluyen recuperar el interés en la vida y sentirse esperanzado, descubrir los nuevos aspectos de uno mismo y entablar nuevas relaciones: seguir adelante (*Worden, 2009*).

Los determinantes más importantes dentro de un duelo por muerte, en términos generales parecen entrar dentro de las siguientes categorías:

- Quién era la persona (si era el abuelo, el hermano, alguno de los padres, el hijo, la pareja o tal vez el amigo).
- El tipo de la relación y lo significativo que era.
- Forma en que se murió (muerte natural, accidental, suicidio, homicidio).
- Antecedentes históricos (conocer si la persona ha tenido pérdidas anteriores y como ha elaborado sus duelos).
- Variables de personalidad (edad, género, personalidad).
- Variables sociales (rol y estatus social).
- Variables económicas (posición económica).
- Experiencias previas con la muerte. (idea fundante de muerte).
- Tácticas de la persona para superar crisis. (recursos con que cuenta la persona, tomados de experiencias previas y que en el momento de la crisis necesita para salir adelante).
- Forma de percibir la muerte, ¿qué tan atemorizante o no es la muerte? (*Scott, 2013*).

## **5.12.- Aspectos a considerar dentro del trabajo tanatológico**

El tanatólogo tiene que estar consciente del trabajo que va a realizar, y esto involucra los aspectos básicos que se presentan en el proceso de duelo, y según Scott (2013) los más sobresalientes son:

**1.-Facilitar al sobreviviente la realidad de la pérdida.**-Cuando un ser querido muere, aunque la muerte sea esperada, existe una cierta sensación de irrealidad, de que esto ocurrió realmente.

**2.- Facilitar al sobreviviente a identificar y expresar sus emociones.**-Que importante es que el sobreviviente reconozca y exprese de manera sana y nutritiva sus emociones,

en algunos casos le será difícil expresarlas principalmente porque algunas de ellas son displacenteras (miedo, tristeza, enojo).

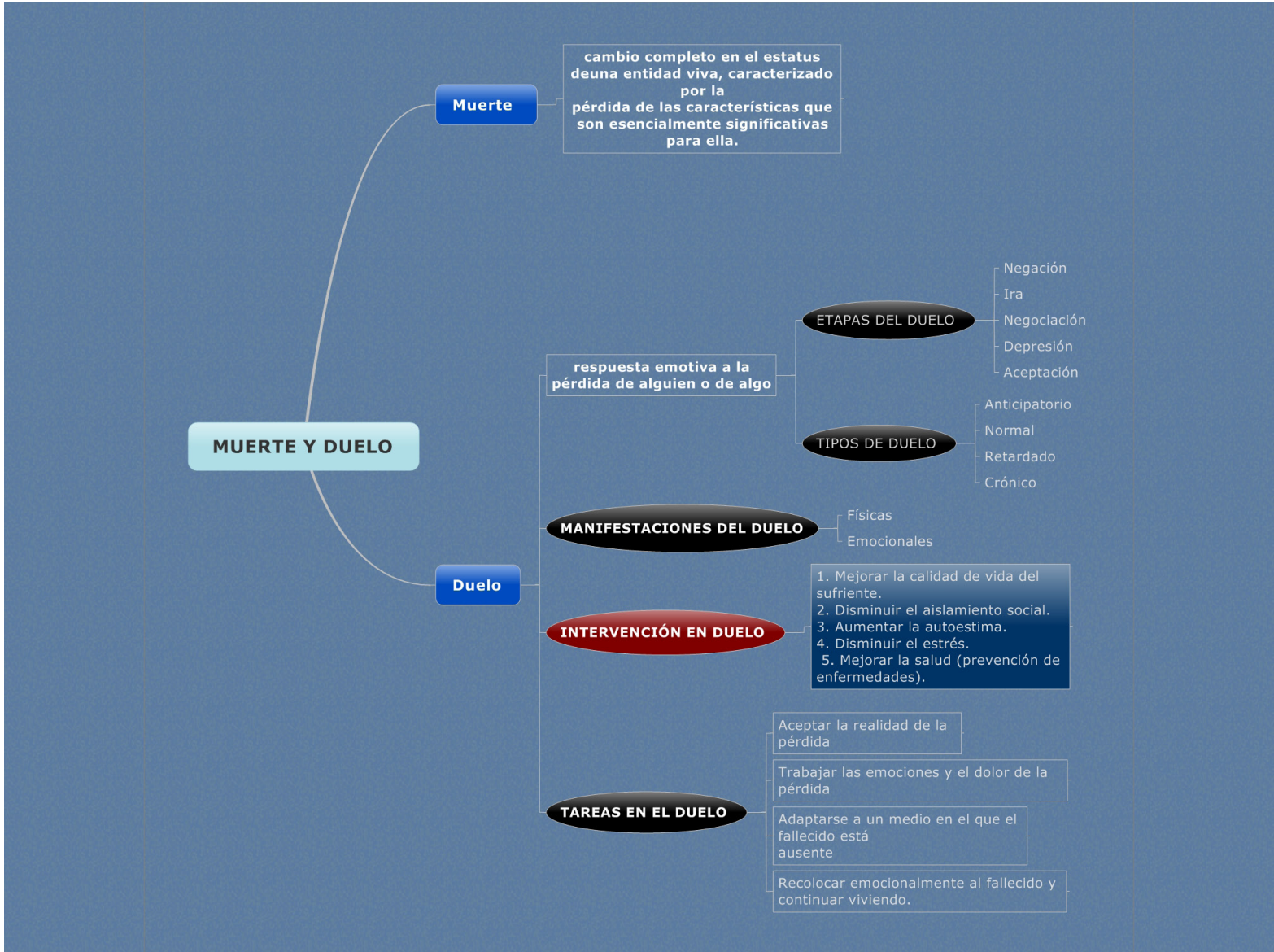
**3.-Apoyar al sobreviviente a vivir sin su ser querido.**-La reubicación del sistema debe de considerar los roles que realizaba la persona que murió y quien o quienes irán cubriendo esos papeles, de igual forma sucede con las relaciones, es posible que no se encuentre a personas tan semejantes para cubrir los lazos afectivos, sin embargo, estos se pueden ubicar en varias personas y en distintos niveles y de distintas formas.

**4.- Propiciar un clima donde la elaboración del duelo se realice al tiempo y al ritmo del paciente.**-El proceso de duelo requiere tiempo y cada persona lo asimila de distinta forma, respetar el ritmo del tiempo del paciente es fundamental, recordando que es el paciente quien está elaborando el duelo y no el tanatólogo.

**5.- Dar apoyo continuo.**-Siempre y cuando el paciente así lo solicite, no es recomendable que el tanatólogo presione al paciente para que elabore su duelo.

**6.- Examinar defensas y estilo de afrontamiento.**-Facilitar a los pacientes el examen de sus defensas y la forma en la que afrontan sus procesos de duelo, estos se intensifican después de una pérdida significativa.

**7.-Identificar patologías y canalizarlas a la atención adecuada.**-Conocer cuando el paciente presenta cuadros psiquiátricos cuya atención requiera la intervención de un especialista.





## **VI.- RESULTADOS OBTENIDOS**

### **6.1.-Fase 1**

#### **Capacitación y Seminarios**

La capacitación que recibí mediante seminarios, me brindó conocimientos nuevos acerca de la Psicología de la Salud y la Oncología. Conocí el área de la Psicología de la Salud, la importancia de la promoción y prevención de la salud y el papel que desempeña el psicólogo en el ambiente hospitalario.

Aprendí más a fondo acerca de la enfermedad del cáncer desde una visión médica, fisiológica y psicológica, con la ayuda de la psicooncología.

Recibí una capacitación de apoyo tanatológico para ayudar en los procesos de muerte y las enfermedades terminales y aprender cómo brindar apoyo a los pacientes para que tengan una muerte digna.

Tuve una capacitación en intervención en crisis ya que el ambiente en el hospital suele ser tenso y con muchas emociones de por medio, es por eso que técnicas como manejo de estrés, relajación muscular progresiva y escaneo corporal, son herramientas que ayudan a enfrentar todo lo que implica ser un paciente o un familiar de un enfermo hospitalizado.

Los ejercicios de roll playing ayudaron para practicar el abordaje de los pacientes y poder tener una preparación previa de las diferentes situaciones a las que nos enfrentaríamos en el hospital.

El programa estadístico SPSS era nuevo y desconocido para mí y el poder aprender sobre este, amplió mis conocimientos en la investigación y estadística de un proyecto.

Contribuí a la Institución pues realicé capacitaciones a los nuevos integrantes del Servicio Social. Esto implicó un reto ya que es diferente comprender el conocimiento uno mismo a compartirlo, así que tuve que prepararme para poder realizar una buena capacitación y que los miembros que se iban incorporando al equipo recibieran la misma calidad de preparación que yo obtuve.

Las capacitaciones que hice ayudaron a que en el Servicio se incorporaran elementos que tuvieran las herramientas necesarias para poder desempeñar las actividades requeridas, mi experiencia previa en el Hospital ayudó a que los ejercicios de roll playing fueran con ejemplos reales y que los prestadores del Servicio se enfrentaran a situaciones similares a las que se iban a encontrar en el Hospital.

Colaboré aportando mis conocimientos, competencias y habilidades para que los prestadores a los que capacité pudieran integrarse en un ámbito profesional vinculándose en la realidad de la profesión para que de esta manera en un futuro puedan darse a conocer como profesionistas con conocimientos y experiencia.

Realicé un taller en dónde se les enseñaba a los compañeros prestadores a usar el baumanómetro para medir la presión arterial, esto fue con el objetivo de observar las reacciones del estrés en el cuerpo, gracias a este taller se pudo comprobar cómo una situación de estrés afecta físicamente.

## **6.2.-Fase 2**

### **Elaboración de instrumentos**

Aprendí el proceso de desarrollar un instrumento de evaluación, desde su redacción, adaptación, piloteo y cambios que se deben de realizar con base en los resultados obtenidos en el piloteo.

Mis conocimientos previos de diseño gráfico y editorial fueron muy importantes al momento de la elaboración de instrumentos, ya que además del trabajo de redacción, piloteo, adaptación y corrección me permitieron aportar el elemento visual, que es de suma importancia a la hora de aplicar un instrumento, pues esto ayuda a que no sea cansado y difícil al momento de contestarlo.

Ayudé a solucionar estratégicamente necesidades de comunicación visual mediante el diseño y producción de gráficos con identidad y el estilo requerido para la aplicación del instrumento en el Hospital, todo esto mediante el dominio y aplicación de los procesos de diseño y el uso apropiado de las herramientas tecnológicas.

Con un amplio sentido ético y de emprendimiento en el área de la comunicación visual elaboré “El Manual de Psicoeducación para el paciente con cáncer” que es una presentación interactiva que se planea usar como herramienta para explicarles a los pacientes la información básica de su enfermedad. Esta presentación será usada durante la elaboración del programa de “Regulación emocional del paciente con cáncer” y se quedará como una herramienta de ayuda para futuras investigaciones del Laboratorio.

Colaboré con nuevas ideas para mejorar el cuadernillo de evaluación, buscando errores y sugerencias que surgieron durante el piloteo. Logrando así crear un cuadernillo de evaluación que cumple con los objetivos de la investigación y que es comprensible para aquellos sujetos a los que se les aplicará.

### **6.3.- Fase 3**

#### **Aplicación de instrumentos en el Hospital /Intervención**

El hecho de poder realizar la investigación en el Hospital me ayudo a:

- Aprender mediante la práctica y desarrollarme profesionalmente.
- Aplicar instrumentos en la población clínica.
- Poder obtener conocimientos en la psicología de la salud tanto prácticos como teóricos.
- Aprender a realizar intervenciones tanatológicas.
- Trabajar en equipo con otros psicólogos para aprender de ellos y desarrollar habilidades conjuntas.
- El convivir con los enfermos de cáncer me llevó a investigar, estudiar y aprender para poder hacer intervenciones con ellos, y también a realizar trabajo personal, pues en ocasiones es fuerte lo que se ve y se vive al estar trabajando con ellos.
- El poder practicar en un escenario real es una oportunidad para aprender y aplicar la teoría adquirida durante la carrera, la intervención me ayudó a adquirir experiencia y mejorar mi calidad como persona y como profesionista. Aprendí mucho del trabajo del psicólogo dentro del hospital, me enfrenté a pacientes en fase terminal y a la manera de poder realizar intervenciones con ellos.

En los casos que mostré se puede observar cómo la regulación emocional y los sucesos de vida se relacionan con el desarrollo del cáncer, y aunque no estuve para ver la conclusión de la investigación ya que mi tiempo como prestadora de servicio social concluyó antes de que hubiera resultados, en mi experiencia propia pude ver que en algunos casos si existe una relación entre la regulación emocional, los sucesos de vida y el cáncer.

A continuación mostraré los resultados obtenidos por caso:

## **CASO 1**

Paciente de 51 años, sexo femenino con diagnóstico de cáncer cérvico-uterino. Los resultados obtenidos en los Instrumentos aplicados fueron los siguientes:

**¿CÓMO ME HE SENTIDO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS? PANAS-C: 47**

**¿CÓMO ME HE SENTIDO Y EXPRESADO? ERQ/BEQ: 53**

**¿QUÉ COSAS ME HAN PASADO EN LA VIDA?: 73**

En donde podemos ver una gran relación entre sucesos de vida traumáticos y el desarrollo de la enfermedad y la falta de regulación emocional en la vida cotidiana.

Se estuvo trabajando con la paciente una sesión semanal junto con la Psiquiatra Dra. Adriana Solís (mi supervisora en el Hospital) y a las conclusiones que se llegaron fueron las siguientes:

Con el paso de las sesiones y el aumento de confianza entre la paciente y las terapeutas, se descubrió que el nacimiento del hijo de la paciente, fue un acontecimiento traumático ya que éste nació por fórceps y durante el trabajo de parto por alguna negligencia médica la paciente sufrió un desgarro vaginal severo. Así que se descubrió una relación entre situaciones traumáticas, su aparato reproductor y el desarrollo de depresión, miedos, ansiedad, angustia y enfermedades físicas.

Tras sufrir una violación que generó un estrés post traumático en la paciente, ella reprimió todo recuerdo a este hecho traumático y es hasta el momento en que nace su hijo cuando de nuevo se ve vulnerable y atacada en sus genitales y ella empieza a generar

síntomas psicológicos que la llevaron a lo que ella llama “una ruptura emocional”. De la cual se recuperó con la ayuda de su esposo y para sacar adelante a su hijo. 29 años después ella desarrolla un tumor en la matriz, de nuevo al sentirse expuesta y vulnerable en su aparato sexual, revive los hechos traumáticos que ha vivido y vuelve a tener una “ruptura emocional”.

El plan de trabajo que se acuerda con la Dra. Solís es continuar con la sesión semanal terapéutica en donde la paciente recibirá un entrenamiento en relajación: respiración diafragmática lenta y relajación muscular progresiva. Para que esto le sirva de herramienta en momentos de angustia y miedo. La paciente recibió medicación por parte de la psiquiatra y se busca trabajar en el acontecimiento de la violación que se cree fue el que desencadenó todo lo demás. Además de que recibirá apoyo psico oncológico para poder sobrellevar la vida con su enfermedad.

En este caso realicé una aportación importante pues fue gracias a la aplicación del Instrumento y la explicación de sucesos de vida y desarrollo de la enfermedad que se les dio a la paciente y a su esposo, que ellos acudieron a las sesiones con la Dra. Solís pudiendo así tener un trabajo terapéutico para los acontecimientos traumáticos que vivió la paciente.

## **CASO 2**

Paciente de 36 años, sexo femenino con diagnóstico de leucemia. Los resultados obtenidos en los Instrumentos aplicados fueron los siguientes:

**¿CÓMO ME HE SENTIDO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS? PANAS-C: 20**

**¿CÓMO ME HE SENTIDO Y EXPRESADO? ERQ/BEQ: 29**

**¿QUÉ COSAS ME HAN PASADO EN LA VIDA?: 87**

Al observar los resultados de los instrumentos se trató de indagar más en los acontecimientos de vida de la paciente. Descubriendo que vivió una infancia difícil ya que su madre la dejó con unos tíos para que la cuidaran, cuando ella tenía 14 años, pues la madre iba a buscar dinero a Estados Unidos, la paciente menciona que desde que se fue su madre nunca más supo de ella.

Refiere que con la primera pareja que vivió sufrió maltratos físicos y emocionales, varias infidelidades hasta que éste se fue a trabajar a Estados Unidos para conseguir más dinero y nunca volvió a saber de él. Misma situación que vivió con la madre.

La paciente se muestra muy preocupada por el futuro de sus hijos y más con su enfermedad, que, aunque en “La Clínica especializada Condesa” le informaron que ella es portadora del virus de inmunodeficiencia humana y que aún no tiene la enfermedad del SIDA, es importante que ella esté consciente de que ésta podría desarrollarse en los años posteriores, pero ahora con el diagnóstico de cáncer y la dificultad de llevar un tratamiento afín al tratamiento del VIH. Ella está muy preocupada por cómo manejar la situación con sus hijos. Se espera que con el apoyo psiquiátrico y psico oncológico la paciente pueda sobre llevar la enfermedad y logre comunicar sus necesidades a sus familiares para que el ambiente en casa beneficie a los tratamientos y ella pueda tener una mejor calidad de vida.

Se acordó que acudiría a una sesión terapéutica semanal para trabajar en su adaptación a la enfermedad, además habría sesiones en las que acudirían sus hijos mayores y su pareja para explicarles acerca de las enfermedades que padece la paciente y los apoyos que ella requiere por parte de la familia y el personal de salud.

### **CASO 3**

Paciente de 75 años, sexo femenino con diagnóstico de cáncer de piel en cabeza y cuello. Dadas las condiciones de la paciente 3, no se le pudo aplicar el Cuadernillo de los instrumentos de evaluación, sin embargo, creo importante mencionar este caso, pues se manifiesta una relación importante entre los sucesos de vida y el desarrollo de la enfermedad, ya que el esposo narró durante la entrevista que la paciente 3 siempre quiso ser hombre pues su padre la rechazaba ya que era la primogénita y él esperaba tener un varón. Como el padre nunca tuvo hijos hombres ella asumió un rol que no le correspondía y cargó con una culpa física toda su vida que probablemente influyó en el desarrollo de su cáncer. La paciente fue canalizada al servicio de Salud Mental del Hospital General, en donde recibirá la atención especializada que requiere su caso.

Gracias a la manera en que se llevó la entrevista clínica, se observó que la paciente presentaba alteraciones en el manejo de la realidad y fue canalizada a Salud Mental.

#### **CASO 4**

Paciente de 45 años, sexo masculino y diagnosticado con cáncer de colon. Los resultados obtenidos en los instrumentos fueron los siguientes:

**¿CÓMO ME HE SENTIDO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS? PANAS-C: 28**

**¿CÓMO ME HE SENTIDO Y EXPRESADO? ERQ/BEQ: 36**

**¿QUÉ COSAS ME HAN PASADO EN LA VIDA?: 57**

En este caso se trabajó con la esposa del paciente que es canalizada a la Clínica de Tanatología del Hospital General a cargo de la Maestra Rocío Fernández, quien se encargará de brindarle el apoyo y acompañamiento tanatológico para que ella pueda manejar su doble duelo y enfrentar la realidad que está viviendo, con la pérdida de un hijo y con la enfermedad terminal de su marido.

Además, se trabajará en conjunto con el equipo médico para poder informarle al paciente sobre la muerte de su hijo y que este hecho no traiga más complicaciones a su salud, ya que aunque es importante su salud, se debe tomar en cuenta el derecho que el paciente tiene de conocer la verdad de lo sucedido.

#### **CASO 5**

Paciente de 59 años, sexo femenino con diagnóstico de cáncer de páncreas. Los resultados obtenidos en los instrumentos que se le aplicaron fueron los siguientes:

**¿CÓMO ME HE SENTIDO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS? PANAS-C: 43**

**¿CÓMO ME HE SENTIDO Y EXPRESADO? ERQ/BEQ: 49**

**¿QUÉ COSAS ME HAN PASADO EN LA VIDA?: 40**

Se acordó con la paciente y el hijo mayor, que era el cuidador primario, que se le iba a hacer una visita diaria a la señora para que pudiera trabajar su enojo acumulado, su expresión emocional, el perdón y la culpa, para que de esta manera pudiera tener calidad de vida y que fuera resolviendo asuntos pendientes, cerrando ciclos y regulando sus emociones.

Sin embargo, al día siguiente que se acudió a la visita, las enfermeras informaron que la paciente había fallecido en la madrugada.

El poderle brindar a los distintos pacientes acompañamiento, apoyo, intervención en crisis y escucha activa es un servicio que además de ser retribuido con experiencia y aprendizaje, sirve de gran ayuda para los pacientes, pues en muchas ocasiones sus emociones no son validadas por los médicos, o es tanta la demanda que el personal de salud no logra abarcar todos los requerimientos que tienen los pacientes.

El trabajar en un escenario real implica el reto de aplicar todo el conocimiento adquirido para resolver situaciones, el estar a cargo de un grupo de prestadores de Servicio Social en el hospital me dio la oportunidad de aportar mis conocimientos y recursos para enfrentar situaciones y resolver problemas. Mi experiencia previa como maestra me ayudó a tener una actitud de liderazgo y apoyo. Hubo una ocasión en la que tuve que realizar una intervención en crisis con una de las prestadoras que estaban bajo mi supervisión, ya que al momento de estar aplicando un instrumento, ella no pudo continuar y salió corriendo, dejando al paciente y su familia desconcertados. Para mi compañera fue muy fuerte escuchar que el paciente al que le estaba aplicando el instrumento no había comido en varios días por falta de recursos económicos pues para ellos era muy caro y difícil acudir al Hospital desde el pueblo en donde vivían. Ante esta situación, del dolor del paciente y la pobreza económica en la que vivía, la prestadora no pudo más y se soltó a llorar, huyendo de la situación. Trabajar con mis propios compañeros en intervención en crisis y brindarles herramientas de autocontrol y fortaleza fue una gran aportación que realicé, ya que para mí también era difícil e impactante escuchar los casos de los pacientes en el Hospital, pero como líder de mi equipo yo debía conocer y manejar mis emociones para poder dar contención en situaciones como esta, ya que los prestadores apenas comenzamos a desenvolvemos en un escenario real para adquirir experiencia profesional; es por eso que debíamos aplicar los conocimientos adquiridos y nuestros propios recursos para desempeñar nuestro trabajo con calidad.

Tuve que ser muy objetiva para poder evaluar a mis compañeros y medir qué tan preparados estaban para el trabajo en el Hospital, en ocasiones teniendo que regresarlos a la capacitación en el Laboratorio pues su desempeño en el Hospital aún no era el que se requería para poder aplicar los instrumentos, estas evaluaciones colaboraron a que el equipo



de trabajo que se presentaba en el Hospital fuera el más capacitado y que la imagen que dábamos como alumnos de la UNAM y como psicólogos fuera la adecuada para mantener las puertas abiertas en los espacios de investigación que se brindan a los estudiantes.

Colaboré en la dirección de un equipo de calidad en el Hospital cumpliendo con lo requerido, aplicando los instrumentos que se necesitaban para poder tener un piloteo y de esta manera evaluarlos y mejorarlos, durante el tiempo que estuve en el Hospital mi equipo de trabajo aplicó 39 instrumentos de los cuales se anularon 8 pues quedaron inconclusos o no cumplían con los criterios de inclusión de la evaluación. Gracias a este trabajo se logró mejorar el instrumento de evaluación para que la investigación se pudiera realizar con calidad y se obtuvieran los datos precisos que requiere la investigación del tesista. Además se plantearon sugerencias para que en el futuro los próximos prestadores pudieran desempeñarse mejor dentro del escenario de trabajo.

Por último el tomar notas y registro de los casos, ayudó a obtener información acerca del cáncer y la relación de éste con sucesos de vida y regulación emocional. Estos casos reales sirven como referencia en la investigación y abren la posibilidad a nuevas investigaciones dentro del laboratorio.

#### **6.4.- Fase 4**

##### **Investigación**

Aprendí a realizar investigaciones en artículos científicos, consultando bases de datos y revistas especializadas en el tema como "*Nature Review Oncology*" aporté información de investigación con la realización de evidencias de conocimiento como mapas mentales, cuadros sinópticos y cuestionarios. El estar en constante evaluación por parte de los supervisores del Servicio, requería un nivel de compromiso para realizar las tareas y trabajos asignados.

Mi trabajo en investigación ayudó a promover las contribuciones de la Psicología como una disciplina interesada en la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica; alentando la integración del conocimiento médico y el psicológico con relación a la salud y enfermedad.

Los trabajos de investigación que realicé servirán como base de datos para futuros trabajos de investigación del Laboratorio en donde colaboré.

## **6.5.- Fase 5**

### **Evaluación**

Mis horas de Servicio Social concluyeron antes del proyecto del tesista por lo tanto aún no se conocen los resultados de la evaluación que se realizó con los instrumentos, sólo se obtuvieron los resultados del piloteo que sirvieron para realizar modificaciones al instrumento de evaluación.

A partir del conocimiento de que el hombre es un ser bio-psico-social no podemos negar el hecho de que la enfermedad debe ser vista y estudiada desde todas las áreas que componen al ser humano, el buscar cómo las emociones y los aspectos psicológicos influyen en el desarrollo de una enfermedad, debe de ser un trabajo de investigación constante en el área de la psicología.

## VII.- RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Nadie duda hoy en día de la necesidad de atención psicológica del paciente con cáncer y de su entorno. El impacto del diagnóstico de cáncer, con todas sus connotaciones negativas y el afrontamiento a un tratamiento cuyas consecuencias inciden en la calidad de vida del paciente, constituyen las bases para que el afectado sea candidato a recibir soporte psicológico especializado. Así pues, dado que la psico-oncología es una profesión cada vez más asumida y aceptada en el entorno médico y social, nuestros esfuerzos deben encaminarse a establecer las bases para su desarrollo y consolidación. Buscando cubrir las necesidades de cada paciente oncológico, aumentando la calidad de vida, y haciendo prevención de las posibles complicaciones bio-psico-sociales.

El patrón de las causantes de la mortalidad ha propiciado un cambio en el modelo médico de entender y tratar la enfermedad, se ha pasado del modelo biomédico al modelo bio-psico-social. El cual postula que los estados de salud y enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Este abordaje psicooncológico constituye un apoyo del paciente con cáncer y sus familiares para enfrentar la muerte; las metas u objetivos de la educación para la muerte varían de acuerdo a la edad y necesidades del paciente y el papel fundamental del psicólogo es el de ayudar a proporcionar las bases emocionales y cognitivas a todos los pacientes, siendo los principales objetivos del psicólogo en la educación para la muerte:

- Ayudar a los niños a crecer con tan poca ansiedad a la muerte como sea posible.
- Ayudar a la gente a desarrollar su propio sistema de creencias individuales acerca de la vida y la muerte.
- Ayudar a la gente a ver la muerte como un fin natural de la vida.
- Ayudar a la gente a prepararse para su propia muerte y la de aquéllos cercanos a ellos.
- Ayudar a que la gente se sienta bien en la agonía y trate humana e inteligentemente a quienes estén cercanos a la muerte por el tiempo que éstos vivan.
- Ayudar tanto a las personas no especializadas como a los profesionales de la salud, como médico y enfermeras a obtener una visión realista del profesional y su obligación hacia el moribundo y sus familiares.

-Entender la dinámica de la pena y las formas de cómo la gente de diferentes edades reacciona comúnmente ante la pérdida.

-Ayudar al usuario a decidir qué tipo de servicios fúnebres desean de él y sus familiares y mostrarles cómo obtenerlos adecuadamente.

-Hacer de la agonía una actitud lo más positiva posible destacando la importancia de minimizar el dolor, ofreciendo cariño, cuidado personal; involucrando a la familia y a los amigos cercanos en el cuidado de la persona agonizante y siendo susceptible a los deseos y necesidades del enfermo (*Leviton. 1977 citado en Papalia, 1992*).

El primer paso para entrenarnos para vencer el temor a la muerte es reconocer cuáles son nuestras actitudes y patrones actuales de respuesta ante circunstancias difíciles y tratar de inferir, a partir de esto, cómo sería nuestra experiencia de muerte si ocurriera en este momento.

El tanatólogo tiene, como objetivo principal, hacernos conscientes de las herramientas con las que contamos para poder lidiar con la muerte y marcarnos la pauta de aquello con lo que tenemos que trabajar. La idea es acercarnos a la experiencia, observar lo que sentimos al respecto, familiarizarnos con la idea de que la muerte puede ocurrir en cualquier momento y, ante esto, cómo podemos prepararnos para una buena muerte. El tanatólogo nos ayuda a conocer nuestros temores al respecto del proceso de morir y la muerte, y nos puede dar pautas para prepararnos para ello, sin importar cuándo y cómo suceda, y poder caminar sin temor ante la idea siempre presente de la muerte (*Gómez, 2013*).

La preparación para la muerte durante la vida nos permitirá, cuando sea nuestro turno de experimentar el proceso de morir, ser capaces de asumir nuestra condición mortal como parte natural de la vida. De este modo, nos sentiremos satisfechos con lo vivido; concluiremos todos los detalles prácticos de nuestra vida; nos separaremos de nuestras posesiones y estilo de vida; nos despediremos de nuestros seres queridos; llevaremos a cabo los “últimos rituales”; y finalmente, enfrentaremos con mayor tranquilidad y sin temor el momento de nuestra muerte.

La reflexión en la muerte nos enseña que en realidad no tenemos control sobre nuestra vida, que nada debe ser tomado como dado, como seguro, como permanente.

La muerte nos recuerda que no poseemos nada de lo que creemos poseer. Nos vamos del mundo como llegamos a él, desnudos y sin posesiones. La muerte nos enseña lo que somos, pues ella se lleva nuestro cuerpo, nuestro cerebro; todas las expresiones de nuestra individualidad y ser. Así como no llevamos nuestros bienes o nuestro estatus en el proceso de nuestra muerte, tampoco podemos llevar nuestra identidad, nuestra personalidad cultivada en vida. La muerte no es nuestra enemiga, es parte de la realidad de la vida, nuestra compañera constante, nos demos cuenta o no (*Rimpoche, 1992*).

***“La muerte es nuestra acompañante eterna... Siempre te ha estado observando. Siempre lo hará hasta el día en que te toque... Lo que debes hacer cuando te sientas impaciente, cuando sientas que todo va mal, es voltear hacia su izquierda y pedirle consejo a tu muerte. Una inmensa cantidad de significados surgen cuando tu muerte te hace un gesto... El tema de la muerte nunca es enfatizado lo suficiente. La muerte es el único consejero sabio que tenemos.”***

***Carlos Castaneda, 1968***

Aunque en el Hospital General existe un área de Psicooncología y tanatología, son pocos los pacientes que se acercan a estas áreas a pedir ayuda, esto se debe principalmente a dos razones:

- 1.-Una la falta de información por parte del personal médico que evitan hablar de la muerte y las emociones.
- 2.- Y la falta de propaganda o información de estas áreas.

El área de Psicooncología funciona de la siguiente manera: Normalmente en la consulta se encuentran el médico y el psicólogo y éste según su criterio decide si el paciente requiere atención psicooncológica. Considero que el hecho de que no exista la privacidad psicólogo-paciente, hace que en muchas ocasiones el paciente no se desenvuelva y exprese realmente sus emociones, el que se encuentre presente la figura del Médico que implica autoridad y respeto y hace que sea difícil que el paciente diga lo que siente, además en la consulta se encuentran las enfermeras, residentes y estudiantes. Lo mismo sucede con los pacientes hospitalizados, todos los días a las 9 am se hace una ronda en donde van los médicos, especialistas, estudiantes y el psicólogo, y se decide cuáles de los pacientes requerirán atención psicooncológica y cuáles no.

El hecho de tener cáncer no es sólo la enfermedad física, también implica una confrontación y aprendizaje tanto para el paciente como para la familia, ya que es un proceso en donde las personas viven muchas pérdidas, en primer lugar, la pérdida de la salud y así sucesivamente hasta el riesgo de perder la propia vida o perder a un ser querido.

Hablar de cáncer es hablar de un proceso de vida de una persona que se está enfrentando a múltiples cambios, personales, sociales, laborales, emocionales y evidentemente físicos, por lo tanto, es obvio que se experimentan cambios psicológicos y que las personas que están viviendo este proceso requieren una atención psicológica. Comprendo que es difícil pues los sistemas de salud están saturados y existe mucha demanda, pero si lo que se busca es poder dar una atención integral al paciente basándose en un modelo bio-psico-social, la ayuda psicológica a los pacientes con cáncer debería de ser tan importante como las quimioterapias u otros tratamientos.

La necesidad que tienen los pacientes de comunicar sus miedos y sentimientos respecto a la muerte es enorme, ya que es común cuando alguien escucha la palabra cáncer inminentemente piensa en la muerte, el temor a la muerte genera estrés y por lo tanto las reacciones físicas a la enfermedad o al tratamiento no son las mejores.

## VIII.- PROPUESTA

La propuesta que yo planteo es la del desarrollo de una intervención tanatológica hospitalaria, en donde los pacientes puedan contar con el apoyo directo de un psicólogo capacitado en tanatología para trabajar el proceso de su enfermedad y sus miedos acerca de la muerte. Es el desarrollo de un plan de intervención en donde se trabaje con el paciente y con sus familiares.

La importancia de realmente entender al hombre como un ser bio-psico-social y espiritual es sumamente necesaria para poder trabajar con él en un periodo de enfermedad y pérdida.

El cáncer es una enfermedad que implica un proceso de vida de alguien que se enfrenta a múltiples cambios y pérdidas, desde lo personal, lo social, lo laboral, lo económico, lo familiar y lo espiritual y por supuesto lo físico, debido a esto el aspecto psicológico debe de ser cuidado y atendido para que el paciente cuente con herramientas cognitivas y emocionales para adaptarse a éste proceso de vida llamado cáncer.

Para poder realizar una adecuada intervención del paciente con cáncer se debe de trabajar con él a nivel individual, familiar, social y cultural. Y se debe identificar el momento del curso de la enfermedad que el paciente está viviendo, ya que hay técnicas específicas de apoyo para cada etapa: diagnóstico, tratamiento, secuelas, rehabilitación, sobrevivencia, persistencia, paliación, terminal y muerte. Es por todo esto que la intervención tanatológica que yo propongo aborda desde la información, hasta la despedida, desde el trabajo personal, el trabajo familiar hasta el trabajo del personal de salud. Pues para poder realmente apoyar a un paciente se debe tomar en cuenta todos los elementos que están influyendo en su proceso de enfermedad.

### **El tanatólogo**

La figura del acompañante del enfermo ha evolucionado a lo largo de la historia, desde la profesión y filosofía, hasta la adaptación social contemporánea. Según estudios antropológicos se sabe que inicialmente eran los monjes quienes acudían a casas de los feligreses a curar, orar o paliar a los enfermos, podríamos decir entonces que la labor de

asistir a un enfermo terminal y a su familia tiene sus raíces en una filosofía teológica inmersa en una necesidad de paz, trascendencia y espiritualidad. A partir de los años 70's Kübler Ross se dio a la tarea de difundir el tema de la muerte y la tanatología, posicionando al tanatólogo con un perfil profesionalista sustentado en el humanismo y el servicio. Actualmente, según Gómez (2012), la población mundial se encuentra saturada de sistemas que pretenden cubrir el perfil profesionalista de alguien que sea capaz de atender a enfermos de manera integral. Enfocándose al proceso que viven los pacientes y la familia durante la enfermedad y el duelo.

Así pues citando a Gómez (2012), el tanatólogo es la figura que facilita el proceso de vivir el deterioro humano hasta la muerte, siempre buscando la calidad vital y además orienta a una óptima reconstrucción de la figura ausente, estableciendo alternativas de adaptación para la familia durante el duelo hasta su aceptación. El tanatólogo no resuelve el pasado, ni solventa el futuro; en cambio actúa en el presente mismo del cambio catalizando y tamizando las decisiones, las emociones, los pensamientos y las actitudes del ser ante la muerte y la pérdida, desde la experiencia humana. A diferencia de cualquier otro ser humano y profesionalista afín a los procesos terminales, el tanatólogo trabaja el área emocional, social y espiritual (o cultural) del paciente y la familia con previo conocimiento de vivir la muerte y adaptarse a las pérdidas, a través de técnicas humanistas.

## **8.1.- Etapa 1**

### **INFORMACIÓN**

El primer paso para poder realizar una intervención tanatológica consiste en que el paciente sepa que existe este servicio. Uno de los principales problemas en nuestra sociedad es la falta de información y más cuando hablamos de aspectos de salud y prevención. Las personas que acuden a hospitales de gobierno, como lo es el Hospital General "Dr. Eduardo Liceaga" son personas que en su mayoría cuentan carecen de recursos y su máximo nivel educativo es secundaria. En muchos casos son analfabetas, me tocó trabajar con pacientes que ni siquiera conocían el órgano en donde tenían el cáncer. Es por eso que el primer paso para poder realizar una intervención tanatológica es la información.

Informar consiste en hacer que alguien se entere de una cosa que desconoce (RAE, 2016) para que los pacientes oncológicos conozcan de los servicios y apoyos que les brinda



el Hospital, como lo es la intervención tanatológica, hay que hacerles saber que estos apoyos existen. Diariamente ingresan al hospital de 3 mil a 4 mil pacientes a los diferentes servicios y unidades que este brinda. *(Recuperado en <http://www.hgm.salud.gob.mx/>)*, los pasillos normalmente se encuentran saturados, entre internos, pacientes, médicos, personal de salud y personal que labora en el hospital, es por esto que es muy difícil prestar atención a la información que aparece en los pizarrones. Los posters suelen ser ignorados y muy pocas personas se detienen a leer la información que ahí se presenta. Es por eso que mi propuesta para informar a los pacientes consiste en proyectar una animación en las pantallas de las salas de espera de la Unidad de Oncología, ya que el Hospital en las salas de espera cuenta con pantallas de televisión que roban la atención de todos los pacientes que van a ser atendidos, muchas ocasiones por la demanda de los servicios, el paciente permanece en una sala de espera por más de dos horas, así que en algún momento su atención se dirigirá a la pantalla de televisión, que es su único distractor, el estar proyectando una animación corta cada determinado tiempo, en donde se les informe a los pacientes acerca del servicio de apoyo psico-tanatológico permitirá que un mayor número de personas acudan a este servicio para ser atendidas.

El objetivo de la animación es que el paciente se dé cuenta de que es un ser que se compone de diversas áreas y que para cuidar, mantener y recuperar su salud es importante que no solo se enfoque en los tratamientos médicos y físicos si no que acuda a recibir un apoyo psicológico que le brinde las herramientas para poder enfrentar los cambios y pérdidas que vive a lo largo de la enfermedad.

También la animación busca mostrar que no sólo es el paciente el que está viviendo cambios, si no que la enfermedad afecta a todo su círculo y por lo tanto los familiares o personas que atienden en primera instancia las necesidades físicas y emocionales del enfermo muchas veces realizan un sobre esfuerzo que los puede conducir a desgastes, estrés, problemas emocionales o hasta pérdida de la salud.

El cáncer es una enfermedad agresiva, que trae para el paciente una serie de cambios significativos a nivel físico, psicológico y social. La calidad de vida de las personas se ve seriamente afectada, pues el tratamiento es muy fuerte y trae consigo distintos efectos secundarios como las náuseas, el vómito, el cansancio, la caída del pelo, la irritabilidad, el dolor, la depresión, entre otros, que afectan de manera significativa tanto a la persona

como a su familia. Es por esto que se les incita a los pacientes oncológicos, que lleven un proceso junto con la familia con el fin de ayudarlos en la aceptación de la enfermedad y de las pérdidas que esta conlleva. Pues el apoyo psico-tanatológico es una herramienta clave para mejorar la calidad de vida del paciente.

## **8.2.- Etapa 2**

### **INTEVENCIÓN**

Desde los estadios iniciales de la enfermedad, que implican el impacto del diagnóstico hasta las fases avanzadas, el paciente vive un continuo proceso de duelo con una carga constante de dolor emocional que puede producir frustración, ansiedad, temor, culpabilidad, aislamiento estrés, angustia, tristeza e irritabilidad. Por lo tanto es necesario para poder plantear estrategias de intervención tanatológica para el paciente con cáncer, tener en cuenta los objetivos principales del tanatólogo que son:

Para con el paciente:

- 1.- Facilitar el impacto recibido por el diagnóstico.
- 2.- Apoyar en el proceso de adaptación.
- 3.- Reducir la experiencia del sufrimiento en las áreas de lo social, emocional, afectivo y relacional.
- 4.- Apoyar en la adhesión terapéutica.
- 5.- Orientar en la toma de decisiones.
- 6.- Prevenir alteraciones psicológicas, comportamentales y emocionales.
- 7.- Fortalecer la autoestima del paciente.
- 8.- Favorecer la autonomía del paciente.
- 9.- Orientar y propiciar la comunicación intrafamiliar y la conservación de roles.
- 10.- Intervención en crisis ante la incertidumbre, pérdidas y frustración.
- 11.- Ayudar al paciente a identificar recursos para que así se asuman fortalezas.
- 12.- Detectar y comunicar necesidades específicas del paciente con el resto del equipo de salud.
- 13.- Formar en el paciente habilidades de afrontamiento, autocuidado, manejo del estrés y expresión emocional.
- 14.- Trabajar con el ajuste de expectativas de la enfermedad.

15.- Acompañamiento en todo el desarrollo de la enfermedad.

Para con la familia:

- 1.- Trabajar con la aceptación del diagnóstico.
- 2.- Trabajar la adaptación a la enfermedad.
- 3.- Ayudar al familiar a tomar contacto con la realidad de la enfermedad.
- 4.- Escucha activa que propicie la normalización de emociones como: ira, cólera, culpa, miedo, angustia, incertidumbre y ambivalencia afectiva.
- 5.- Evitar “la conspiración del silencio”.
- 6.- Favorecer la comunicación sana y positiva entre la familia y el paciente.
- 7.- Apoyo emocional en momentos y situaciones críticas de la enfermedad.
- 8.- Educar para el manejo del estrés.
- 9.- Prevenir la sobre carga del cuidador primario.
- 10.- Fomentar una red social de apoyo.
- 11.- Preparar el momento del adiós, trabajando con las emociones implicadas.
- 12.- Brindar información jurídica y legal ante la muerte.

Para con el personal de salud:

- 1.- Intervención en crisis.
- 2.- Fomentar la expresión emocional.
- 3.- Trabajar con los recursos de la persona para propiciar fortalezas.
- 4.- Crear una red de apoyo.
- 5.- Sensibilización ante la enfermedad.

*(Colegio oficial de Psicólogos de Madrid, 2012)*

La intervención la voy a dividir en fases que dependen según el momento en el que el paciente se encuentra.

## **FASE 1**

### **DIAGNÓSTICO**

El recibir la noticia de que se tiene cáncer, generalmente sobrepasa los recursos

emocionales de las personas, debido a que se involucran muchos factores: por un lado la idea social que se tiene de que: padecer cáncer significa que pronto se va a morir, que va a existir una sensación de incapacidad, deterioro corporal, mutilación física y dolor. Todos estos factores producen una gran inestabilidad emocional en el desarrollo de la enfermedad.

Ante un diagnóstico es muy importante saber en qué etapa se encuentra el cáncer para de esta manera poder trabajar decisiones para el tratamiento tanto médico como psico tanatológico:

**La clasificación por etapas o estadios** consiste en descubrir cuánto cáncer hay y cuánto se ha propagado. La clasificación del cáncer por etapas es un paso clave para determinar las opciones de tratamiento. También proporcionará al equipo de atención médica contra el cáncer una mejor idea sobre las probabilidades de recuperación.

El sistema de clasificación por etapas es una manera que el equipo de atención médica contra el cáncer tiene para resumir la extensión del cáncer. El sistema TNM es el que se usa más frecuentemente. Proporciona tres datos claves:

- T** usualmente describe el tamaño del tumor principal y si se ha propagado a tejidos y órganos cercanos.

- N** describe en qué medida se ha propagado el cáncer a los ganglios linfáticos (nódulos) cercanos.

- M** muestra si el cáncer se ha propagado (ha producido metástasis) a otras partes del cuerpo.

Las letras o los números que aparecen después de la T, N y M proveen más detalles acerca de cada uno de estos factores. Por ejemplo, un tumor clasificado como T1, N0, M0 es un tumor muy pequeño, que no se ha propagado a los ganglios linfáticos ni a partes distantes del cuerpo. Una vez que se hayan descubierto las descripciones TNM, se agrupan en un conjunto más sencillo de etapas que en la mayoría de los cánceres se denominan etapa 0 a etapa IV (0-4). Por regla general, mientras más bajo sea el número, menos se ha propagado el cáncer. Una etapa IV (4) significa que el cáncer es más grave y se ha propagado

ampliamente. Después de analizar los resultados de las pruebas, el médico determinará la etapa en que se encuentra el cáncer. (*American Cancer Society, 2015*)

Sea cual sea la etapa diagnosticada el apoyo tanatológico que se le brinda al paciente en esta primera fase debe de comenzar con una psico-educación. El paciente primero debe conocer y comprender en que consiste la enfermedad que padece, cuáles y cómo son los tratamientos a los que será sometido y las expectativas que tiene ante estos tratamientos. El paciente tiene la necesidad de resolver sus dudas de acuerdo a la enfermedad, pues el estar informado acerca de lo que está viviendo le ayudará a tener una mejor respuesta a los tratamientos.

Veronesi (2003) refiere que el diagnóstico de cáncer puede asustar a cualquiera, el miedo que genera, produce alteración emocional, aunado a ello, los posibles efectos de los tratamientos sugeridos, generan un desequilibrio emocional, reconociendo francamente la asociación de la enfermedad con una alteración en las emociones que requiere manejo conjunto a favor de la atención integral del padecimiento. Es por eso que en esta fase se debe conocer y definir las alteraciones más frecuentes que son: miedo, ansiedad y enojo, y la magnitud de estas.

Como se mencionó en el marco teórico con las clasificaciones de Almanza y Kaufman la primera reacción de los pacientes, normalmente es la de no comprender, por qué están pasando por eso, muchas veces creyendo que el diagnóstico es erróneo, que no fue bien hecho, que hubo un error al momento de analizar las muestras etc. La negación es la estrategia de elección más común en un intento por visualizar una realidad que no sea tan amenazante.

Es en el momento del diagnóstico médico donde es preciso tomar una decisión con tal de obtener la estrategia más adecuada dentro de la gama de posibilidades médicas expuestas para iniciar la lucha contra la enfermedad y es aquí donde los pacientes señalan no poseer la capacidad de tomar una decisión. Se sabe que la toma de decisiones implica responsabilidades sobre la misma y es aquí donde el manejo de los pacientes se enfoca a depositar la responsabilidad en el otro, optando porque sea el médico o alguien de la familia quien tome la determinación, en especial en tratamientos radicales, generando así un culpable en potencia donde, si las cosas salen mal, el paciente pueda depositar directa o

indirectamente los sentimientos que esto le genere. (Meza-Rodríguez, 2007).

El tanatólogo ante un diagnóstico debe de ayudar a que el paciente se haga consciente de las decisiones de su propio cuerpo y de su estado de salud. El temor del paciente a la propia muerte, le genera un estado de ansiedad, que a su vez lo confronta con las expectativas de vida que hasta el momento se han cubierto, provocando por lo común inconformidades hacia lo ya vivido, donde puede llegar a la conclusión que aún no ha cumplido con las metas que se había planteado antes de saber el diagnóstico de cáncer, las cuales ahora están amenazadas, o bien, tendrán que modificarse. Es lógico que tras lo ya expuesto, los pacientes ostenten una baja autoestima, donde el sentimiento de culpa aparece, el cual puede relacionarse con las conductas o sentimientos inadecuados que se han tenido a lo largo de la vida: hábitos higiénicos, dietéticos (alcohol, tabaco, alimentación, etc.), rencores, malas acciones o pensamientos hacia los otros, entre otras cosas. Por lo cual el paciente puede llegar a ver el cáncer como un castigo (Meza-Rodríguez, 2007).

La intervención en el diagnóstico consistiría en lo siguiente:

1.- Informar al paciente sobre el proceso del desarrollo de su enfermedad, aclararle sus dudas acerca de tratamientos, efectos secundarios, reacciones físicas etc.

2.- Permitirle tener un espacio y una persona (el tanatólogo) con quien exprese y desahogue sus temores, pensamientos, miedos y preocupaciones ante la enfermedad.

3.- Ayudarle a crear una red de apoyo familiar y social durante el desarrollo de los tratamientos, estudios, cirugías, etc.

4.- Propiciar que el paciente se responsabilice de su cuerpo y de sus decisiones.

5.-Fomentar conductas saludables en el paciente.

6.- Guiar al paciente para que tome un papel activo durante su enfermedad, esto consiste en llevar a cabo determinadas recomendaciones que facilitarán la mejora del estado de salud, siguiendo de forma adecuada las prescripciones médicas.

7.- Romper con tabús y falsas ideas del cáncer, por ejemplo, no por tener cáncer significa que la persona va a morir.

8.-Generar adherencia al tratamiento y confrontar la enfermedad.

9.- Atender los distintos mecanismos como la negación a la enfermedad y al tratamiento.

Cuando un paciente es recién diagnosticado, es común que tenga que acudir en varias ocasiones y muy seguido al Hospital, para someterse a estudios de laboratorio y protocolos para comenzar los tratamientos, esta necesidad de acudir al hospital, se puede conjuntar con un trabajo tanato terapéutico y aprovechar los días que el paciente tiene consulta para darle citas en el consultorio de tanatología y trabajar su adaptación al diagnóstico y a la enfermedad. Una vez aceptado el apoyo psico-tanatológico por parte del paciente este será referido a la Clínica de tanatología en donde se le realizará un proceso que consiste en:

a) Contrato terapéutico en donde se obtiene el consentimiento informado de manera verbal del paciente y su familia para la atención, y se determina la frecuencia y tiempo de cada sesión.

b) La evaluación del paciente en donde se realiza la historia clínica y se aplica la escala de valoración tanatológica para determinar la presencia y grado de ansiedad, depresión, angustia, enojo, proceso de aceptación de la enfermedad y tipo de información con la que cuenta el paciente y su familia en relación con su padecimiento; una vez realizada la evaluación se establece el diagnóstico tanatológico inicial de acuerdo a las etapas de duelo.

c) Determinación de la intervención en donde se tiene el objetivo de mejorar o mantener la calidad de vida del paciente y su familia, quienes a través de las sesiones terapéuticas podrán expresar lo que piensan, sienten y cómo actúan con relación a su experiencia ante el diagnóstico de la enfermedad; de esta forma se favorece el proceso de duelo y se pueden prevenir problemas bioéticos (conspiración del silencio, representación de la comedia y/o tratamiento médico fútil, claudicación del cuidador primario o duelos complicados, depresiones, crisis emocionales, etc.).

d) Seguimiento de acuerdo cómo se vaya desarrollando la enfermedad, el paciente concluirá sus sesiones tanatológicas o continuará en la siguiente etapa de Intervención.

Las intervenciones estarán determinadas de acuerdo a la necesidad del paciente y su familia, entre las cuales se encuentran la terapia de duelo individual o familiar, intervención en crisis, consejería tanatológica, acompañamiento y apoyo emocional. A la par se puede trabajar con los familiares, cumpliendo los mismos puntos: que conozcan la enfermedad y como puede desarrollarse, que tengan un espacio de expresión emocional en donde puedan manifestar sus temores e inconformidades y de esta manera en un trabajo conjunto lograr que el proceso de la enfermedad y el impacto del diagnóstico se viva con herramientas cognitivas y conductuales que propicien calidad de vida para el paciente y sus cuidadores.

## **FASE 2**

### **TRATAMIENTO**

El tratamiento del cáncer es multidisciplinario, es decir precisa de la combinación de varias modalidades o disciplinas terapéuticas para conseguir un control eficaz de la enfermedad. Las modalidades terapéuticas más comunes para conseguirlo son: La cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y terapia biomolecular. (Hay muchos pacientes que deciden no optar por ninguno de estos tratamientos y de ellos hablaré en la fase 4.)

Según el tipo de cáncer y la etapa en la que éste se encuentra, el médico determinará el tratamiento que el paciente ha de recibir, lo que es un hecho es que ante este tratamiento el paciente y los familiares se mostraran temerosos, dudosos y ansiosos, es aquí en donde entra el papel del psico-tanatólogo.

Mientras transcurre la enfermedad, la presencia de reacciones emocionales se encuentra ligada al deterioro o mejoría en el estado de salud. Así, Haber (2000) señala que los niveles de ansiedad se relacionan con la presencia de síntomas físicos percibidos en el paciente aun cuando no guarden relación con el riesgo médico real. Ante el tratamiento es normal sentir ansiedad. En muchos casos, el malestar físico puede ser un efecto secundario de los tratamiento (quimioterapia y radioterapia) o resultado de reacciones psicológicas como las respuestas condicionadas de rechazo al médico u hospital donde recibió el diagnóstico, los olores del centro donde recibe la quimioterapia, etc.



El nivel de ansiedad en el paciente se eleva, pensando en que si lo que se está haciendo por luchar contra el cáncer es lo correcto, o bien, si se presentarán los resultados que se esperan, encontrándose bajo la amenaza constante de llegar a un punto determinado donde el tratamiento tenga que ser radical, si es que no lo fue de inicio, por ejemplo, comenzar con quimioterapia y si ésta no funciona proceder con una cirugía que implique la pérdida de alguna parte del cuerpo o de alguna función.

Los eventos quirúrgicos comúnmente implican una pérdida o modificación de alguna parte del cuerpo, en aras de conservar la salud o la vida; sin embargo, el resultado final de este procedimiento, aun cuando conserve la salud, no suele ser del todo satisfactorio para el paciente. (Meza-Rodríguez, 2007). Es por esta razón que los pacientes durante el tratamiento se encuentran en un constante estado de depresión y ansiedad, mientras el paciente se va enfrentando paulatinamente a su “nueva vida” que incluye pérdidas y por lo tanto exige la elaboración de duelos.

En caso de cirugía, ésta supone el tener que tomar decisiones, como las características de la misma, la administración o no de quimioterapia coadyuvante, etc. También es normal sentir pánico y miedo intenso ante una enfermedad desde siempre temida. El miedo se alterna en muchos casos con momentos de confusión, negación y calma. Tras el tratamiento es también es normal sentir:

**-Depresión:** ya que aparece una sensación de pérdida asociada a diferentes hechos, como son la pérdida de contacto constante con el personal médico.

**-Ansiedad:** Es frecuente que después del tratamiento la ansiedad aumente, debido a que mientras están siendo sometidos al mismo sienten estar haciendo algo contra el cáncer. Sin embargo, una vez éste ha finalizado el paciente siente que es el por sí solo quien debe enfrentarse a las reacciones de la enfermedad.

**-Enfado:** al finalizar el tratamiento es cuando la persona suele ser totalmente consciente de los cambios y las pérdidas. Los sentimientos de enfado y depresión serán altamente probables en este periodo, ya que durante el tratamiento se puede sentir responsable de las pérdidas y de los cambios efectuados, no sólo hacia ella, sino también hacia sus allegados.

-**La culpa** es una reacción humana muy frecuente ante los traumas y las pérdidas. Ésta genera dificultad de adaptación a la enfermedad y opresión ante la toma de decisiones.

La intervención en esta fase de tratamiento suele ser muy específica, pues cada caso de cáncer es distinto, hay pacientes que se concientizan de su enfermedad cuando reciben la primera quimioterapia, hay casos de personas que se someten a tratamientos de manera secundaria tras una reincidencia, normalmente son pacientes que se encuentran desesperanzados pues creen que lo que han hecho anteriormente “no sirvió de nada” y se cuestionan si vale la pena o no, seguir en la lucha, o buscan remedios alternativos, aferrándose a un pensamiento mágico, es por eso que los objetivos de la intervención tanatológica en esta etapa deben ser muy específicos. Siempre tomando en cuenta que en el tratamiento pueden surgir diversos miedos: a la cirugía, a la anestesia, a la pérdida de alguna parte del cuerpo, al dolor y a la disminución del funcionamiento autónomo. La pérdida de un órgano dañado (próstata, útero, mama, una extremidad, etc.), unida a la pérdida temporal o definitiva de la capacidad de trabajo y actividad social, pueden producir una baja en la autoestima del paciente, que en ocasiones se manifiesta en duelos prolongados y cuadros depresivos, por eso los objetivos de la intervención serán:

1.- Trabajar con los sentimientos de culpa del paciente; ante el dolor, los malos resultados de los tratamientos, es común que los pacientes traten de culpar a los demás de lo que están viviendo, el tanatólogo, debe ayudar al paciente a hacerse responsable de sus decisiones y a que éste conozca lo que estas implican.

2.- Trabajar con la carga del cuidador primario, ya sea física y emocional; ante tratamientos como quimioterapias o cirugías, el cuidado que requiere el paciente es mayor, por lo tanto se genera una tensión entre el paciente que está pasando por una situación de malestar físico y el cuidador primario que está tratando de apoyarlo y muchas veces no sabe cómo hacerlo, el tanatólogo es un mediador entre las necesidades de ambas partes y fomenta que la relación entre paciente y cuidadores sea lo menos tensa y estresante posible.

3.- El tanatólogo trabaja con el paciente en el replanteamiento de las metas a corto plazo enfocadas a encontrar un sentido a la lucha que aún continúa, haciendo énfasis en el valor de los tratamientos por los que ya se ha pasado, o por los que pasará, favoreciendo

con ello la adherencia terapéutica.

4.- Trabajar con las dudas, miedos y temores ante lo desconocido de los tratamientos y las reacciones secundarias de éstos, el tanatólogo busca un reforzamiento a la capacidad del paciente de enfrentar estas y otras circunstancias enfocándose en exaltar los recursos del paciente para que este continúe enfrentado la enfermedad.

5.- Ante la pérdida de una función o segmento corporal, el tanatólogo ayudará al paciente a la elaboración del duelo y reconocimiento del yo.

6.- Ante los tratamientos es común que el paciente, se encuentre en un torbellino emocional, ya sea por el dolor físico, las reacciones secundarias de éstos, el cansancio que provocan, etc. Es necesario que el paciente tenga una expresividad emocional de lo que está viviendo para que disminuyan sus niveles de ansiedad y la respuesta ante el tratamiento sea mayor.

7.- Enseñar estrategias para disminuir efectos secundarios de los tratamientos.

8.- Trabajo de autoestima y aceptación ante la imagen física del paciente.

9.- Búsqueda de sentido ante el proceso de enfermedad por el que se está pasando.

10.- Sesiones informativas con los cuidadores y familiares del paciente para explicarles y enseñarles recursos de cuidados físicos ante los tratamientos a los que se ve sometido el paciente.

11.- Enseñar al paciente técnicas de manejo de estrés, control de ansiedad y relajación.

12.- El paciente tiene derecho a no continuar con un tratamiento si éste así lo decide, el tanatólogo por lo tanto debe conocer las razones por las que el paciente tomó esa decisión y respetarlas, procurando que el paciente tome la decisión con consciencia y no como reacción a una crisis emocional. Aunque el paciente desista del tratamiento médico, el apoyo psico tanatológico continuará pues éste busca ante todo calidad de vida.

13.- Es muy importante que el paciente sea consciente del objetivo del tratamiento, ya que éste puede variar, puede ser para remisión, controlar el cáncer o tratar los problemas que está causando. Esto es parte importante en el proceso de tomar decisiones en donde el papel del tanatólogo es fundamental pues debe procurar que sea el paciente quien decida sobre su propio cuerpo.

Con esta intervención también se tiene el objetivo de mejorar o mantener la calidad de vida del paciente y su familia, quienes a través de las sesiones terapéuticas podrán expresar lo que piensan, sienten y cómo actúan con relación a su experiencia ante la enfermedad y los tratamientos, disminuyendo los niveles de ansiedad, depresión, desano, miedos y situaciones de tensión y estrés que en muchas ocasiones es común que se den entre familiares y pacientes.

El proceso para llevarlo a cabo será también mediante sesiones ya sea en el consultorio de tanatología o en los servicios de hospitalización, según las condiciones del paciente. Las sesiones consistirán en la terapia de duelo individual o familiar, intervención en crisis, consejería tanatológica, acompañamiento, escucha y apoyo.


Se le proporcionaran al paciente herramientas como “El termómetro emocional” para que éste sea consciente de lo que siente y aprenda a conocer y expresar sus emociones.

### Termómetro emocional

Nombre: .....

Apellidos: .....

Completa el siguiente termómetro señalando de 0 a 100, siendo 0 nada y 100 totalmente, en qué medida has experimentado las siguientes sensaciones en la última semana. Para ello, pon un círculo en la medida que más se corresponda con tu situación.

TÉRMO METRO SESIÓN 3 

Ansiedad	0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100
Tristeza	0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100
Enfado	0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100
Autocontrol	0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100

(Hospital Universitario 12 de octubre, 2014 recuperado del Manual de psicoeducación para pacientes con cáncer de mama)

El tanatólogo le enseñará al paciente ejercicios para manejar su ansiedad y resignificar su vida liberándose de emociones y pensamientos negativos, ejercicios como:

- Respiración abdominal.
- Relajación muscular progresiva
- Visualización e imaginación.
- Se trabajarán con técnicas asertivas para comunicarse y comprender a la familia.

Le proporcionará herramientas para afrontar los efectos secundarios de los tratamientos, como: ¿qué hacer con las náuseas y vómitos?, ¿cómo manejar la pérdida de apetito?, elaboración de recetas sencillas y pre aprobadas por el médico para diarrea, úlceras, estreñimiento, sequedad en la boca y sabor a metal. De la misma manera le enseñara ejercicios y actividades físicas que puede realizar de acuerdo a su situación médica, brindándole recomendaciones para adaptarse a cambios físicos.

También lo auxiliará para la visita médica, enseñándole a confiar en el personal de salud y organizar sus preguntas para aclarar dudas en la visita médica.

### Guión para la visita médica

FECHA VISITA: \_\_\_\_\_

ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_

- Mis principales molestias desde mi última visita han sido:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el tratamiento/recomendaciones a seguir para solventarlas?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Mis dudas son:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La próxima visita al especialista .....  
será el día ..... a la hora .....

*(Hospital Universitario 12 de octubre, 2014 recuperado del Manual de psicoeducación para pacientes con cáncer de mama)*

Muchos pacientes le temen a la figura de autoridad de los médicos, hay tanta demanda que ellos se han olvidado de ver el lado humano de los pacientes, mientras prestaba servicio en el Hospital General, uno de los médicos salió a llamar a los familiares de un paciente diciendo:

*-Familiares de la cama 3, a lo que obtuvo la respuesta de que las camas no tienen familiares, sino que son los pacientes los que los tienen.*

Por todas estas razones el psico tanatólogo debe alentar al paciente a que exprese todas sus dudas acerca de su enfermedad a los médicos tratantes, brindándole estrategias para poder hacerlo como:

-Presentar ejemplos de las preguntas que puede formular:

- ¿Qué tipo de cáncer tengo? ¿Dónde está localizado?
- ¿Necesito otras pruebas antes de decidir el tratamiento?
- ¿Con cuánta frecuencia usted trata este tipo de cáncer?
- ¿Cuál tratamiento usted me sugiere y por qué?
- ¿Cuál es el objetivo del tratamiento: la curación o el control de los síntomas?
- ¿Cuáles son los posibles riesgos o efectos secundarios del tratamiento?
- ¿Podré tener hijos después del tratamiento?
- ¿Cuáles son las ventajas y las desventajas del tratamiento que recomienda?
- ¿Hay otros tratamientos que deba considerar?
- ¿Con qué frecuencia necesito venir para tratamiento o hacerme pruebas?
- ¿Cuánto tiempo durará el tratamiento?
- ¿Qué pasa si falto a un tratamiento?
- ¿Qué tipo de cambios tendré que hacer en mi trabajo, vida familiar, vida sexual y actividades recreativas?
- ¿Cuáles son los nombres de los medicamentos que tomaré? ¿Para qué son?
- ¿Qué otros medicamentos o tratamientos necesitaré?
- ¿Cómo saber si el tratamiento está funcionando?
- ¿Por qué necesito hacerme análisis de sangre y con cuánta frecuencia?
- Si otros especialistas participan en mi atención médica, ¿quién estará a cargo de coordinar todo mi plan de tratamiento?

- ¿Cuáles síntomas o problemas deberé informar inmediatamente?
  - Si no me siento enfermo, ¿significa que el tratamiento está funcionando?
  - En su opinión, ¿cuál es mi pronóstico (perspectiva para el futuro)?
  - ¿Qué probabilidades hay de que el cáncer regrese (recurrencia) si me someto a los planes de tratamiento de los que hemos hablado? ¿Qué haríamos si eso sucediera?
  - ¿Qué puedo hacer para prepararme para el tratamiento?
  - ¿Hay algunos alimentos en particular que deba o no deba comer?
  - ¿Está bien consumir alcohol durante el tratamiento?
  - ¿Cuál será el costo del tratamiento?
  - ¿Cómo puedo comunicarme con usted o con quien acudo si tengo una pregunta?
- (American Cancer Society, 2015)*

Es importante que al paciente se le contesten o aclaren todas sus preocupaciones y preguntas, sin importar lo insignificantes que le parezcan, como suele ser difícil recordar todo lo que el paciente hable con los médicos. El tanatólogo puede sugerir que se tomen notas o que el paciente se haga acompañar de un miembro de su familia o amigo, grabar las conversaciones, traer una lista de preguntas y escribir las respuestas del médico.

También puede pedirle al médico o enfermera que anote la siguiente información:

- Su diagnóstico y etapa exacta.
- Los nombres de los medicamentos que va a tomar y el objetivo de cada uno.
- Una lista de los problemas que requieren comunicarse con el médico de inmediato.
- Los nombres y números de contacto de los especialistas que usted consultará.

En muchos hospitales se trabaja con grupos, hay grupos de apoyo tanto para enfermos, como para familiares, muchas veces la psicoterapia de grupos en ámbitos hospitalarios resulta ser tan eficaz como la psicoterapia individual, además de ser un tratamiento más económico y al alcance de los pacientes.

La intervención psicoterapéutica grupal en un ámbito hospitalario, facilita la atención de las reacciones emocionales asociadas a eventos médicos. El hecho de pertenecer a un grupo que es dirigido de manera ética y profesional por un especialista clínico, donde sus integrantes presentan un denominador común que es la experiencia del cáncer, crea

un escenario donde el paciente o familiar puede expresar libremente sus dudas, ideas y sentimientos alrededor de la enfermedad, sin temor de ser criticado, preocupar a sus allegados, parecer exagerado, etc. Construyendo una red de apoyo, con personas en la misma situación, es de gran valor durante la evolución de la enfermedad. (Meza-Rodríguez, 2007). Es por esta razón que también como apoyo tanatológico en esta etapa propongo talleres dirigidos a pacientes, familiares y amigos de personas con cáncer y al personal de salud en el servicio de oncología, talleres mensuales de 4 u 8 sesiones según el caso y de acuerdo a la demanda del servicio. Los talleres pueden ser impartidos por expertos en el área, ya que el Hospital cuenta con varios profesionistas en diversas disciplinas, se pueden apoyar para brindar este servicio a los pacientes. La lista de talleres que se pueden impartir son:

**-Tengo cáncer ¿y ahora qué?** en donde se tratarán temas como:

- De persona a paciente.
- ¿Cómo adaptarme a mi enfermedad?
- ¿Qué pienso, qué siento y a qué le tengo miedo?
- Comunicar mis necesidades y emociones.
- Tratamientos y reintegración.

**-Taller del cuidador primario:** en donde se tratarán temas como:

- La comunicación con el paciente y con el equipo médico.
- Desgaste físico y emocional del cuidador.
- Redes de apoyo.
- El paciente con cáncer y la reorganización familiar.

**-Taller de técnicas para el manejo del estrés** en donde se tratarán temas como:

- Relajación y respiración.
- Visualización e imaginación.
- Arte-terapia.
- El afrontamiento emocional.



**-Taller de tanatología para el personal de salud** en donde se trataran temas como:

- La muerte, un acierto, no un error.
- Frustración, cansancio y desgaste.
- Comunicación asertiva.
- El paciente un ser humano.
- Ética profesional.
- Técnicas de manejo de estrés.

### **FASE 3**

#### **REMISIÓN**

Cuando se diagnostica un cáncer y éste es tratado normalmente suceden dos cosas: remisión o metástasis.

**Metástasis** es la diseminación del cáncer de una parte del cuerpo en donde se formó originalmente a otra parte del cuerpo. Cuando ocurre una metástasis, las células cancerosas se separan del tumor original (primario), viajan a través del sistema sanguíneo o linfático y forman un tumor nuevo en otros órganos o tejidos del cuerpo. El nuevo tumor metastásico es el mismo tipo de cáncer que el tumor primario (*Instituto Nacional del Cáncer, 2016*). Cuando un cáncer hizo metástasis, dependiendo del tipo y la etapa del cáncer el paciente es sometido a un nuevo tratamiento o se considera que su enfermedad es terminal y se le asignan cuidados paliativos.

**La remisión** significa que los signos y síntomas del cáncer se han reducido. Es el periodo de tiempo en el que el cáncer está respondiendo al tratamiento o está controlado. La remisión puede ser parcial o completa. La remisión parcial se refiere a la disminución del tamaño de un tumor o en el grado del cáncer en el cuerpo, en respuesta al tratamiento. En una remisión completa, todos los signos y síntomas del cáncer han desaparecido. Si se presenta una remisión completa por 5 años o más, es posible que algunos médicos digan que el paciente se ha curado. Pero algunas células cancerosas pueden todavía permanecer en el cuerpo durante muchos años después del tratamiento. Estas células pueden causar que un día el paciente vuelva a tener cáncer. La mayoría de los tipos de cáncer generalmente vuelven dentro de los primeros 5 años después del tratamiento. Pero también existe la

posibilidad de que el cáncer vuelva más allá de ese período. Por esta razón, los médicos no pueden afirmar con seguridad que el paciente se ha curado. Lo más que pueden decir es que no hay signos de cáncer en ese momento (*American Cancer Society, 2015*).

Debido a que es posible que el cáncer vuelva a aparecer, el médico hará controles durante muchos años y ordenará exámenes para detectar signos de si el cáncer ha regresado. También se evaluará si hay signos de efectos secundarios tardíos de los tratamientos que se recibieron contra el cáncer.

Los principales factores posteriores al tratamiento, se asocian básicamente con las secuelas psicológicas que deja la lucha por restablecer la salud física y que se relacionan primordialmente con lograr la aceptación de las mismas, así como del impacto que éstas generan a nivel familiar, de pareja y social. En éste punto, el temor a la recurrencia de la enfermedad es un factor que se observa comúnmente.

En la etapa de control, puede presentarse una recuperación parcial de la salud, sin embargo, el paciente tiene miedo a las recaídas, esto puede producir un estado de expectativa ansiosa, incluso de obsesiva observación corporal, es probable que se presenten reacciones hipocondriacas. Las consultas de revisión del paciente, programadas pueden significar un comportamiento de intensa ansiedad anticipatoria; en este momento, algunas veces, aparecen conductas desadaptativas que se manifiestan con ansiedad y depresión (*American Cancer Society, 2015*).

En esta fase, la preocupación principal del paciente es buscar evidencias que le confirmen que realmente el cáncer se ha superado, por lo que el temor constante a la recurrencia es muy grande. Esto puede deberse entre otros factores al hecho de que la consulta médica cada vez es más lejana hasta reducirse a visitas de control, lo que hace suponer al paciente que no se le está vigilando ni se están tomando las medidas necesarias para evitar que ocurra nuevamente, con la sensación de que la estructura y el soporte médico ya no están al alcance, ubicándolo en una sensación de vulnerabilidad.

También el paciente se enfrenta a la duda constante de si valió la pena todo lo que sufrió con la enfermedad, elaborando su balance de las secuelas que esta le originó.

Es por eso que la intervención psico-tanatólica en esta fase consta principalmente de los siguientes puntos:

1.- Readaptación del paciente a la sociedad, ante los tratamientos de cáncer es muy probable que el paciente deje su trabajo, y cambie completamente sus actividades, cuando un paciente es dado de alta por remisión, este debe replantearse su vida, en muchas ocasiones buscar un nuevo trabajo, y readaptarse a la nueva persona que es. Aquí el papel del tanatólogo sirve para ayudar a dar un nuevo sentido a la vida.

2.- Fomentar conductas de prevención ante la salud y la enfermedad, el ser humano no actúa hasta que se siente vulnerable a esta, el tanatólogo trabajará con el paciente con herramientas de prevención para que el cáncer no vuelva, explicándole y enseñándole conductas saludables y la relación de los factores de riesgo con el cáncer. Buscando que el paciente:

-Asista a sus citas médicas: Tras un tratamiento de cáncer el médico querrá ver al paciente regularmente para llevar a cabo pruebas para detectar cáncer. Si el cáncer regresa, las visitas regulares pueden ayudar a garantizar que se encuentre temprano, cuando es más fácil tratarlo.

-Lleve una dieta saludable: No hay pruebas de que comer alimentos saludables evitará que el cáncer regrese, pero hacerlo puede mejorar la salud en general. Y hay cierta evidencia de que comer una dieta rica en frutas, verduras y con pocas grasas saturadas puede ayudar a reducir el riesgo de recurrencia de algunos tipos de cáncer.

-Reduzca o elimine el consumo de alcohol: Algunos cánceres están asociados con beber alcohol. Las mujeres no deben consumir más de una bebida al día y los hombres no más de dos bebidas al día. Cuanto más beba, más alto será el riesgo.

-Haga ejercicio regularmente: El ejercicio puede ayudar a mejorar la salud en general, mejorar el estado de ánimo y ayudar a mantener un peso saludable. Algunos estudios muestran que tener sobrepeso puede incrementar el riesgo de recurrencia de cáncer (*American Cancer Society, 2015*).

-En ciertas ocasiones los sobrevivientes de cáncer creen que tras haber vencido a la enfermedad pueden enfrentarse a cualquier cosa, así que se vuelven temerarios, no miden las consecuencias de sus acciones, pueden actuar de manera extrema y es en estos casos en donde el tanatólogo debe recordarle al paciente que sigue siendo un ser humano y que está expuesto a diferentes riesgos, que no por haber superado el cáncer quiere decir que nada puede pasarle.

3.- La importancia de no permitir que los temores de que el cáncer regrese y se apoderen del paciente es necesaria para disminuir los niveles de ansiedad y angustia, el tanatólogo ayudará al paciente a que poco a poco vaya regresando a su rutina diaria sintiéndose más seguro y recuperando su independencia y autonomía. Muchos pacientes al ser remitidos se sienten solos o descuidados porque los familiares disminuyen la atención que les ponían cuando estaban enfermos, Polo Scott (2013) menciona que recuperar la salud tras un proceso largo de enfermedad también representa un duelo que debe de ser trabajado.

4.- Proporcionar técnicas de expresión emocional y manejo de estrés.

5.- Planteamiento de objetivos a mediano y largo plazo.

6.- Trabajo en conjunto con la familia para que ésta no tome actitudes de sobreprotección, limitación, abandono, reclamo y descuido del paciente.

7.- Trabajar con una preparación emocional por si el cáncer regresa, alentarlos a arreglar asuntos pendientes, hacer un testamento, hablar de su voluntad anticipada, el tanatólogo le proporcionará al paciente herramientas para que no le tema a la enfermedad ni a la muerte, si no para que esté listo a recibirlas cuando estén tengan que llegar.

8.- En ocasiones los pacientes pueden externar su incredulidad por haber logrado recobrar la salud, es decir, presentan un miedo continuo al cáncer, estableciéndose esto como un pensamiento obsesivo, donde cualquier situación o cambio físico que les ocurra por mínimo que pudiese ser o por la poca relación que con la enfermedad tenga, es atribuido al cáncer, viviendo expectantes a detectar oportunamente estos cambios. Por otro lado, están aquellos pacientes donde el temor a la enfermedad es tal que evitan llevar

a cabo su control médico periódico y dejan de asistir al mismo, exponiendo un sinnúmero de pretextos. En ambos casos es necesario propiciar en el paciente una prueba de realidad, sensibilizándolo al hecho de que el cáncer es un evento con el que tendrá que convivir el resto de su vida y que si bien por ahora se encuentra bajo control, la posibilidad de recurrencia es una posibilidad real, pero que es él, quien debe tomar las decisiones de su propia vida y obtener el control de la misma. Por lo que debe llevar a cabo las estrategias de cuidado necesarias y no continuar en un desconocimiento que sólo lo perjudicaría. Es labor del tanatólogo reconocer los cambios emocionales generados ante las situaciones de riesgo y la repercusión emocional que impacta a cada paciente ante la evaluación de las secuelas observadas y favorecer así el fin del duelo. Una vez superado este punto, se debe trabajar en la desfocalización de la energía para encaminarla hacia situaciones que le proporcionen algún beneficio, como por ejemplo, evaluar la opción de colocar una prótesis, así como retomar el control sobre la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

9.- Ante el regreso de un cáncer después de una remisión el tanatólogo debe ayudar y acompañar al paciente para que éste no caiga en depresiones, culpas, reclamos, enojos o rechazos a los tratamientos.

La etapa de recidiva produce un choque emocional y una gran decepción. El proceso desadaptativo continua su desarrollo, es factible que encontremos conductas de incredulidad, desensibilización, enojo, culpa, cambios bruscos en el estado de ánimo para pasar a la ansiedad y depresión que se presenta de nuevo con mayor fuerza. En la etapa progresiva, cuando la enfermedad sigue avanzando, el paciente suele iniciar una búsqueda de información y acudir a solicitar segundas opiniones con otros especialistas, buscar nuevos tratamientos fuera de la medicina convencional. Pueden darse situaciones como que el paciente abandone todo tipo de tratamiento y busque la curación de su enfermedad por el camino de la espiritualidad, medicinas alternativas y la religión. En esta etapa con frecuencia se presentan cuadros depresivos que es importante sean tratados.

#### **FASE 4**

#### **EL ENFERMO TERMINAL Y LA MUERTE**

La etapa paliativa: es cuando los tratamientos ya no pueden traer una mejoría al paciente y entonces la atención médica se enfoca a mantener una alta calidad de vida,

buscando entre otros aspectos que el dolor disminuya ya que éste es uno de los factores principales que atentan contra el paciente, en muchos casos, el temor de morir con dolor puede producir cuadros depresivos y de ansiedad.

Polo Scott (2013), afirma que el control del dolor es fundamental en esta etapa, en esta época no es válido que un paciente experimente momentos de angustia y sufrimiento físico como consecuencia de una mala atención por parte de la clínica del dolor o prejuicios con respecto a consecuencias adictivas como resultado del consumo de opiáceos. De igual forma los aspectos psicológicos tienen un papel importante en lo que respecta a la calidad de vida, sin dejar de lado la espiritualidad que el paciente profese. La etapa de fase terminal está determinada por la posibilidad de la conciencia de lo irreversible de la situación, sin embargo, es frecuente que el paciente luche hasta el final por mantenerse con vida, es indudable que el instinto de supervivencia estará presente hasta el último momento.

La etapa de muerte: la muerte clínica del paciente la determina el médico y en muchos casos con ésta inicia el proceso de duelo, éste suele ser difícil sobre todo en aquellas familias en donde la posibilidad de curación estuvo presente en todo momento.

Para comprender la intervención en esta fase primero debemos definir qué es un enfermo terminal. Los elementos fundamentales que configuran la situación de enfermedad terminal, según Gómez-Batiste y Roca (1989), son:

- a) Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- b) Ausencia de posibilidades de respuesta a tratamientos específicos; es decir, inexistencia de tratamientos capaces de detener el progreso de la enfermedad.
- c) Presencia de numerosos síntomas o problemas que son intensos, cambiantes y de naturaleza multicausal.
- d) Gran impacto emocional en el enfermo, en la familia y en el equipo terapéutico que los atiende, relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- e) Pronóstico de vida corto, inferior a 6 meses (Citado en Limonero, 1994).

A finales de los años 60, surgen en Gran Bretaña, bajo el impulso de Cicely Saunders, las unidades multidisciplinarias de cuidados paliativos dirigidas a los enfermos en situación

terminal. Estas unidades se centran en proporcionar una atención digna y humana, siendo su objetivo primordial, no la curación de la enfermedad, objetivo imposible de cumplir, sino paliar o aliviar los efectos de la misma, con el fin último de proporcionar el máximo confort posible. Esta atención integral abarca tanto las necesidades físicas, psicológico-emocionales y sociales, como las espirituales, del enfermo y de sus familiares o cuidadores de referencia (*Limonero, 1994*).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1990) los derechos del enfermo terminal son:

- Tiene derecho a vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, psicológico, espiritual, social y ocupacional.
- Tiene derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de su muerte.
- Tiene derecho a vivir independiente y alerta hasta donde le sea posible.
- Tiene derecho a expresar sus emociones y sentimientos en todo momento.
- Tiene derecho a tener alivio a sus sufrimientos físicos, emocionales, espirituales y sociales.
- Tiene derecho a conocer o rehusar tratamientos concernientes a su enfermedad.
- Tiene derecho a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores pero competentes en su campo.
- Tiene derecho a ser el eje principal de las decisiones que incumban a sus cuidados relacionados con la etapa final de su vida.
- Tiene derecho a que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se le apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.
- Tiene derecho a no morir solo.
- Tiene derecho a morir sin dolor.
- Tiene derecho a morir con dignidad tan confortable y apaciblemente como sea posible (*Recuperado en Polo Scott, 2013*).

El paciente tiene derecho a decidir sobre su cuerpo y sobre los tratamientos que ha de recibir, el psico tanatólogo busca siempre que el paciente tenga una adherencia terapéutica, pero si el paciente decide no continuar con tratamientos para erradicar el cáncer, aunque éste no esté en una etapa muy avanzada, la parte medica se encargará de

brindarle cuidados paliativos, se refiere a todos aquellos recursos que le brinden una calidad de vida y entre ellos se encuentra el apoyo psico tanatológico.

Los objetivos de la intervención tanatológica en esta fase, según las argumentaciones de Arranz (1991) y Comas (1991) son:

1.- Prestar apoyo psicológico al enfermo, a su familia y allegados con el fin de aliviar su sufrimiento y facilitar su adaptación a esta difícil situación.

2.- Asesorar al equipo de salud para fomentar el desarrollo de actitudes de acercamiento y atención, y proporcionarles estrategias de afrontamiento para combatir el estrés laboral.

3.- Facilitar técnicas de cohesión del equipo de salud que favorezcan una comunicación libre y abierta entre sus miembros.

4.- Realizar investigaciones para identificar las necesidades prioritarias del enfermo y evaluar la eficacia de las distintas intervenciones.

5.- Proporcionar al paciente en situación terminal y a su familia el máximo confort posible (*Citados en Limonero, 1994*).

6.- Apoyar al paciente y a su familia para pasar del supuesto en el cual tener una enfermedad crónica o terminal implica sufrir y morir. Desmitificando los tabús de la muerte.

7.- Mejorar o elevar la calidad de vida del paciente crónico o terminal y de su familia o allegados. Esto se refiere al nivel de satisfactores que experimentan las personas en su nivel de funcionamiento personal, es subjetiva y objetiva. Pudiendo ser ponderadas por la escala de valores, y expectativas personales. Es subjetiva porque depende de cada persona el valor que le otorgue a lo que considera como calidad de vida, y es objetiva porque la calidad de vida es susceptible de ser evaluada por otras personas.

8.- Romper con la idea que tiene el personal de salud de que la muerte es un fracaso.



9.- Alentar a que no exista obstinación terapéutica que solo prolonga el sufrimiento del paciente.

10.- Apoyar al paciente si así lo desea en la redacción de su testamento de vida o voluntad anticipada. (Anexo)

11.- Apoya a la familia en información acerca de funerales y tramites de defunción.

12.- Realiza ceremonia de despedida del paciente si así lo solicita la familia durante el velorio o funeral.

13.- Trabajar con las diferentes pérdidas del paciente, tomando en cuenta que las principales son:

**-Pérdida de la salud:** que incluye su seguridad, esperanza, su tranquilidad, estabilidad, autonomía y capacidad de decisión, aunque se trate de su propia vida.

**-Pérdida de libertad:** de movimientos, pensamiento y privacidad.

**-Pérdida de la capacidad funcional del cuerpo:** lo pierde como aliado, como amigo, desde el comienzo del proceso degenerativo, su cuerpo se convierte en el enemigo actual y un obstáculo para su autorrealización.

**- Pérdida de la paz interior:** ante la cercanía de la muerte mediante un análisis que hará el paciente sobre su vida.

Durante la intervención tanatológica el paciente va a desplegar un complejo sistema de estilos de enfrentamiento que comprende por lo menos cinco factores a considerar:

1.-El paciente con su historia biográfica y su entorno familiar y social.

2.-El impacto psíquico y físico en su Sistema Nerviosos Central, producto de su enfermedad.

3.-Sus recursos psíquicos y el funcionamiento de estos.

4.-Sus recursos espirituales, emocionales y sociales.

## 5.-El médico y/o equipo tratante y las reglas de la institución.

La atención en el área tanatológica va a depender de cómo jueguen e interactúen estos factores y que tipo de conflicto generen (*Scott, 2013.*)

Según Polo Scott (2013), la tanatología en la etapa terminal debería tener como objetivo; llevar los cuidados paliativos a casa. Trabajar con la familia, el paciente y cuerpo médico con respecto a que posiblemente el mejor lugar para cuidar al moribundo es su casa, en muchas ocasiones esto es difícil de llevar a cabo por la interacción de los factores antes mencionados y por qué las condiciones económicas y sociales de los pacientes no lo permiten, sin embargo, el tanatólogo debe propiciar que el enfermo terminal al momento de su muerte se encuentre lo mejor posible, para eso las estrategias de intervención a seguir que propongo son:

- Trabajar con ejercicios de relajación.
- Buscar la resolución de pendientes y el cierre de asuntos inconclusos.
- Brindar apoyo e información de asuntos legales ante la muerte.
- Servir de intermediario entre el paciente y la familia, cuando éstos no cuentan con los recursos para establecer una comunicación asertiva.
- Orientar en técnicas de cuidado a familiares para con el paciente moribundo.
- Ayudar en el manejo y expresión de temores tanto del paciente como de la familia.
- Motivar al paciente a que encuentre el sentido de su vida.
- Apoyar en cierre de círculos, trabajo del perdón y despedidas.
- Trabajar con la familia tras la muerte del paciente para la elaboración del duelo y la resignificación de vida.

Como conclusión solo queda decir que el trabajo en un escenario real además de brindar herramientas profesionales me dio la oportunidad de aprender acerca del cáncer, de la vida y la muerte para poder realizar esta propuesta en donde el papel del tanatólogo es el de ayudar a bien morir, esto exige una profunda comprensión de la muerte, una aplicación de sus lecciones a nuestra vida, supone cultivar las actitudes y sentimientos que permitirán al paciente enfermo o moribundo y también a aquellos que lo rodean vivir plenamente su humanidad.



***“Despojemos a la muerte de su extrañeza, frecuentémosla, acostumbrémonos a ella; pensemos más en ella que en cualquier otra cosa. Puesto que no sabemos dónde nos aguarda, aguardémosla en cualquier lugar. Practicar la muerte es practicar la libertad. Quien ha aprendido a morir, ha desaprendido a ser un esclavo”  
(Montaigne, 1571)***

## IX.-REFERENCIAS

- Alcira, M., A., (1996), "Clínica con la muerte". Amorrortu Editores, Argentina
- Alborada, (2012), "La muerte un renacer", recuperado en:  
<http://acpalalborada.blogspot.mx/2012/04/lo-bueno-de-aceptar-la-muerte.html>
- Almanza-Muñoz JJ, Holland JC., (2000), "Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras." *Cancerología*; 46: pp. 196-206.
- American cancer society, (2015) "Después del diagnóstico: una guía para pacientes y sus familias" recuperado en [www.cancer.org](http://www.cancer.org)
- Amigo V, Fernández R. C, Pérez A. (2009), "Manual de Psicología de la Salud". Pirámide, Madrid
- Aries P. (1983), "El Hombre Ante la Muerte". Editorial Taurus, Colombia.
- Arenas-Monreal L., Jasso-Arenas J., & Campos-Navarro R., (2011), "Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales", *Global Health Promotion*, 18: 42. Recuperado en <http://ped.sagepub.com/content/18/4/42>
- Arredondo A., (1992), "Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad", *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 8 (3): pp. 254-261.
- Asociación Mexicana de Tanatología, A. C. AMTAC. Recuperado el 29 de enero de 2016, de <http://www.tanatología-amtac.com>
- Barcelata B., Durán C., Lucio E. & Gómez M., (2012), "Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas", *Salud Mental* 35: pp. 513-520
- Bautista H., (2013), "Tengo cáncer... ¿y ahora qué?", 2a ed. Edición independiente, México.

- Bayes R., (1985), "Psicología Oncológica", Ed. Martínez Roca, España.
- Becoña, E., Vázquez, F. L. & Oblitas, L. E. (2000). "Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas". En L. E. Oblitas y E. Becoña (Eds.), *Psicología de la salud* (pp. 11-52). México: Plaza y Valdés
- Behar, D. (2003) "Tanatología. Un buen morir. Encontrando sentido al proceso de la muerte". Pax Ediciones, México
- Berciano I., (2009), "Aprendiendo a morir", Editorial Desclée de Brouwer, España.
- Boeree, G. C., (1997) "Teorías de la Personalidad. Víctor Frankl "(1905-1998). Traducción al castellano de Gautier, R. (2003), Recuperado el 23 de agosto de 2016, de <http://ship.edu/-cgboeree/frankl-esp.html>.
- Bowker J. (1996). "Los significados de la muerte". Estados Unidos, Cambridge University Press
- Buela-Casal G.; Sierra C.J. (1977), "Modelos de evaluación psicológica." En: Buela-Casal G.; Sierra C.J. *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Ed. Siglo XXI Madrid
- Caballo V.E.; Anguiano S.S. (2002), "Estrés, estilos de personalidad y contratiempos cotidianos." en: *Psicología y Salud*. Reynoso E.; Seligson N, UNAM, pp. 71-103
- Cabo de Donnet, C. (2003) "Cultura: Educar para la vida". Recuperado el 17 de agosto de 2016, de <http://tanatología.entornomedico.net/>.
- Carmona Z., (2008), "La muerte el duelo y el equipo de salud", *Revista de Salud Pública*, 2 (2): pp. 14-23
- Cardaci D., (1992), "Promoción de la salud. ¿Cambio cultural o nueva retórica?", *Salud, cambio social y política: Perspectiva desde América Latina*, México, pp. 403-413.

- Carreras, B, M. (2003) "¿Qué hay después de la muerte? ", Grupo Editor de la Grulla, Argentina
- Castro Ma. C (2015) "Tanatología, pérdidas y duelos". Trillas, México
- Castaneda C. (1975), "Viaje a Ixtlan", Fondo de Cultura Económica, México.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2012) "Guía del psicólogo", A fond, pp. 3-6
- Duran G.; Becerra A.; García L; Moreno R. Educación social Integral. (2002) "Perspectiva del desarrollo comunitario para un bienestar biopsicosocial" en: Psicología y Salud. Reynoso E.; Seligson N. UNAM, pp.105 -144
- Flores G.M. (2011), "La asertividad y las relaciones interpersonales". En: Moral de la Rubia J; Valdez M. J. Psicología de la Salud. Consorcio de Universidades Mexicanas. Mex.
- Frías Osuna A. "Salud pública y educación para la salud". Ed. Masson.
- Garrote G.A.; Cojo A.T. "Relajación y Educación Grupal" Cap. 6 pp.25-42; "Autoestima para el desarrollo armónico de la Salud" Cap. 7 pp. 43-67.
- Godoy J.F. (1999) "Psicología de la Salud: delimitación Conceptual" Cap. I pp. 39-48 y "Psiconueroinmunología y Salud" Cap. II pp. 77 114 en: Simón M.A. Manual de Psicología de la Salud, Fundamentos, metodología y Aplicaciones. Ed. Bilioteca Nueva Madrid.
- Gómez F.R. (2012), "El secreto para superar las pérdidas", 2ª ed. Editorial Trillas, México.
- González-Méndez. (2009). "Psiconeuroinmunología, emociones y enfermedad". MedULA 18: pp. 155-164.
- González G.R.; Castro A.J.; Moreno A. L. (2011), "Promoción de la Salud en el Ciclo de vida". Mc Graw Hill, Mex. Cap. 2 pp. 24-29

- Grau A.J.; Hernández- Méndez.E. Vera V.P. (2005) “Estrés, Salutogénesis y Vulnerabilidad”, en: Hernández-Méndez E. Grau A.J. Psicología de la Salud, Fundamentos y aplicaciones. Universidad de Guadalajara,
- Guerrero L., (2010), “Educar para la muerte. Una investigación documental y una propuesta de intervención”, Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Haber S. (2000), “Cáncer de máma. Manual de Tratamiento Psicológico”, Ed. Paidós, Barcelona.
- Heredia-Ancona M., Lucio- Gómez M. & Suárez-de la Cruz (2011) “Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes”, Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine, 1 (2): pp. 49-57
- Hernández, D., (1995) “El estudio de la muerte desde diferentes perspectivas.” Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Herrera A., Granados M., (2006), “Manual de Oncología”, 5ª ed., Editorial Mc Graw Hill, México.
- Hospital General de México, recuperado el 14 de septiembre de 2016 en: <http://www.hgm.salud.gob.mx/>
- Huitrón S., 2014, “Antecedentes Históricos, Hospital General de México Doctor Eduardo Liceaga”, Recuperado de <http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/dirgral/antecedentes1.html>.
- Instituto Mexicano de Tanatología (2012) “¿Cómo enfrentar la muerte?” 3ª ed. Trillas. México
- Instituto de Investigaciones Antropológicas, (1989), “La Muerte en el Occidente del México Prehispánico”, Universidad Nacional Autónoma de México.

Instituto Nacional del Cáncer, recuperado en: [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov)

Jiménez R., (2000), "De la muerte denegada a la muerte reivindicada. Análisis de la muerte en la sociedad española actual: muerte sufrida, muerte vivida y discurso sobre la muerte." Tesis de Doctorado, Universidad de Valladolid, España.

Kübler-Ross, E. (1969) "Sobre la muerte y los moribundos", Debolsillo, España.

Kübler-Ross, E., (1987) "La muerte un amanecer", 4ª ed., Editorial Oceano, España.

Kübler-Ross, E., (1997) "La Rueda de la Vida", 2ª ed., Editorial Vergara, España.

Kübler-Ross, E., & Kessler D. (2002) "Lecciones de Vida", 6ª ed., Editorial Vergara, España.

Limonero J. (1994), "Algunas aportaciones de la psicología al ámbito de los enfermos en situación terminal.", Anuario de Psicología, Universidad de Barcelona, 61: pp. 85-92

López H. (2008), "Descriptorios Positivos y Negativos de Sucesos de Vida del Adolescente Escolarizado de Clase Alta", Eureka Paraguay, 5(1): pp. 77-95.

López M., (2004), "La muerte, una reflexión acerca de la vida", Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Manual de organización del Servicio de oncología, Hospital General de México, 2015

Martínez Y. (2010) "Filosofía Existencial para terapeutas y uno que otro curioso", Ediciones LAG, México

Meza- Rodríguez P., (2007), "Guía Clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico", Perinatol Reprod Hum.; 21: pp. 72-80.

Monroy A. (2003), "Aspectos psicológicos, sexuales y educativos del cáncer de mama. En: Sánchez C. (ed.). Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria ". México: Manual Moderno; pp. 639-49.



- Morin E. (1984) "El hombre y la muerte", Kairos, España
- Moral de la Rubia, (2011) "La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas", Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Moriondo, M., Palma, P., Medrano, L. A. & Murillo, P. (2012). "Adaptación de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) a la población de adultos de la ciudad de Córdoba: análisis psicométricos preliminares". *Universitas Psychologica*, 11 (1): pp.187-196.
- Moscoso, Manolete S. (2009), "De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología", *Revista de Psicología*, 5(2): pp. 143-152.
- Murray, M., Marks, D., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C., (2008). "Psicología de la Salud: Teoría, investigación y práctica.", Manual Moderno, México.
- Ogden J., (2004), "Psicologia da saúde", Climepsi Editora, Portugal, recuperado en <http://baes.ua.pt/handle/10849/231>
- O'Connor N. (2010), "Déjalos ir con amor, la aceptación del duelo." Trillas, México
- Organización Mundial de la Salud, (1986), "Carta de Ottawa para la promoción de la salud"
- Pimentel D. (1998), "Alteraciones de la sexualidad y estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico en el Instituto Nacional de Perinatología". Tesis de Licenciatura. México: UNAM.
- Polo Scott M. (2013) "Tanatología en el siglo XXI", Artículos publicados, recuperado en: <http://marcoantoniopoloscott.com.mx>
- Porro-Conforti M. & Andrés M. (2011), "Tipo de expresividad emocional y tendencia a la supresión de la expresión emocional en pacientes diagnosticados con cáncer", *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 3(1): pp. 10-18.

- Porro, M. L, Andrés, M. L. & Rodríguez-Espínola, S. (2012). "Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos". *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2): pp. 341-355.
- Picard R. (2013) "Comprendiendo la muerte", Ediciones Ser. México
- Quiroga J., 2013, "Salud y Enfermedad", Facultad de Medicina UMSS Cochabamba, Recuperado en [http://www.academia.edu/19906163/1\\_SALUD\\_ENFERMEDAD\\_2015](http://www.academia.edu/19906163/1_SALUD_ENFERMEDAD_2015).
- Real Academia Española (2016), Diccionario, recuperado en: <http://dle.rae.es/>
- Resendi de León, K., (2006), "Una forma de vivir, una forma de morir: creencias sobre la muerte.", Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rimpoche S, (1992), "El libro tibetano de la vida y la muerte", 2ª ed. Urano, España.
- Saldaha, E, (1993), "Terapia vivencial. Un abordaje existencial en psicoterapia", Lumen, Argentina.
- Sandin B., Chorot P., Lostao L., Joiner T., Santed M., & Valiente R., (1999), "Escala PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural", *Psicothema*, 11 (1): pp. 37-51.
- Soto O., Parra F., & Volcanes M., (2009)" La muerte y el duelo", *Enfermería Global*, 15: pp.1-9.
- Universidad Autónoma de Zacatecas, reduaz, recuperado de <http://www.uaz.edu.mx/>
- Torres, C., (2002), "Estudio sobre las creencias en torno a la vida y la muerte en un grupo de mexicanos adultos". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Universidad Autónoma de Barcelona, "Psiconeuroendocrinoinmunología" Fusté A., Bayes R., & Mena J. Universidad de Barcelona.

Vega S. (2012), "Intervención tanatológica en la Unidad de Cuidados Integrales Avanzados para el Paciente Cardiópata del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez", Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica,

Verástegui E., Allende S., Herrera A., & Meneses A., (2011), "Manual de cuidados paliativos para pacientes con cáncer", 2ª ed. Asociación Mexicana de Lucha contra el cáncer A.C., México.

Veronesi U.(2003), "Psychological consequences of cancer and their management". Breast Cancer; 15: pp. 61-7.

Worden W. (2013), "El tratamiento del duelo", Editorial Paidós, España.

World Health Organization (1998), "The World health report", Geneva.

Yalom I., (2009). "Mirar al Sol, la superación del miedo a la muerte", Booket, España.

## X.- APÉNDICES O ANEXOS

## Carta de consentimiento informado

“El uso de estrategias de regulación emocional en pacientes con cáncer”

Investigación con riesgo mínimo

Teléfono disponible las 24 hrs.: (55) 6070-1812

### I. Justificación y objetivos de la investigación

Hay evidencia que sugiere que algunos factores psicológicos pueden promover padecimientos como el cáncer o interferir con los tratamientos disponibles. En la presente investigación se tiene el propósito de indagar acerca de algunos factores psicológicos que pudieran tener relación con el inicio y/o progresión del cáncer. También se pretende explorar cómo el paciente se adapta a esta enfermedad.

### II. Procedimientos que se usarán

Si usted acepta participar, contestará por escrito y de manera individual un cuadernillo con varias preguntas. Ese será el único compromiso que tendrá usted con la investigación. El estudio no involucra ningún procedimiento médico ni psicoterapéutico.

### III. Molestias y riesgos esperados

Debido a que este estudio no involucra ningún procedimiento médico ni psicoterapéutico, no existe riesgo físico alguno para usted ni para sus familiares. Sin embargo, se considera que el estudio es de riesgo mínimo porque algunas de las preguntas de los cuestionarios pueden resultar bruscas o difíciles. Si alguna de las preguntas le parece incómoda, inapropiada o intolerable, tiene usted el derecho de no contestar esa pregunta e incluso de retirarse en ese momento de la investigación sin tener que dar explicación alguna.

### IV. Beneficios que pudieran obtenerse

Por desgracia, participar en esta investigación no redundará en ningún beneficio directo para usted ni para su familia. Sin embargo, estará usted contribuyendo a la generación de conocimiento científico acerca de la forma en que los pacientes con cáncer enfrentan esta enfermedad. Con esa información podrá desarrollarse eventualmente tratamientos más integrales para pacientes oncológicos y sus familias.

### V. Procedimientos alternativos

Puesto que la investigación no involucra ningún procedimiento médico ni psicoterapéutico, no es posible ofrecerle opciones de tratamiento distintas ni complementarias a las que el Hospital le brinde. La participación de usted consistirá sólo en responder una serie de preguntas, ajenas a su tratamiento. En caso de que necesite ayuda para contestar, puede solicitarla al aplicador.

### VI. Preguntas y aclaraciones

Si durante la aplicación tuviera alguna duda o quisiera alguna aclaración, cualquier miembro del equipo podrá asesorarlo. Para plantear preguntas después de contestar el cuestionario, puede comunicarse al teléfono (55) 5622-2250.



#### **VII. Dejar de participar en el estudio**

Si en algún momento desea retirar su consentimiento y abandonar la investigación puede hacerlo sin que ello derive en consecuencias para su tratamiento. Si ya hubiere contestado algunas preguntas, se romperá ante usted el cuestionario como garantía de que se desechará éste. Sin embargo, como se mencionó antes, por razones éticas y legales no se le brindará el cuestionario completo ni en trozos. Si decidiera retirarse después de que ya ha contestado el cuestionario, puede hacerlo comunicándose a los teléfonos (55) 5622-2250 o al correo electrónico zhuckey@gmail.com

#### **VIII. Anonimato y confidencialidad**

Si acepta, participará usted de manera anónima, es decir, no brindará su nombre ni ningún otro dato de identificación personal de manera verbal ni escrita. Sólo se le pedirá información sociodemográfica general, como su sexo, edad o localidad de residencia. Además, todos los datos y respuestas serán confidenciales, esto es, el acceso a la información se reservará para la Dra. Laura Hernández Guzmán. Una vez concluidos los análisis se guardará los cuestionarios por cinco años. Los resultados se publicarán en revistas científicas sin ningún dato individual ni respuesta específica que haya brindado usted ni ningún otro participante. Toda la información se utilizará únicamente con fines de investigación y académicos.

#### **IX. Compromiso de información actualizada**

El contacto con usted durará sólo durante el tiempo que tome usted para contestar los cuestionarios. Por lo tanto, no se le podrá brindar información después de ese evento. Si la quisiera, deberá comunicarse al teléfono (55) 5622-2250 a más tardar el 30 de junio de 2016.

#### **X. Disponibilidad de tratamiento médico e indemnización en caso de daños**

Puesto que la investigación no involucra ningún procedimiento médico ni psicoterapéutico, no habrá necesidad derivada de esta investigación de brindarle ningún tratamiento médico adicional al que su caso requiera o aquel que ya esté llevando. Tampoco habrá necesidad de indemnización alguna ya que el daño físico es muy improbable: sólo manejará usted un lápiz para marcar sus respuestas en un cuadernillo de papel bond (hojas comunes tamaño carta).

#### **XI. Gastos adicionales**

Participar en esta investigación no implicará gasto alguno para usted ni para sus familiares, en el presente ni en el futuro. La Universidad Nacional Autónoma de México subvenciona todos los materiales y otros gastos de esta investigación por medio del proyecto PAPIIT IN305814.

#### **Posibles contribuciones y beneficios de este estudio**

Como se mencionó antes, al participar estará usted contribuyendo a generar conocimiento científico acerca de la forma en que los pacientes con cáncer enfrentan esta enfermedad. Con esa información podrá desarrollarse eventualmente tratamientos más integrales para pacientes oncológicos y sus familias.



## XII. Testigos

### Testigo 1.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Relación con el participante: \_\_\_\_\_

### Testigo 2.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Relación con el participante: \_\_\_\_\_

## Resumen de la experiencia de los investigadores

### Alain Leonardo Santiago González.

Durante su formación de nivel licenciatura participó en el proyecto “Programa de intervención en pacientes con arritmia cardiaca”, en el Hospital General de México. Desde 2013 pertenece al equipo de la Dra. Laura Hernández Guzmán, de quien fue asistente de investigación durante dos años por parte del Sistema Nacional de Investigadores, CONACYT, dónde coordinó tres proyectos de investigación entre ellos “Factores psicológicos asociados a la percepción del dolor del miembro fantasma en pacientes con osteosarcoma”.

### Dra. Laura Hernández Guzmán.

La Dra. Laura Hernández Guzmán es Investigadora Nacional Nivel III, SNI, CONACYT. Ha dirigido proyectos de investigación por alrededor de 30 años, la mayoría acerca del desarrollo de la psicopatología o disfunción psicológica y el tratamiento de ésta. Es tutora de la Maestría en Psicología (Medicina Conductual), en la que ha dirigido diversas tesis en el contexto del cáncer. Como tutora del Doctorado en Psicología, dirige entre otras la tesis intitulada “Factores psicológicos asociados al dolor del miembro fantasma”, realizada en pacientes con osteosarcoma y otras patologías. Recibió el grado de Doctora en Psicología Infantil y del Desarrollo por la Universidad de Kansas, Estados Unidos.

Como se mencionó en un punto anterior, una vez concluido el análisis de la información, se guardará los cuestionarios por cinco años. Los resultados se publicarán en revistas científicas sin ningún dato individual ni respuesta específica que haya brindado usted ni ningún otro participante. Toda la información se utilizará únicamente con fines de investigación y académicos.

## Participante

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Aplicador / asistente de investigación

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



DIRECCIÓN DE  
INVESTIGACIÓN  
www.hgim.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148  
Colonia Doctores  
Delegación Cuauhtémoc  
México, DF 06726

T +52 (55) 5004 3842  
Con +52 (55) 2789 2000  
Ext 1164

## HISTORIA CLÍNICA SOBRE SALUD Y ESTRÉS

FECHA: \_\_\_\_\_

### I. FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: [ H ] [ M ]  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ A qué se dedica \_\_\_\_\_ Qué hace \_\_\_\_\_  
Le gusta \_\_\_\_\_  
Procedencia: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Fecha de cirugía: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico \_\_\_\_\_

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Actualmente:

\*¿Existe alguna preocupación sobre su salud? [SI] [NO]  
\*¿Cuál? \_\_\_\_\_  
\*¿Desde hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
\*¿Qué tratamiento(s) ha recibido? \_\_\_\_\_  
\*Tipo de medicamento y dosis indicada: \_\_\_\_\_

### II. ANTECEDENTES PERSONALES

#### A. NO PATOLOGICOS

##### a) Hábitos higiénicos - dietéticos (aseo personal, alimentación, ejercicio, etc.)

¿Cuántos comidas hace en un día (desayuno, almuerzo, comida, merienda, cena)?, ¿Qué alimentos consume frecuentemente en su dieta diaria?, ¿Qué tipo de ejercicio o deporte realiza por lo menos tres veces a la semana de 30 a 60 minutos?:

---

---

---

---

##### b) Pasatiempos y actividades recreativas.

¿Qué actividades realiza en sus ratos libres, para divertirse o bien relajarse?

---

---

---

---



## B. PATOLOGICOS

### a) Enfermedades propias de la infancia:

¿Qué problemas de salud tuvo en la infancia / adolescencia: padecimientos neurológicos (cefalea, TCE, epilepsia, EVC, trastornos del sueño, debilidad, síntomas neurológicos episódicos); trastornos psicológicos/psiquiátricos (depresión, trastornos de ansiedad, angustia, etc.), adicciones (tabaquismo, alcoholismo, alimentación, etc.); Otro(s)]?:

---

---

---

---

## III. ANTECEDENTES FAMILIARES

### a) ¿Cuál de las siguientes situaciones se aplican a los miembros de su familia?

Problemas de tiroides; problemas renales; asma; enfermedades neurológicas; diabetes; cáncer; hipertensión arterial; dolor de cabeza, problemas gastrointestinales (úlceras pépticas, colitis; problemas dermatológicos (dermatosis, alopecia, prurito, alergias, etc.); problemas en próstata; glaucoma; epilepsia; adicción a alguna droga; depresión; ansiedad, otro(s):

---

---

## IV. DATOS CLÍNICOS GENERALES

Estatura:		IMC:		Peso:	
-----------	--	------	--	-------	--

### a) ¿En el último año ha recibido tratamiento médico? (Si) (No) Si fue así ¿Cuál fue la causa?

---

---

b) ¿En los últimos dos años ha recibido atención psicológica o psiquiátrica? (Si) (No) Si fue así ¿Cuál fue el motivo?

---

---






**¿CÓMO ME HE SENTIDO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS?**  
 PANAS-C (Laurent et al, 1999) Adaptación y traducción Bribiesca y Hernández-Guzmán (en preparación)

En esta hoja encontrará el nombre de diversos sentimientos y emociones. Con cada uno haga lo siguiente:

Primero: Lea el sentimiento o emoción.

Luego: Piense cuánto lo ha sentido durante las dos semanas pasadas (las más recientes).






Encierre en un círculo la respuesta que corresponda.

¿Qué tanto....?	 MUY POCO O NADA	 UN POCO	 REGULAR	 BASTANTE	 MUCHO
1.-Triste.	0	1	2	3	4
2.-Espantado(a).	0	1	2	3	4
3.-Alerta, bien despierto(a).	0	1	2	3	4
4.-Con pena.	0	1	2	3	4
5.-Enojado(a).	0	1	2	3	4
6.-Inquieto(a).	0	1	2	3	4
7.-Culpable.	0	1	2	3	4
8.-Asustado(a).	0	1	2	3	4
9.-Sin suerte.	0	1	2	3	4
10.-Con miedo.	0	1	2	3	4
11.-Solo(a).	0	1	2	3	4
12.-Furioso(a).	0	1	2	3	4
13.-Molesto(a).	0	1	2	3	4
14.-Deprimido(a).	0	1	2	3	4
15.-Recuerdo con tristeza.	0	1	2	3	4

## ¿CÓMO ME HE SENTIDO Y EXPRESADO?






BEQ (Gross & John, 1997) Adaptación y traducción por Santiago y Hernández-Guzmán (2015)

Nos gustaría que respondiera a algunas preguntas relacionadas con su vida emocional, en particular cómo controla o cómo maneja y regula sus emociones. En este sentido, estamos interesados en dos aspectos principales: por un lado su experiencia emocional o cómo siente las emociones; y por otro la expresión emocional o cómo muestra sus emociones en su forma de hablar o de comportarse. Aunque algunas de las siguientes preguntas podrían parecer similares, difieren en aspectos bastante importantes. Para cada una de las preguntas utilice la siguiente escala de respuesta:

¿Qué tanto....?	 MUY POCO O NADA	 UN POCO	 REGULAR	 BASTANTE	 MUCHO
16.-Cuando tengo emociones positivas, es fácil para los demás ver como me siento.	0	1	2	3	4
17.-Cuando veo películas tristes algunas veces lloro.	0	1	2	3	4
18.-Las otras personas no saben cómo me siento.	0	1	2	3	4
19.-Cuando me cuentan un chiste muy gracioso, me rio ruidosamente.	0	1	2	3	4
20.-Me cuesta trabajo ocultar que siento miedo.	0	1	2	3	4
21.-Si estoy feliz, lo demuestro.	0	1	2	3	4
22.- Ante una situación emocional, mi cuerpo reacciona fuertemente.	0	1	2	3	4
23.- He aprendido que es mejor no mostrar mi cólera.	0	1	2	3	4
24.- Aunque este nervioso o alterado, me muestro como si estuviera calmado.	0	1	2	3	4
25.- Soy una persona que expresa sus emociones.	0	1	2	3	4
26.-Tengo emociones fuertes.	0	1	2	3	4
27.- A veces aunque quiera no puedo ocultar mis sentimientos.	0	1	2	3	4
28.-Cuando tengo emociones negativas las otras personas se dan cuenta de lo que siento.	0	1	2	3	4
29.- Ha habido ocasiones en las que no he podido dejar de llorar, aunque lo he intentado.	0	1	2	3	4
30.- Experimento fuertemente mis emociones.	0	1	2	3	4
31.- Lo que siento se manifiesta en mis expresiones y gestos.	0	1	2	3	4

## ¿CÓMO ME HE SENTIDO Y EXPRESADO?







ERQ (Gross & John, 2003) Adaptación y traducción Zamudio y Hernández-Guzmán (en preparación)







¿Qué tanto....?	 MUY POCO O NADA	 UN POCO	 REGULAR	 BASTANTE	 MUCHO
32.-Trato de mantener ocultas mis emociones.	0	1	2	3	4
33.-Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.	0	1	2	3	4
34.-Controlo mis emociones no expresándolas.	0	1	2	3	4
35.-Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.	0	1	2	3	4







## ¿QUÉ COSAS ME HAN PASADO EN MI VIDA?

Lucio y Durán (2003) Adaptación Santiago y Hernández-Guzmán (2015)







Algunas de las cosas listadas a continuación le pueden haber ocurrido en algún momento de su vida. Indique cuáles y cuánto le han gustado con un círculo en la respuesta que corresponda.

En mi vida alguna vez...	 NO ME HA PASADO	 PARA NADA ME GUSTO	 NO ME GUSTO	 ME DIO IGUAL	 ME GUSTO UN POCO	 ME GUSTO MUCHO
36.-Empecé a realizar una actividad que no me gustaba, sólo por dar gusto a los demás.	0	1	2	3	4	5
37.-Tuve problemas económicos.	0	1	2	3	4	5
38.-Me deprimí.	0	1	2	3	4	5
39.-Tuve un accidente grave.	0	1	2	3	4	5
40.-Estuve cuidando a un familiar enfermo por varios meses.	0	1	2	3	4	5
41.-Mi familia no me apoyó económica o emocionalmente.	0	1	2	3	4	5
42.-Me embaracé durante la adolescencia.	0	1	2	3	4	5
43.-Falleció alguien cercano.	0	1	2	3	4	5
44.-Solí pasar mucho tiempo sin desayunar.	0	1	2	3	4	5
45.-Empecé a consumir tabaco.	0	1	2	3	4	5
46.-Fui extorsionado(a).	0	1	2	3	4	5
47.-Mi trabajo solió ser muy difícil y solió no hacerme feliz.	0	1	2	3	4	5
48.-Fui asaltado(a) con violencia o golpeado(a).	0	1	2	3	4	5
49.-Tuve problemas con mi vida sexual.	0	1	2	3	4	5
50.-Solí casi no tener tiempo libre en toda la semana.	0	1	2	3	4	5
51.-Dormí menos de 6 horas diarias.	0	1	2	3	4	5
52.-Mis familiares solieron buscarme sólo para pedirme dinero.	0	1	2	3	4	5
53.-Perdí algo muy querido o muy especial para mí.	0	1	2	3	4	5
54.- Pensé en lastimarme a propósito.	0	1	2	3	4	5
55.-Estuve internado(a) en el hospital.	0	1	2	3	4	5
56.-Me fue difícil conseguir lo que quería.	0	1	2	3	4	5
57.-Mi pareja quiso casarse y yo no.	0	1	2	3	4	5
58.-Solió maltrarme o conrolarme mi pareja.	0	1	2	3	4	5
59.-Tuve alguna enfermedad grave que no fuera cáncer.	0	1	2	3	4	5
60.-Me corrieron de la casa.	0	1	2	3	4	5

En mi vida alguna vez...	 NO ME HA PASADO	 PARA NADA ME GUSTO	 NO ME GUSTO	 ME DIO IGUAL	 ME GUSTO UN POCO	 ME GUSTO MUCHO
61.-Me divorcié o separé.	0	1	2	3	4	5
62.-Tuve problemas legales.	0	1	2	3	4	5
63.-Fui secuestrado(a)	0	1	2	3	4	5
64.-Dejé de tener vida sexual activa.	0	1	2	3	4	5
65.-Fue difícil entablar una relación estable.	0	1	2	3	4	5
66.- Tuve que abandonar actividades que me gustaban.	0	1	2	3	4	5
67.-Falleció mi pareja.	0	1	2	3	4	5
68.-Perdí mi trabajo.	0	1	2	3	4	5
69.-Me distancié de mis amigos(as).	0	1	2	3	4	5
70.-Fue difícil embarazarme.	0	1	2	3	4	5
71.-Mi familia solió excluirme de reuniones familiares.	0	1	2	3	4	5
72.- Alguien cercano a usted se suicidó.	0	1	2	3	4	5
73.-Consumí pastillas para no tener hijos (anticonceptivas).	0	1	2	3	4	5
74.-Mi primera menstruación fue antes de los 12 años	0	1	2	3	4	5
75.-Fui infiel a mi pareja por un tiempo.	0	1	2	3	4	5
76.-Mi pareja se accidentó gravemente.	0	1	2	3	4	5
77.-Dejé de usar condón.	0	1	2	3	4	5
78.-Me sorprendieron robando en el trabajo.	0	1	2	3	4	5
79.-Mi pareja me contagió una enfermedad de transmisión sexual.	0	1	2	3	4	5
80.-Pasé mucho tiempo sentado(a).	0	1	2	3	4	5
81.-Tuve dos empleos a la vez.	0	1	2	3	4	5
82.-Mi deseo sexual disminuyó.	0	1	2	3	4	5
83.-Fui enviado(a) a prisión.	0	1	2	3	4	5
84.-Tuve serios desacuerdos con mi pareja o hijos.	0	1	2	3	4	5
85.-A veces quise ya no seguir con mi vida.	0	1	2	3	4	5
86.-Fui golpeado(a) por algún miembro de mi familia.	0	1	2	3	4	5
87.-Mi pareja se fue con otra persona o me abandonó.	0	1	2	3	4	5
88.-Tuve un aborto provocado [o mi pareja tuvo un aborto provocado].	0	1	2	3	4	5
89.-Fui lastimado(a) o alguien abusó de mí físicamente.	0	1	2	3	4	5
90.-Empecé a tener relaciones sexuales con personas diferentes.	0	1	2	3	4	5

En mi vida alguna vez...	 NO ME HA PASADO	 PARA NADA ME GUSTO	 NO ME GUSTO	 ME DIO IGUAL	 ME GUSTO UN POCO	 ME GUSTO MUCHO
92.- Quise casarme y pareja no quiso.	0	1	2	3	4	5
93.-Casi no presenté sangrado menstrual.	0	1	2	3	4	5
94.-Empeoró por largo tiempo la relación con mi pareja.	0	1	2	3	4	5
95.-Cambí de orientación sexual.	0	1	2	3	4	5
96.- Tuve más responsabilidades.	0	1	2	3	4	5
97.-Mi sangrado menstrual fue abundante	0	1	2	3	4	5
98.-Empeoraron las relaciones con mis familiares.	0	1	2	3	4	5
99.-Por largo tiempo no encontré trabajo.	0	1	2	3	4	5
100.- Abusaron sexualmente de mí o fui violada(o).	0	1	2	3	4	5

Si considera que hay algún suceso que haya sido muy importante para usted y no fue mencionado antes. Por favor colóquelo en el siguiente espacio:

En mi vida alguna vez...	 NO ME HA PASADO	 PARA NADA ME GUSTO	 NO ME GUSTO	 ME DIO IGUAL	 ME GUSTO UN POCO	 ME GUSTO MUCHO
	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5

# Modelo de TESTAMENTO VITAL

(texto creado por el grupo Potala Hospice, <http://asociacionpotala.org/index.html>)

*"Quiero pensar que cuando muera, me habré entregado como un árbol que deja caer sus semillas cada primavera y no repara en la pérdida, porque no hay tal pérdida, sino una continuidad a la vida futura. Es la naturaleza del árbol. Aunque sus raíces son fuertes, regala su tesoro al viento".*

A TODOS LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, SERES QUERIDOS Y DEMÁS PERSONAS INVOLUCRADAS:

Escribo estas instrucciones en plena posesión de mis facultades mentales:

Deseo recibir toda la información sobre cualquier enfermedad que sufra, en cuanto a tratamientos posibles y alternativos, sus riesgos y consecuencias para tomarlo en cuenta en mis decisiones.

DECLARO que en el caso que presentara una de las siguientes circunstancias:

1. Enfermedad maligna diseminada.
2. Enfermedad degenerativa avanzada del sistema nervioso central.
3. Daños cerebrales graves e irreversibles debido a enfermedad, accidentes u otras causas.
4. Demencia senil con deterioro cognitivo severo
5. Cualquier otra enfermedad que ocasione mínima calidad de vida (condiciones físicas tan deterioradas sin posibilidad de recuperación y con severa restricción de mi capacidad para comunicarme con los demás).

En dichas circunstancias mis deseos son los siguientes:

- En caso de parada cardiorrespiratoria, no deseo ser sometida a maniobras de soporte vital, que no tendrían ningún beneficio e implicarían costes innecesarios. Esto incluye el no ser alimentada forzosamente en el caso de perder la vía oral; sí podrá dárseme agua si puedo recibirla.
- Que cualquier síntoma que afecte mi confort (dolor, disnea, vómitos, insomnio, etc.) se controle con los medicamentos apropiados u otros tratamientos ( me refiero a las medicinas y técnicas complementarias), en la medida justa y razonable, si mi estado lo permite, para permanecer consiente en el momento de mi muerte.
- Bajo ninguna circunstancia deseo recibir quimioterapia ni radioterapia paliativas, ni ningún otro tratamiento experimental de última moda.
- Desearía morir en mi casa, en mi cama, acompañada de mis seres queridos, y que en mi habitación se pongan fotos de mis maestros, ángeles, imágenes de Buda y se quemase incienso. En caso de que mi familia no pudiese encarar mis cuidados, no me importaría ser ingresada en una institución para enfermos terminales (hospicio, unidad de cuidados paliativos o residencia), pero no quisiera morir en un hospital.



- Después de mi muerte, es mi voluntad que se respete mi cuerpo y se le deje sin tocar durante tres días, antes de enterrarlo o de incinerar. En el momento y después de mi muerte dejo a voluntad de mis amigos de espiritualidad, la realización de las prácticas espirituales, que crean convenientes para ayudar a mi conciencia; lo que hagan será acertado y beneficioso para mí.

DOY MI CONSENTIMIENTO a cualquier medida que pueda tomarse u omitirse para realizar las instrucciones manifestadas, y eximo a los profesionales médicos de cualquier responsabilidad civil derivada de dichos actos u omisiones.

EN CASO de que me viera incapacitada para manifestar mis deseos o participar personalmente en las decisiones sobre mi atención médica, todas las decisiones con respecto a mi tratamiento y cesación de los mecanismos para prolongar artificialmente mi vida quedarán a cargo de la persona que he designado como mi apoderado legal:

FIRMA:

Me reservo el derecho de revocar esta declaración y de hacer los cambios que estime convenientes en el momento que lo considere necesario.

TESTIGOS:

NOMBRE y FIRMA

(Agradecimientos por el presente texto a Potala Hospice, <http://asociacionpotala.org/index.html>)

*Potala Hospice es una entidad sin ánimo de lucro, que conformada por un equipo multidisciplinario de voluntarios, ofrece apoyo y acompañamiento a enfermos al final de la vida y a sus familiares, en un clima de res-peto, cuidado y amor. La Asociación P.H., es miembro de la Fundación para la Preservación de la Tradición Mahayana (FPMT), una organización de Budismo Tibetano que cuenta con más de 100 centros alrededor del mundo. En su esfuerzo por trabajar en beneficio de otros, la FPMT sigue el ejemplo y enseñanzas de S.S el Dalai Lama con su compasivo servicio a la humanidad. Lama Zopa Rinpoché, director espiritual de la FPMT sugiere la creación de un quipo de voluntariado ante la trascendencia de esta etapa de nuestra vida y la gran demanda social. Así surge en 2003 la Asociación Potala Hospice.*



## DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS (TESTAMENTO VITAL)

Yo \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_  
Mayor de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_

**En plenitud de mis facultades, libremente y tras una adecuada reflexión, declaro:**

Que no deseo para mí una vida dependiente en la que necesite la ayuda de otras personas para realizar las "actividades básicas de la vida diaria", (vestirme, usar el servicio, comer...)

Que si llego a una situación en la que no sea capaz de expresarme personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de mi salud a consecuencia de un padecimiento<sup>1</sup> que me haga dependiente de los demás de forma irreversible, es mi voluntad clara e inequívoca no vivir en esas circunstancias y que se me permita morir con dignidad, de acuerdo con las siguientes instrucciones previas:

1. **Rechazo todo tratamiento que contribuya a prolongar mi vida:** técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos (incluidos los antibióticos) o alimentación por sonda o gastrostomía, solicitando una limitación del esfuerzo terapéutico que sea respetuosa con mi voluntad.
2. **Solicito unos cuidados paliativos** adecuados al final de la vida, que se me administren los fármacos que alivien mi sufrimiento, especialmente –aún en el caso de que pueda acortar mi vida- una sedación paliativa que me procure una muerte serena.
3. Si para entonces la legislación regula el derecho a morir con dignidad mediante **eutanasia** activa, es mi voluntad morir de forma rápida e indolora de acuerdo con la *lex artis ad hoc*.

De acuerdo con la Ley designo como mi **REPRESENTANTE** a:

Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### TESTIGOS<sup>2</sup>:

1. Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Lo que hago constar en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Fdo.:

<sup>1</sup>Daño cerebral, demencias, tumores, enfermedades crónicas o degenerativas, estados vegetativos, accidentes cerebrovasculares o cualquier otro padecimiento grave e irreversible.

<sup>2</sup>Mayores de edad con plena capacidad de obrar, al menos dos sin relación de parentesco ni vínculo patrimonial, **declaran** que el otorgante de este documento es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en su presencia