



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**IMPACTO EMOCIONAL ANTE LA ENFERMEDAD DE
CÁNCER EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

Lorena Esmeralda López Segovia.

Asesora: Lic. Perla Lizbeth Uribe Carmona.

Uruapan, Michoacán. A 27 de febrero de 2019.



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.

DEDICATORIAS

A los forjadores de mi camino, a los que me acompañan y animan a seguir a la
cumbre del éxito y la felicidad: a mis papás.

A mi hermano: por lo que representa para mí y por mostrar su apoyo incondicional.

A mis formadores: personas de gran sabiduría, quienes se han esforzado en
ayudarme a lograr este objetivo.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	5
Objetivos.....	8
Pregunta de investigación.....	9
Instrumento de recolección de datos.....	9
Justificación.....	11
Marco de referencia.....	12

Capítulo 1. Duelo.

1.1 Definiciones de duelo.....	14
1.2 Características de duelo.....	15
1.3 Tipos de duelo.....	18
1.4 Dolor emocional	21

Capítulo 2. Cáncer.

2.1 Definición de cáncer.....	27
2.2 Fases del cáncer.....	28
2.3 Tipos de cáncer.....	30
2.3.1 Según su dispersión.....	30
2.3.2 Según su origen.....	31

2.4 Principales factores de riesgo del cáncer.....	32
2.5 Tratamiento para el cáncer y sus consecuencias.....	34
2.6 Cáncer de próstata.....	36
2.6.1 Signos del cáncer de próstata.....	36
2.6.2 Tratamiento del cáncer de próstata.....	37

Capítulo 3. Familia y enfermedad.

3.1 Concepto de familia	40
3.2 Características de la familia.....	41
3.3 Estilos de comunicación dentro del sistema familiar.....	47
3.4 Roles familiares.....	48
3.5 La familia y el enfermo.....	49

Capítulo 4. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

4.1 Descripción metodológica.....	54
4.1.1 Tipo de enfoque.....	54
4.1.2 Tipo de diseño.....	56
4.1.3 Tipo de estudio.....	56
4.1.4 Tipo de alcance.....	57
4.1.5 Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	59
4.1.6 Selección de caso.....	60
4.2 Descripción del proceso de investigación.....	63
4.3 Análisis e interpretación de resultados.....	65
4.3.1 Impacto emocional de la enfermedad en el paciente oncológico.....	67

4.3.2 Estado emocional de la familia desde la percepción del paciente oncológico.....	78
Conclusiones.....	89
Bibliografía.....	92
Mesografía.....	94
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En el presente documento se examina el impacto emocional en un paciente ante el padecimiento de cáncer. Como primera tarea, se exponen enseguida los elementos contextuales necesarios.

Antecedentes.

Se comenzará haciendo mención de los antecedentes que se encuentran relacionados con la variable “impacto emocional”. Es importante presentar los antecedentes para que el lector conozca y se introduzca en el contexto de la investigación, con la finalidad de tener un panorama más completo del tema.

El impacto emocional, según Guiorante (2012), es un estado de sorpresa que se expresa en llanto, en estados de angustia, de *shock*, de terror, de no poder entender, de no asimilar la noticia que se está dando en ese momento. Cada persona presenta una serie de cambios físicos y fisiológicos de manera radical.

Las investigaciones mostradas a continuación cumplen con la finalidad de analizar el impacto emocional ante la presencia de cáncer de la muestra seleccionada.

La autora Guirotante realizó una investigación, la cual lleva por nombre “Impacto psicológico del diagnóstico de cáncer en madres de niños oncológicos”, realizada en

la Universidad Abierta Interamericana en Rosario, Santa Fe, en el año 2012. El propósito de dicha investigación tuvo como finalidad examinar las repercusiones emocionales en madres de niños diagnosticados con cáncer.

De las 11 madres que participaron, 8 de ellas tenían a su hijo en tratamiento oncológico, mientras que los 3 restantes ya habían pasado la fase de tratamiento quimioterapéutico; 6 de ellas eran casadas, 2 estaban en pareja y 3 se encontraban divorciadas. Estas madres tenían o tuvieron a su hijo entre 0 y 14 años de edad en tratamiento de quimioterapia en el momento de las entrevistas, y ellas eran el miembro de la familia que acompañaba al niño durante dicho proceso.

Para poder lograr los objetivos planteados, se utilizó como instrumento la entrevista semiestructurada a una muestra de 11 madres, las cuales tenían o tuvieron un hijo en tratamiento quimioterapéutico y cuyas edades oscilaban entre 30 y 59 años. Al analizar los resultados, se encontraron coincidencias altamente significativas en el área emocional, entre las que se pueden mencionar las siguientes etapas: conmoción o aislamiento, ira e impotencia, depresión y aceptación de la enfermedad.

Con respecto a quien recibe por primera vez el diagnóstico, en este caso es comunicado primeramente a las madres de los niños, ya que acompañaron a los menores a la realización de los estudios correspondientes.

En el diálogo de las madres, se puede analizar que están en la posición de lo inesperado, que es similar a un estado de impacto emocional, lo cual provoca en la

mayoría de ellas un efecto de sorpresa, que se expresa en llanto, estados de angustia, de k, de terror, de no poder entender ni asimilar la noticia que en ese momento están recibiendo por parte de los médicos; así, se puede ver también que la reacción se expresa de diversas maneras, mostrando de esta forma que la presencia de la enfermedad del hijo afecta a cada una de las madres, dependiendo de la historia personal que tiene cada una. De modo que, mientras algunas reaccionaron encerrándose en sí mismas, llorando y buscando contención interna, otras prefirieron hablar de lo que estaban pasando con las personas allegadas.

A la vez, también se puede inferir que la respuesta de cada una de las mamás se encuentra influenciada por la edad que tienen, por lo que las más jóvenes mostraron mayores recursos a la hora de enfrentar la noticia, es decir, mejor pronóstico de aceptación de la enfermedad, sí bien el impacto produjo, en todas, el estado de sorpresa.

En una segunda investigación, titulada “Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer” de los autores De la Huerta y cols., elaborada en el año 2006, en la Facultad de Psicología de la UNAM y el Instituto Nacional de Pediatría, se describe cómo es el tener un hijo al cual se le ha diagnosticado cáncer, cómo causa un gran impacto emocional, con sentimientos de culpa, incertidumbre, de soledad y de pérdida sobre el control de sus vidas. Es una situación de crisis que introduce cambios radicales y repentinos en el contexto físico, social y en la comunicación familiar.

Se evaluó el afrontamiento de 50 cuidadores primarios (hombres y mujeres) de niños diagnosticados con cáncer entre las edades de un mes y 15 años, que se encontraran en el Servicio de Hemato-Oncología del Instituto Nacional de Pediatría. Se les pidió a los cuidadores que contestaran el instrumento de Salud y Vida Cotidiana HDL, forma B, el cual fue traducido y validado por Ayala y Aduna en 1989 en México. El instrumento contiene siete escalas, incluyendo la de afrontamiento.

La muestra se dividió de acuerdo con la edad de los niños y al diagnóstico. Utilizando los datos obtenidos del cuestionario HDL, se analizaron las demás escalas, se utilizó la prueba "t" de Student, utilizando la escala de enfermedades recurrentes (gripa, dolor de cabeza e infecciones) con el resto de las escalas del cuestionario, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa de .019 en la escala de autoconfianza. Se realizó otra prueba "t" con la escala de eventos positivos, dando como resultado una significancia de 0.048 con la descarga emocional.

Al poder determinar los estilos y estrategias de afrontamiento en los cuidadores de niños con cáncer, se explica cómo los niños y los padres se adaptan a la enfermedad y al tratamiento. Esto permite observar los esfuerzos por disminuir los sentimientos de perturbación asociados con la amenaza que implica la enfermedad, al igual que los efectos negativos en la salud del cuidador.

El afrontamiento cognitivo activo es utilizado con mayor frecuencia por los cuidadores, debido a que centran sus acciones en el análisis o la valoración y renovación de las demandas o amenazas provocadas por la enfermedad de sus hijos,

para entenderlas y comprenderlas, logrando manejar la tensión provocada por la situación.

Le sigue el afrontamiento conductual activo, aquí los cuidadores manejan directamente el problema y sus efectos, tratan de conocer más sobre la situación, tomar acciones positivas para resolverla y lo hacen hablando con un profesional y crean planes de acción. En un mínimo porcentaje (2%), los cuidadores utilizaron el afrontamiento evitativo, es decir, utilizan conductas dañinas para su salud como fumar y comer más, intentan olvidar la situación, la niegan haciendo bromas acerca de ella como una fantasía optimista que le permita olvidar tanto el problema como los sentimientos que le provocan.

Planteamiento del problema.

Según la OMS (2017: 1), “el término cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana”.

El cáncer es una enfermedad que puede ser producida por diferentes factores como es lo genético, sin olvidar el ambiente, ya que se está predispuesto a padecer

algún tipo de cáncer y dependerá de la presencia de factores de riesgo para que este padecimiento comience a tomar progreso.

La OMS (2017) señala que los tipos de cáncer diagnosticados con mayor frecuencia a nivel mundial son los de pulmón, hígado, estómago, colon y recto, mama y esófago. Por sexo, los cinco principales en las mujeres son el de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago, mientras que en los varones son el de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado. El cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, ya que se le atribuyen millones de muertes y se pronostica que irá en considerable aumento en las siguientes décadas.

Se ha visto el sufrir de las personas, ya sean familiares o conocidos de las personas que tienen un enfermo de cáncer a su cuidado. Se tiene la idea de que estas personas sufren, pero se desconoce el grado y la manera en que viven el duelo una vez que se da el diagnóstico de la enfermedad, se cree que comienzan a dejar otras actividades que realizaban por dar toda la atención a la persona enferma o presentan cambios de roles; esto dependerá de la posición que ocupe la persona enferma en el sistema familiar. Es decir, si fuese la madre quien padece la enfermedad, entonces, algún miembro, ya sea el padre, la hija o la abuela, tomará su lugar en el sistema familiar, dependiendo las habilidades que presente y la manera de afrontar los problemas. Sin embargo, es una hipótesis, ya que no en todos los casos existe dicha modificación.

El duelo empieza desde que el especialista comunica que se presenta dicha enfermedad, independientemente del lugar en que se esté desarrollando, el paciente pasa a ser el enfermo y la familia sufre de un desgaste físico y emocional. Puede ser que la familia sufra más que la persona que está padeciendo la enfermedad o vaya a la par, incluso que comiencen a somatizar debido a que no expresan las emociones de manera saludable.

Estas hipótesis se pueden corroborar o refutar, dependiendo de la familia y el grado de resiliencia que presenten. Esto se sabrá con el avance de la investigación y la entrevista semiestructurada. Dichas hipótesis surgen de la observación e inferencias de las personas que han vivido más de cerca la enfermedad del cáncer.

Una vez que se da la noticia, es posible que las personas cercanas al enfermo comiencen a cuestionarse sobre si a ellos también les tocará padecerla en algún otro familiar o persona cercana. Es ahí cuando pueden empezar a presentar diferentes emociones y no saben cómo actuar ante dicha situación, comienza a existir la carga emocional por los pensamientos que se tienen a futuro, a la par que los gastos económicos que se empiezan a presentar y la organización económica para el tratamiento que se requiere. En algunos casos, se ven forzados a hacer utilización de todos los recursos, solicitar apoyo a otras personas, vender artículos, entre otras actividades.

Debido a esto, existen diferentes reacciones ante la noticia del padecimiento de cáncer. En este sentido, se hará una intervención con el enfermo de cáncer para

conocer cómo vive su propio duelo y la enfermedad, sin dejar atrás al sistema familiar que está involucrado en la enfermedad, conociendo las modificaciones que se ha ido presentando conforme avanza la enfermedad del paciente.

Debido a la escasa información sobre el tema del impacto emocional en el enfermo de cáncer y su sistema familiar, se realizó la presente investigación con la finalidad de obtener resultados fructíferos y el cumplimiento de los objetivos, asimismo, para conocer más a fondo las reacciones emocionales que presenta el paciente con cáncer de próstata.

Objetivos.

Las diferentes tareas a realizar de manera teórica y práctica, se encuentran presentadas en esta investigación y fueron guiadas por los siguientes objetivos.

Objetivo general.

Analizar el impacto emocional ante la enfermedad de cáncer en un paciente oncológico.

Objetivos particulares.

1. Conceptualizar según diferentes autores la enfermedad de cáncer.
2. Definir el proceso de duelo de manera teórica.

3. Describir las etapas del duelo con base en la teoría.
4. Definir el concepto de familia de manera teórica.
5. Identificar la posible modificación de roles que se presenta en el sistema familiar ante la presencia del cáncer.
6. Conocer el proceso de adaptación del sistema familiar ante la enfermedad de cáncer.
7. Describir el impacto emocional en los miembros de la familia según la perspectiva del sujeto investigado.

Pregunta de investigación.

La pregunta de investigación es el cuestionamiento que se hace ante la investigación, a la cual se dará respuesta una vez concluida. La pregunta por la que es guiada la investigación es la siguiente:

¿Cómo es el impacto emocional ante la enfermedad de cáncer en un paciente oncológico y la percepción de los cambios en su sistema familiar?

Instrumento de recolección de datos.

A continuación, se hace una descripción del instrumento que fue de apoyo para llevar a cabo esta investigación, el cual será descrito a continuación por diferentes autores.

Para esta investigación se utilizó la entrevista, la cual es descrita por Aragón (citado por Morga; 2012: 11), como “una forma de encuentro, comunicación e interacción humana de carácter interpersonal e intergrupala (esto es, dos o más personas), que se establece con la finalidad, muchas veces implícita, de intercambiar experiencias e información mediante el *diálogo*, la expresión de puntos de vista basados en la experiencia y el razonamiento, y el planteamiento de preguntas. Tiene objetivos prefijados y conocidos, al menos por el entrevistador. En la asignación de roles, el control de la situación o entrevista lo tiene el entrevistador. Implica la manifestación de toda la gama de canales de comunicación humanos: verbal, auditivo, kinestésico, táctil, olfativo, no verbal (gestual y postural) y paralingüístico (tono, volumen, intensidad y manejo del silencio)”.

Es una técnica fácil de aplicar, con la que se obtiene información valiosa y detallada del paciente, se abordan diferentes áreas de la vida del entrevistado y donde se encuentra algún evento importante, se hace énfasis. Al momento de utilizar esta técnica, se debe tener en cuenta todos los estímulos, ya que estos tendrán un impacto en el paciente, asimismo, analizar los movimientos o el tono de voz que se presente ante un tema.

La entrevista es una técnica muy utilizada y que brinda basta información sobre el paciente, está ligada a la observación la cual, según Fernández y Ballesteros (citado por Benguría y cols.; 2010: 135), “supone una conducta deliberada del observador, cuyos objetivos van en la línea de recoger datos con base en los cuales poder formular o verificar hipótesis”.

Justificación.

El interés por realizar esta investigación surge de la curiosidad hacia el cáncer, ya que es una enfermedad que cada vez tiene mayor incidencia y el índice de mortalidad está en aumento. Debido a esto, se dio a conocer el impacto emocional que presentan las personas que padecen cáncer, aunado a las que están a su alrededor, como lo sería su esposa e hijos, así como conocer cuál ha sido su impacto emocional antes y durante el tratamiento.

Conocer las emociones es indispensable para todas las personas, principalmente para quienes se enfrentan a situaciones difíciles de manera directa, como lo es el paciente o de manera indirecta, siendo la familia. El correcto manejo de las emociones sirve para llevar una mejor calidad de vida, brindar apoyo y calidez de la familia hacia el enfermo, esto podría ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad de manera diferente.

Un área de aplicación para la psicología es el acompañamiento que se realiza con el enfermo y las personas que se vean involucradas en el proceso, con el objetivo de que la persona posea salud mental. La finalidad es prevenir más enfermedades mentales o somáticas que son desencadenadas por situaciones estresantes, la falta de expresión emocional o el manejo inadecuado de las emociones en momentos determinados.

A grandes rasgos, la finalidad consiste en conocer las emociones que predominan después del diagnóstico de cáncer y cómo se han manejado, así como

analizar las posibles modificaciones en su sistema familiar desde la perspectiva del paciente.

Marco de referencia.

El paciente oncológico es un señor con 68 años de edad, actualmente casado y con 3 hijos, los cuales están residiendo en Estados Unidos. El señor H, estuvo viviendo en Tecuala, Nayarit, durante su infancia y a los 16 años se mudó a Tepic para comenzar a estudiar Técnico en Electricidad Domestica e Industrial, cuya preparación concluyó en la ciudad de Guadalajara, Jalisco. Durante un año estuvo trabajando en la empresa de SAGARPA. Le dieron sus vacaciones y a los 21 años decidió irse a Estados Unidos, pero perdió el trabajo, debido a que se quedó en Estados Unidos por problemas familiares con una hermana.

El señor H padece cáncer de próstata desde hace más de un año, esto fue diagnosticado después de realizar un análisis del antígeno, este, según The Cleveland Clinic (2018), es una proteína que produce la próstata y debe estar por debajo de los 4ml, una vez pasando esta medida es recomendado realizar una biopsia para detectar la presencia de cáncer.

El antígeno es unos de los diversos factores por los que se puede desarrollar el cáncer de próstata. Una vez analizados todos ellos, así como los resultados de la biopsia, se clasifica la agresión del cáncer y se determinan los tratamientos.

El paciente concluyó su tratamiento de radiaciones en agosto del año pasado, tras lo cual se le administró una serie de medicamentos para mantener una estabilidad en la testosterona y evitar que el antígeno vuelva a incrementar, ya que de un inicio se diagnosticó que tenía un índice de 19.7 en sus antígenos, es decir, era muy alto.

Se estuvo atendiendo en Estados Unidos en una clínica especializada, debido a que trabajó por varios años allá, el señor H y su esposa reciben pensión y es con lo que cubren los gastos médicos y los transportes cada que tiene cita él, las cuales son para realizar una revisión o consultar sobre malestares que pudiera llegar a presentar, así como la revisión de sus antígenos y los efectos secundarios de las radiaciones.

Cuando recién llegaron a Uruapan, donde actualmente residen, el señor H comenzó a trabajar en la empresa SAGARPA, donde duró unos años hasta que le detectaron el cáncer y tuvo que estar en constante traslado y pasar gran parte de su tiempo en Estados Unidos. La pensión que le brinda la empresa The Hewlett Packard, es suficiente para cubrir los gastos médicos y algunos otros, también tiene casas en renta en Uruapan, lo cual es otra ayuda para su estabilidad económica.

CAPÍTULO 1

DUELO

En este primer capítulo se muestra información de relevancia sobre el tema de duelo, siendo considerado que un paciente enfermo de cáncer comienza a presentar algunas características sobre la pérdida o disminución de energía para realizar actividades cotidianas, incluso a presenciar los cambios físicos que el tratamiento de puede causar. El hecho de hacer frente a una enfermedad que socialmente está ligada a la muerte, es vivir un duelo.

1.1. Definiciones de duelo.

Es de suma importancia conocer el concepto principal que se estará tratando en este capítulo teórico, el cual es duelo, definido por diferentes autores. Una vez establecido el conocimiento sobre dicho concepto, será más fácil identificar o colocarse en el contexto de lo que se está hablando.

Según Harvey y Weber (citados por Neimeyer; 2015: 49), se define la pérdida como “cualquier daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con lo que hemos establecido un vínculo emocional”. Esta definición tiene diferentes ámbitos en los que puede ser aplicada, sin embargo, en este capítulo se centrará en la pérdida de los recursos personales y simbólicos, como lo son los cambios que presenta un cuerpo al verse sometido a tratamientos médicos.

“El duelo es un proceso que incluye dolor, así como reacciones vividas al decir adiós a un ser querido, que involucra respuestas y conductas emocionales, físicas y espirituales, mediante las cuales la persona incorpora una pérdida real, anticipada o percibida” (Pangrazzi, citado por Aparicio; 2017: 1). En este proceso se presenta una diversidad de reacciones, tanto emocionales como físicas, cada persona reacciona de manera diferente ante la pérdida de algún ser querido.

Según Fonnegra (2001: 165), “desde el punto de vista más dinámico, el duelo es un proceso activo (y no un estado) de adaptación ante la pérdida de un ser amado, un objeto o un evento significativo, que involucra las reacciones de tipo físico, emocional, familiar, conductual, social y espiritual que se presentan como respuesta a él. El duelo implica llevar a cabo cambios que generan también ansiedad, inseguridad y temor”. La misma autora hace un reajuste de concepto como “hacer un duelo”, haciendo referencia a una manera más viable de describir la tarea que se emprende luego de enfrentar la muerte o la partida de alguna persona.

1.2. Características del duelo.

Resulta necesario conocer las características que presenta una persona que se encuentra en un proceso de duelo, ya sea por pérdida o por enfermedad, para analizar las conductas y los pensamientos que se tienen al respecto.

Worden y Rando (citados por Neimeyer; 2015) definieron una serie de tareas a realizar para poder asimilar y superar las pérdidas, las cuales convierten a las

personas en víctimas, en supervivientes involuntarios de enfermedades o alguna tragedia que, sin pensarlo, se hubiera evitado. Las actividades que se presentan a continuación son parte del proceso de readaptación posterior a la pérdida y no deben cumplir un orden establecido.

Las tareas que se presentan enseguida son descritas por Worden (citado por Neimeyer; 2015: 73):

- a) “Aceptar la realidad de la pérdida.
- b) Experimentar el dolor de la pérdida
- c) Adaptarse a un entorno en el que falta la persona desaparecida.
- d) Resituarse al fallecido dentro de la propia vida, encontrando formas de honrar su recuerdo”.

Las tareas pueden presentarse en diferente orden jerárquico, dependiendo la persona y no tener alguna conclusión, así como es posible que se vuelva a presentar alguna de estas después de un tiempo. La reconstrucción de la vida es el principal objetivo de las tareas, haciendo un reajuste de la persona fallecida.

Dichas tareas han sido modificadas y reformuladas por Neimeyer (2015) y las plantea como una serie de desafíos, a los cuales puede que se vuelva una y otra vez en diferentes etapas de la vida y no se presentan con la misma intensidad emocional. Los desafíos se presentarán enseguida y se da una breve descripción de lo que consiste cada una.

El primer desafío es reconocer la realidad de la pérdida; consiste en aprender la lección de la pérdida a un nivel intensamente emocional, donde la confrontación con la realidad es difícil al momento de encontrarse con las limitaciones que la pérdida ha dejado, como sería una pérdida de rol.

Con respecto a la idea de Neimeyer (2015) a la enfermedad, es aceptar la enfermedad que está presente y lo que conlleva, por lo tanto, no solamente sufre el individuo, sino también el sistema familiar y se ve inmerso en las modificaciones que se presenten, como sería la modificación de roles o la comunicación.

El segundo desafío es abrirse al dolor, inmediatamente a la noticia de la pérdida o sobre el padecimiento de una enfermedad, la gravedad de esta y el tiempo estimado de vida. En ocasiones, se trata de evitar el dolor, de expresarlo, de sentirlo y seguir con la vida diaria sin hacer caso al propio interior. Por el contrario, cuando el dolor emocional es contante, se sufre más, ya que es necesario que sea periódica la atención al dolor, así como la presencia de redes de apoyo, principalmente familiares.

Un tercer desafío es “revisar nuestro mundo de significados”, ya que los individuos se enfrentan a un mundo que puede parecer injusto o malévolo y así responder de diferentes maneras a la pérdida de uno mismo y del sistema familiar. Se puede sentir culpa por no haber previsto o evitado la pérdida de esa persona o el padecimiento de una enfermedad, sin necesidad de que otras personas culpen o hagan responsables. Por otro lado, se puede reaccionar ofreciendo apoyo a otras personas que han sufrido una pérdida o el padecimiento de alguna enfermedad,

recordando el proceso que se vivió y llegar a la conclusión de que la muerte es una llamada de atención para realizar todas las actividades necesarias o anheladas, hacer una revisión de las prioridades y valorar lo que se tiene. En el caso de una enfermedad, los pacientes tienen este tiempo para disfrutar la vida o solucionar problemas y partir plenamente.

El cuarto desafío consiste en reconstruir la vida con lo que se ha perdido. Los individuos afectados pueden sentirse obligados a olvidar a la persona que falleció y seguir adelante en su camino sin mirar atrás. Puede que no se olvide a la persona, se aprende a vivir con la ausencia de ella y reajustar su presencia, lo cual dependerá de las creencias que cada individuo o sistema familiar tenga.

Por último, el quinto desafío es reinventarse, es la parte más importante que se debe cuidar, ya que con cada pérdida significativa se muere una parte de la persona y aunque se quiera ser quien se solía ser, es imposible. Los sujetos adquieren nuevas habilidades y aprendizajes que van modificando a las personas; aunque la pérdida puede ser muy dañina, también puede ser una renovación en la cual se integran los aprendizajes adquiridos para formar una resiliencia más alta y tener un mejor manejo en el proceso del duelo.

1.3. Tipos de duelo.

El duelo es un proceso que se lleva a cabo ante la pérdida de algún ser querido y puede clasificarse en diversos tipos, los cuales se muestran a continuación.

Según Meza y cols. (2008: 30), el duelo patológico “es la intensificación del duelo a nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia la resolución”. Es una etapa en la que el paciente se desvía y se empiezan a ver afectados sus relaciones interpersonales, el ámbito laboral, incluso descuida su apariencia personal.

“Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su intensidad no coincide con la personalidad previa del deudo; cuando impide amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, sin más ocupación que la rememoración del muerto” (Meza y cols.; 2008). La atención de la persona que atraviesa por el duelo patológico esta meramente centrada en la pérdida o ausencia del fallecido, logrando aumentar la intensidad del dolor moral e impide que terceras personas muestren interés hacia él o viceversa.

Cuando se habla de un duelo patológico, la funcionalidad del sujeto se ve afectada por diferentes aspectos en su vida; se sospecha de este tipo principalmente por el tiempo que lleva presente el duelo. Se puede manifestar en personas que sufren pérdidas muy significativas y ante la negación de la pérdida, caen en un duelo patológico.

Según García (citado por Aparicio; 2017), existen distintos tipos de duelos que presentan reacciones diferentes en cada una de las personas, los cuales son:

- Duelo normal: es una experiencia normal que se manifiesta tras la pérdida de un ser querido. El individuo presenta variedad de sentimientos, principalmente de tristeza, por un tiempo determinado, pero después vuelve a la normalidad y continúa con sus actividades cotidianas, sin causar una modificación notoria en sus conductas y actitudes.
- Duelo anticipado: es el que se presenta antes de la partida del ser querido, este se da por enfermedades terminales, algún accidente que cause la muerte de manera lenta. Cuando se presenta este tipo de duelo, es más fácil sobrellevar el proceso de duelo.
- Duelo retardado: en este tipo las personas no muestran emoción o reacción alguna hacia lo que está pasando, como si no tuviesen nada que ver y se consideran como espectadoras, por lo tanto, no viven directa y correctamente el duelo.
- Duelo crónico: la persona no quiere aceptar la pérdida ni recuperar las actividades cotidianas, tiene constantemente presente a la persona fallecida y muestra una alteración en todas las áreas de su vida, ya que no le es posible la reincorporación social.
- Duelo anormal: se le asignan diferentes nombres, como son: patológico, complicado, crónico, retrasado o exagerado; esto depende de la intensidad en la que se esté presentando el duelo, el sentido en el que se encuentra la persona totalmente desubicada y presenta conductas desadaptativas. La persona que se encuentra en este tipo de duelo no se permite avanzar en el proceso, debido a que no lo asimila y en algunas ocasiones lo niega y evita la

sanación. También es considerado anormal por el tiempo que se prolonga el proceso de duelo.

Existen diferentes tipos de duelo, los cuales se presentarán según la manera de afrontar la pérdida. El tiempo es un indicador de relevancia para poder afirmar que la persona presenta un tipo de duelo anormal.

1.4 Dolor emocional.

Muchos acontecimientos que se presentan a lo largo de la vida, marcan a las personas causándoles dolor y sufrimiento. Se tiene la idea errónea que al ser mayor la persona que presencie el impacto, sufrirá menos. No obstante, la edad no es un factor determinante para el dolor emocional.

Según Preston (citado por Castro; 2008: 73), señala que “las situaciones más difíciles a las que nos enfrentamos generalmente tienen que ver, directa con indirectamente, con algunas necesidades humanas:

- Sentirse querido por los demás.
- Tener una autoestima suficiente.
- Sentir cierto nivel de seguridad.
- Mantener el estrés y el tono vital a un nivel óptimo.

Estas necesidades se ven desequilibradas cuando la persona se ve inmersa ante situaciones que le causan dolor o algún tipo de sufrimiento, sin embargo, hay ocasiones en las que no se ven perjudicadas, lo cual depende del impacto que tenga la persona ante la presencia del duelo, ya sea por enfermedad o duelo. El ser humano está en constante búsqueda de la satisfacción de sus necesidades básicas.

“Al ser humano le duele lo que ama y en el momento en que lo pierde, se provoca una herida que tiene que cicatrizar, pero mientras esto ocurre, los sentimientos que se experimentan son desagradables y producen sufrimiento en quien los padece” (Castro; 2008: 74). El cuerpo es algo que el ser humano ama, por lo tanto, cuando comienza a perder su esencia, se presenta una diversidad de sentimientos que posiblemente llevarán a la aceptación de los cambios corporales provocados por diversas cuestiones, como sería una enfermedad, un accidente o lesiones.

Es inevitable que el ser humano no experimente un tipo de sufrimiento o dolor emocional porque, como se acaba de mencionar, le duele lo que ama y siempre va a tener un afecto por algo o alguien en su vida. Al ser humano le duele sufrir una pérdida de alguien querido, entonces, cuando su cuerpo se ve involucrado en modificaciones, se comienza a experimentar una pérdida.

a) Cónyuge ante la enfermedad.

Cuando es una enfermedad grave o terminal, la pareja comienza a presentar el duelo anticipado, en el cual se comienza a ser consciente de lo que está pasando, de

la enfermedad y las consecuencias que le trae a la pareja. Se tiene la oportunidad de prepararse psicológicamente, sin embargo, es desgastante para la persona que convive o está al cuidado del enfermo (Castro; 2008).

En algunas ocasiones, el enfermo comienza a expresar incertidumbre sobre que será del cónyuge que sufrirá el duelo, sobre los hijos y los problemas que se puedan llegar a presentar después de la ausencia de un cónyuge.

b) Duelo ante la enfermedad.

Se hace énfasis en el duelo causado por enfermedad, debido a que trae consigo una serie de modificaciones en la persona que la padece, las cuales podrían ser en el ámbito social, de pareja, físico y emocional.

Cuando se tiene un enfermo dentro del sistema familiar, ambos manifiestan sentimientos desagradables durante el proceso, pero estos dependerán de la enfermedad que padezcan y las intervenciones que se hagan. Puede ser que al paciente se le realicen intervenciones físicas por el tratamiento que se le aplicará para controlar la enfermedad, y la intervención psicológica dependerá de la disposición del enfermo. A la familia se le puede proporcionar, de igual manera, la intervención psicológica para la mejor comprensión de la enfermedad y cómo esta puede llegar a modificar el sistema familiar.

Cada duelo se manifiesta de manera diferente, tanto en la presencia de una muerte como en la de una enfermedad como lo es el cáncer. Los desafíos que se establecen están basados en la pérdida por una muerte, sin embargo, el panorama se amplía a la presencia de la enfermedad, cada duelo posee sintomatología diferente, al igual que en cada persona.

Un aspecto importante a considerar es el conocimiento previo de la pérdida, esto en el caso de enfermedades prolongadas y graves, en las cuales se tiene la oportunidad de comenzar el proceso de duelo antes de que ocurra la muerte y será más fácil pasar por el proceso de duelo. Sin embargo, en este proceso entra la pérdida de la vida cotidiana que se tenía antes de la enfermedad, así como las relaciones interpersonales y la modificación en la estructura corporal.

Cuando se tiene un enfermo dentro del sistema familiar, es necesario que las personas cercanas brinden apoyo, como la escucha y la empatía. El enfermo pasa a ser el centro de atención, debido a que necesita una serie de cuidados que establece el especialista a su cargo, así como la constante presencia de la familia. Cabe destacar que, no solo el enfermo requiere de ayuda, también el sistema familiar lo requiere, ya que todos se encuentran en proceso de duelo, aunque manifestado y con intensidades diferentes.

“El morir es un proceso que mantiene a la persona con muchos miedos e inseguridad; la atención primordial debe ser corporal; el deterioro es constante y cualquier cambio por insignificante que sea le puede preocupar enormemente” (Castro;

2008: 38). Los pacientes se encuentran en un estado constante de alerta ante cualquier reacción o manifestación que tenga su cuerpo, ya que cualquier circunstancia los puede hacer dudar de su salud.

Escuchar al enfermo es la ayuda fundamental que pueda recibir, ya que es una manera de llevar el duelo y pueda expresar sus ideales a realizar o los miedos que se puedan presentar. Ante la inminencia de la muerte, el enfermo puede llegar a presentar una diversidad de miedos, según indica Castro (2008: 39):

- “Ser un estorbo para la familia.
- Sentirse vulnerable.
- Inutilidad física y no poder tomar decisiones.
- Al deterioro de la autoimagen.
- Deterioro y debilitamiento de los lazos afectivos.
- Estar acabando con la economía familiar.
- Dependencia.
- A que la familia se destroce cuando ya no esté. Esto ocurre cuando la persona que muere es la mantiene la armonía y paz en la familia.
- Dolor físico.
- Intrascendencia. Miedo a ser olvidado.
- Pérdida de rol. Esto ocurre cuando la persona era la más fuerte y ahora es ella quien necesita ayuda.
- A su futuro y al proyecto de vida”.

Cuando las personas se encuentran ante una enfermedad grave o terminal, es común que presenten los miedos anteriormente mencionados u otros. Si no se tiene el apoyo de la familia o de algún profesional, el paciente no podrá expresar estos miedos y podrían generarle mayor conflicto, de manera que se pospondría la solución a los problemas que se le presente.

Estas características son establecidas por los diferentes autores, de acuerdo con su experiencia en el tema de duelo ante la pérdida y la enfermedad; dichas nociones son necesarias para poder conocer el trayecto que posiblemente esté atravesando una persona que ha sufrido una pérdida o que su cuerpo esté presentando cambios considerables a causa de una enfermedad.

CAPÍTULO 2

CÁNCER

El capítulo que se presenta a continuación hará mención de aspectos relevantes sobre el tema de cáncer, es decir, presenta definiciones, fases, tipos y, de manera general, se presenta el cáncer de próstata, siendo este el que padece el paciente del estudio de caso de la presente investigación.

2.1 Definición de cáncer.

Es importante poseer el conocimiento acerca del cáncer, ya que es la enfermedad de la cual se analizará el impacto emocional que se tiene en el sujeto del estudio de caso.

Según la Fundación para la Universidad de San Carlos (2016: 1), “el cáncer se origina por el crecimiento celular incontrolado en alguna parte del cuerpo. La transformación de las células normales en células cancerosas surge como consecuencia del daño del ADN, dando lugar a células incapaces de controlar su crecimiento y división”. Es una enfermedad que crece de manera considerable, las células cancerígenas van invadiendo a las células sanas, hasta que el cáncer se esparce en un solo órgano o por todo el cuerpo.

Según De la Garza y Juárez (2014: 17), “el cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos”. La invasión a otros tejidos puede evitarse una vez que la enfermedad es detectada a tiempo y es intervenida de manera correcta, sin embargo, hay síntomas a los que se les pasa por alto y cuando se decide hacer una revisión, se encuentra con la presencia de cáncer.

Según el Instituto Nacional de Cáncer (2015: 1), “cáncer es el nombre que se da a un conjunto de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos del derredor”. Este término se ha venido implementando desde hace tiempo atrás y está relacionado con muerte, ya que presenta una notable modificación en la salud de la persona y su aspecto físico.

Esta enfermedad es de las más comunes a nivel mundial y con una mortalidad considerable, la cual se pronostica un gran avance en los próximos años por la exposición a diferentes ambientes contaminados. Como se ha revisado, es el crecimiento incontrolado de células contaminadas por la exposición ante agentes dañinos para la salud. Enseguida, se presentarán las fases por las que pasa el cáncer.

2.2 Fases del cáncer.

Las fases son las etapas por las que pasa una enfermedad, en este caso el cáncer. Se podrá conocer cómo se inicia el cáncer y el progreso que va teniendo a lo

largo de la dispersión de las células cancerosas. Carcinogénesis es el proceso por el cual las mutaciones que se producen en el ADN forman la aparición de células cancerosas, teniendo una duración variable según el tipo de cáncer que se pueda presentar, a los cuales se hará mención más adelante. Se identifican 4 fases de este proceso, según la Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología (2014).

- Inducción o iniciación: en esta primera fase surge la aparición de las mutaciones o de las células cancerosas en el ADN, provocando una división incontrolada, capacidad de invasión local y de dispersión.
- Cáncer “in situ”: es el aumento del número de las células cancerosas en el órgano en que se origina o se detecta el cáncer y genera un tumor primario.
- Invasión local: es la diseminación del tumor primario a otros órganos, contagiándolos y provocando la aparición de los síntomas.
- Invasión a distancia o metastatización: las células cancerosas avanzan por medio del torrente sanguíneo para la dispersión a otros órganos que se encuentran a distancia y originan los tumores secundarios, que son conocidos como metástasis.

Las anteriores fases son tentativas, es decir, que no siempre se recorren todas, si la enfermedad es detectada a tiempo e intervenida de manera correcta con los cuidados respectivos. Cabe mencionar que, en cada una de estas, las células cancerígenas van acumulando mutaciones que provocan la pérdida de sus características primarias y alteran el funcionamiento.

2.3 Tipos de cáncer.

Una vez que se tiene conocimiento de las fases progresivas del cáncer, se dará a conocer los tipos más frecuentes. En el siguiente apartado se presentarán seis: uno según la dispersión celular que presente y cinco según el origen.

2.3.1 Según su dispersión.

Un cáncer que se ha diseminado del lugar donde empezó a otras partes del cuerpo, es conocido como cáncer metastásico. En la metástasis, las células cancerosas se dispersan del sitio donde se formaron inicialmente (cáncer primario), se desplazan por medio del sistema vascular o linfático, formando nuevos tumores en otras partes del cuerpo (Instituto Nacional del Cáncer; 2015). El tratamiento puede ayudar a prolongar la vida de las personas con este tipo de cáncer, sin embargo, el principal objetivo es controlar el crecimiento del cáncer o aliviar los síntomas que causa. Este tipo de tumores puede causar un grave daño a diferentes partes del cuerpo o del funcionamiento, debido a esto, las muertes causadas por el cáncer son por enfermedad metastática.

El tipo de cáncer es determinado por los estudios que realiza el especialista con base en las muestras tomadas del tumor, así como del órgano en el que se origina, el tipo de células y de la formación de las células cancerosas. El grado y los factores pronósticos de las células pueden conocerse por medio de un diagnóstico elaborado por especialistas, denominado anatomopatológico.

2.3.2 Según su origen.

Según la Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología (2014: 6), “atendiendo al origen de las células cancerosas existen 5 tipos principales de cáncer”:

- a) Carcinomas: derivados de las células que recubren la superficie interna o externa de los órganos. Es el tipo más numeroso. Se incluyen los adenocarcinomas (derivados de células de origen glandular) y los carcinomas epidermoides (células no glandulares).
- b) Sarcomas: derivados del tejido conectivo: huesos, tendones, cartílago, vasos, grasa y músculo.
- c) Linfomas: originados en los ganglios linfáticos, lugar de maduración del sistema inmune.
- d) Leucemias: originadas en las células de la médula ósea que producen las células sanguíneas.
- e) Mieloma: Se presenta en las células plasmáticas de la médula ósea.

Los tipos que se presentaron son parte importante para la determinación de la gravedad y la posible diseminación de las células cancerosas, aunado a otros factores para hacer más exacta el pronóstico de la extensión, así como determinar la elección del tratamiento adecuado y hacer un aproximado del pronóstico. Estos tipos de cáncer son establecidos de acuerdo con la parte del cuerpo donde se originan y poder hacer un pronóstico tentativo de la gravedad o de la diseminación.

2.4 Principales factores de riesgo del cáncer.

Para cada enfermedad, hay una serie de factores que dan pie al padecimiento y desarrollo de esta; en este apartado se presentaran los factores predisponentes de la enfermedad del cáncer.

Según De la Garza y Juárez (2014: 40), “el proceso por el cual se produce el cáncer (carcinogénesis) es causado por anormalidades en el material genético de las células. Estas anormalidades pueden ser ocasionadas por: agentes carcinógenos, como las irradiaciones (ionizantes o ultravioleta), por algunos productos químicos como el humo del tabaco y el humo de la leña”. La genética es un factor de suma importancia para la aparición del cáncer, puede que no se origine donde mismo, pero hay posibilidades de padecerlo. Sin embargo, existen otros agentes externos que pueden provocar la sintomatología y desarrollar la enfermedad.

El cáncer es una enfermedad genética que es causada por cambios en los genes que controlan la forma de funcionamiento de las células normales del organismo, así como crecen y se dividen estas. También las exposiciones ambientales son factores que detonan dicha enfermedad, por ejemplo, las sustancias con compuestos tóxicos o la radiación.

Según De la Garza y Juárez (2014), los cambios genéticos que contribuyen al cáncer afectan tres tipos de genes:

- Oncogenes: Son genes mutados que se encargan de la división celular y proceden de otros llamados proto-oncogenes, los cuales se encargan de regular el crecimiento celular. Al verse afectados, la división y el crecimiento se ven perjudicados.
- Genes supresores de tumores: Están encargados de detener la división celular y provocar la apoptosis, es decir, la muerte celular provocada por el mismo organismo con la finalidad de destruir las células dañadas. Cuando se ve alterado su funcionamiento, es cuando el tumor hace presencia y se origina el cáncer, asimismo, la división celular se vuelve incontrolada.
- Genes reparadores del ADN: se dedican a solucionar los daños causados al ADN. Cuando las células con mutaciones se encuentran en el ADN, forman mutaciones en otros genes a medida que la división celular se lleva a cabo y pueden causar que las células se vuelvan cancerosas, dependiendo el impacto que tengan en los genes anteriores.

La alteración en el material genético tiene un gran peso para el desarrollo de esta enfermedad. El ser humano está expuesto ante constantes precipitantes, principalmente los ambientales y si no se toman medidas de prevención, se puede ver modificado el funcionamiento celular.

2.5 Tratamientos para el cáncer y sus consecuencias.

El cáncer es una enfermedad muy común en la actualidad, sin embargo, existen diferentes tratamientos, entre los cuales están la cirugía, las radioterapias y las quimioterapias, todas acompañadas de una prescripción farmacológica. El tipo de intervención dependerá del tipo de cáncer que se presente y el pronóstico, ya que, si se encuentra en una fase avanzada, se empleará un tratamiento paliativo que tiene como finalidad disminuir las molestias.

Según Granados y cols. (2016), los tratamientos para el cáncer son los siguientes:

La cirugía es la principal elección ante un cáncer, ya que permite la extracción de la pieza y estudiarla para tener un pronóstico y poder establecer un tratamiento. La cirugía tiene como objetivo curativo eliminar por completo el tumor primario y los ganglios cercanos a la región dañada; para esto se requiere de gran conocimiento del comportamiento de la enfermedad. Sin embargo, este tratamiento presenta una serie de consecuencias, causando trastornos funcionales y estéticos, aunque en la actualidad la cirugía es menos invasiva y menos extensa, logrando más precisión sin causar daños y conservando órganos y funciones, esto es debido al avance de la tecnología y el amplio conocimiento sobre las neoplasias.

La radioterapia es uno de los principales y más efectivos tratamientos contra el cáncer, siendo la propagación de ondas electromagnéticas para la destrucción de

células. Se tiene pronosticado que un 50% de los enfermos recibirán este tipo de tratamiento por lo menos alguna vez a lo largo de su tratamiento. Se divide en 2: la radioterapia externa (teleterapia) y la braquiterapia; en la primera, la radiación es administrada de manera indirecta, es decir, está alejada del organismo, en cambio, en la braquiterapia las fuentes de irradiación están en contacto con los tejidos dañados o dentro de una cavidad. Los efectos que causa la radioterapia incluyen que no solo ataca al tumor, sino también se ven afectados los tejidos sanos que están dentro o cerca del área que recibirá el tratamiento. Otra afectación son los daños térmicos que se ven reflejados de manera externa (en la piel) y de manera interna, causando, también lesiones al ADN.

La quimioterapia o tratamiento con fármacos citotóxicos es un tratamiento eficiente que requiere de un amplio conocimiento sobre el crecimiento del tumor, la farmacología, farmacocinética, farmacodinamia y la resistencia a los fármacos. Este tratamiento es principalmente utilizado para los cánceres metastásicos después de que las técnicas locales fallaron, sin embargo, se está utilizando para neoplasias locales avanzadas, ya que permite evaluar al tumor y disminuir la masa tumoral para realizar cirugías menos invasivas. Cuando no hay curación, la quimioterapia cumple la función paliativa que alivia las manifestaciones del cáncer o evita la progresión de la enfermedad.

Según el Instituto Nacional de Cáncer (2007), las quimioterapias están diseñadas y son aplicadas para la destrucción de células dañadas en crecimiento rápido, debido a esto, atacan a las células sanas que tienen este crecimiento. Los

efectos secundarios más comunes que se presentan luego de recibir este tratamiento incluyen la fatiga, náuseas, vómitos, caída de pelo, dolor y menos células en la sangre, la mayoría de los efectos desaparecen una vez que concluye el tratamiento.

Antes de iniciar un tratamiento, es responsabilidad y obligación del médico explicar al paciente los efectos secundarios y que estos van a desaparecer gradualmente una vez terminado el tratamiento, así como los cuidados y recomendaciones para una mejor y más pronta recuperación.

2.6 Cáncer de próstata.

A continuación, se dará una breve introducción al tema del cáncer prostático, ya que, como se hizo mención al inicio del capítulo, se tomará en consideración al ser el padecido por el paciente del estudio de caso.

Según Beers y Berkow (1999), el adenocinoma es el tumor maligno que invade a la próstata, siendo el más frecuente en varones mayores de 50 años y su incidencia aumenta cada década. Argumentan que este tumor tiene una gran influencia a nivel hormonal.

2.6.1 Signos del cáncer de próstata.

“El cáncer de próstata suele ser lentamente progresivo y puede no causar síntomas. En las fases tardías del proceso se pueden producir síntomas por

obstrucción al flujo de salida vesical, obstrucción uretral y hematuria. La metástasis en la pelvis, las costillas y los cuerpos vertebrales puede ocasionar dolor óseo. El carcinoma de próstata localmente avanzado puede extenderse a las vesículas seminales o producir la fijación lateral de la glándula” (Beers y Berkow; 1999: 1924). Puede suceder que los síntomas sean leves y no sean considerados de gravedad por el varón, debido a esto y a la edad que presenten, deben realizarse un examen médico de próstata cada cierto tiempo para que tengan control de las hormonas o los antígenos. Cuando el cáncer esta una fase avanzada, hay grandes posibilidades de que se dispersen unas células pequeñas contaminadas, las cuales atacarán a los órganos más cercanos a la próstata.

Existen exámenes médicos con los cuales se puede detectar un cáncer prostático, según Beers y Berkow (1999), los cuales son el tacto rectal, ecografía transrectal (puede dar una valoración de la infiltración capsular y de la vesícula seminal) o niveles elevados de antígeno, el cual es considerado como el marcador más específico para controlar la progresión del cáncer. Cuando estos se ven alterados, es necesario hacer un seguimiento médico para poder confirmar o rechazar la presencia de algún cáncer.

2.6.2 Tratamiento del cáncer de próstata.

En muchos pacientes es posible la estabilidad o la cura a lo largo de un tratamiento, sin embargo, esta última depende de los grados previos de antígeno al tratamiento. “Cuando los pacientes tienen tumores de bajo grado limitados a la

próstata, la supervivencia es idéntica a la de los controles de la misma edad sin tumor” (según Beers y Berkow; 1999: 1925). Con la detección temprana, el paciente tiene más posibilidades de cura y un mejor tratamiento.

Según Beers y Berkow (1999), existen cuatro tratamientos para el cáncer prostático:

- La prostatectomía radical: es viable para los pacientes jóvenes debido a que presenta un bajo riesgo de incontinencia urinaria y un 50% de ellos logran mantener la potencia eréctil.
- La radioterapia: se pueden conseguir resultados favorables, sobre todo con los pacientes que presentaron niveles bajos de antígeno previo al tratamiento. Existe la radioterapia externa, la cual consiste en aplicar radiaciones durante 7 semanas.
- Las técnicas tridimensionales: consisten en la administración de radiaciones y los resultados arrojan un mayor control local.
- La irradiación intersticial: son implantes en siembra. Este tratamiento está en prueba para analizar los resultados y que sean equivalentes a las técnicas anteriores.

En los tratamientos que se ofrecen para la intervención del cáncer de próstata, se ven involucradas las hormonas, sin embargo, se están estudiando otros tipos de intervención paliativa para prolongar la supervivencia. La gravedad del tumor va a

determinar el tipo de tratamiento empleado o en algunos casos se pueden alternar tratamientos.

En este capítulo se obtuvieron conocimientos básicos para una mayor comprensión del tema a indagar, para posteriormente establecer la terminología y sea de fácil comprensión. El cáncer es una enfermedad que no es curable, solo puede ser controlada, siempre y cuando la detección haya sido a tiempo y que la intervención sea la correcta.

CAPÍTULO 3

FAMILIA Y ENFERMEDAD

En el presente capítulo se darán a conocer diferentes conceptos de familia con sus respectivos tipos. De igual manera, se presenta el tema de enfermedad, brindando información básica, así como el impacto que se tiene en la familia ante la presencia de un paciente oncológico.

3.1 Concepto de familia.

Para Engels (citado por Valdés; 2007: 2), “la familia es un elemento activo que nunca permanece estacionado, sino que se transforma a medida que la sociedad evoluciona de una forma de organización a otra.” Las familias son moldeables según el contexto en el que se desenvuelvan y, con el paso de los años, van cambiando desde las conductas aprendidas hasta las costumbres o tradiciones.

Según Estrada (2004: 11), “es considerada como una célula social cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes...es justamente la sustancia viva que conecta al adolescente con el mundo y transforma al niño en adulto”. La familia es el principal medio de interacción, ya que hace sentir protegido al miembro para que, posteriormente, tenga comunicación con personas externas al círculo familiar y pueda ir formando su sistema social.

Según Tuirán y Salles (citados por Gutiérrez y cols.; 2016: 221), “la familia es la institución base de cualquier sociedad humana, la cual da sentido a sus integrantes y, a su vez, los prepara para afrontar situaciones que se presenten”. La familia se considera como el primer acercamiento a la sociedad, es donde se adquieren conocimientos básicos y se comienzan las relaciones interpersonales. Cada integrante tiene una función vital en el círculo familiar y existen sentimientos relacionados.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (citado por Gutiérrez y cols.; 2016: 223), afirma que la familia es “el ámbito donde los individuos nacen y se desarrollan, así como el contexto en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización”. En los primeros años de vida del niño, la familia es el ambiente donde pasa la mayor parte del tiempo y en convivencia con el núcleo familiar, debido a esta constante integración es que se va creando y desarrollando la identidad de la persona, por lo que puede estar en constante cambio.

3.2 Características de la familia.

A continuación, se hará mención de las características que poseen las familias de acuerdo con su formación, al tipo de sistema y la funcionalidad, entre otros aspectos. Se hace mención de dichas características para conocer las diferentes modalidades de formación familiar y poder identificar las conductas que presentan, así como analizar lo que determina la funcionalidad de cada sistema familiar.

a) Formación familiar.

Se hace referencia a los distintos tipos de modalidad en que se encuentran presentes a las familias, se abordarán las que sean de relevancia desde lo que se manifestaba antes hasta la actualidad, según Heredia y Huerta (2002).

El modelo más antiguo es la familia extendida, la cual está conformada por los padres, hijos casados con sus respectivas esposas e hijos, incluso por terceros que son muy allegados a ellos, como podrían ser los tíos, abuelos o amigos. Comparten un hogar y, por lo tanto, realizan actividades en común.

La siguiente forma es la familia reducida o nuclear, es más típico en la actualidad y está conformado por los padres y su(s) hijo(s), esto es debido a la planeación familiar que cada vez es más usual por diferentes factores, como podrían ser la incorporación de la figura femenina al ámbito laboral y la educación sexual para el uso de los métodos anticonceptivos, incluso el cambio de roles en el sistema familiar.

Otro tipo de familia es la reconstruida, la cual está formada por la unión de dos personas después de una separación o viudez. A este tipo de familia, en algunos casos, se les unen los hijos, ya sea de una parte o de ambos.

Por último, está la familia uniparental, la cual el cuidado de los hijos está a cargo de un solo progenitor, llámese papá o mamá. Con mayor frecuencia, las mujeres son

las que deciden procrear a su hijo solas, pero no quiere decir que los hombres no sean capaces o estén exentos de hacerlo.

Una modalidad que ha surgido es la conformada por 2 personas del mismo sexo con o sin hijos adoptivos. Sin embargo, esto es aceptado legalmente solamente en algunos estados.

Las familias pueden estar conformadas de diversas maneras, no importa la cantidad de personas que formen el sistema, sin embargo, tiene que haber más de una persona y esto se presentará a continuación. Se presentan cuatro tipos según la Enciclopedia Británica (2009: 2):

- “Familia nuclear, padres e hijos (si los hay); también se conoce como círculo familiar.
- Familia extensa, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines.
- Familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) solamente con uno de los padres.
- Otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra ‘familia’ no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), es decir, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable y hay una interacción constante.

En una familia, cada integrante tiene habilidades que complementan al sistema familiar y podrán determinar la funcionalidad del sistema.

b) Sistemas familiares.

Existen dos tipos de sistemas a considerar: los abiertos y los cerrados. A continuación, se darán a conocer las características que presenta cada uno según el Instituto Mexicano de Tanatología (2008: 279-280).

“En el sistema abierto:

- Las partes están interconectadas.
- Cada parte responde y es sensible a las demás.
- Permiten que la información fluya entre el ambiente interno y externo.
- La autoestima es fundamental; el poder y la conducta son secundarios.
- Los actos representan las creencias de las personas.
- El cambio es bien recibido y se considera normal y deseable.
- La comunicación, el sistema y las reglas tienen relación entre sí”.

Un sistema abierto es aquel en el que la información va a fluir de manera correcta, así como lo que expresan y la información que reciben de alguna persona externa, llámese médico, psicólogo o tanatólogo. Según Fonnegra (2001), existe una duda frecuente en el sistema familiar del enfermo: el decir u ocultar la información

sobre la enfermedad al paciente. Siendo un sistema abierto, se realiza una reunión para que cada participante exprese su opinión libremente si está a favor o en contra de decirle al enfermo y poder llegar a una conclusión como familia.

Por otra parte, en el sistema cerrado:

- Las partes tienen una conexión muy rígida.
- La comunicación no fluye entre las partes.
- Hay límites y reglas muy rígidas e inhumanas y anticuadas.
- La autoestima es secundaria al poder y la conducta.
- Hay resistencia al cambio.

Se presenta uno de los dos sistemas en las familias y se van desarrollando las características que se acaban de mencionar; normalmente un sistema cerrado es más propenso a enfermar, por las barreras que existen al momento de interactuar con otros sistemas familiares; se tiene la idea de que un sistema abierto le es más fácil solucionar algún problema y adquirir conocimientos y costumbres de otros sistemas que le puedan ser funcionales en el propio.

c) Familias funcionales y disfuncionales.

El Instituto Mexicano de Tanatología (2008: 286) clasifica a las familias como funcionales o disfuncionales. Con el apoyo de las reglas que se presentan a

continuación, se puede colocar a una familia en cualquiera de los 2 tipos mencionados, sin embargo, no es de carácter obligatorio que las muestre todas.

Las reglas de las familias disfuncionales, según Satir (citada por el Instituto Mexicano de Tanatología; 2008: 286), son:

- “No terminar las tareas iniciadas.
- No responder ni formular preguntas con claridad.
- No reconocer la hostilidad y no identificar, minimizar o evadir los conflictos.
- Los miembros de la familia no tienen conciencia de sí mismos y tampoco saben cómo son percibidos por los demás.
- Los miembros no pueden expresar opiniones diferentes sobre los demás y tampoco son capaces de comunicar las esperanzas, temores y expectativas que tienen respecto de los otros integrantes.
- Los miembros son incapaces de elegir varias alternativas de conducta.
- Los mensajes de los miembros de la familia carecen de claridad, las conductas son incoherentes con los mensajes”.

Las reglas de comunicación que garantizan la funcionalidad de la familia, son:

- Las tareas que son iniciadas también son terminadas.
- Las preguntas que formulan son claras y se responden con claridad.
- La hostilidad y el conflicto son reconocidos e interpretados.

- Los miembros de la familia tienen conciencia de sí mismos y de cómo son percibidos por los demás (Instituto Mexicano de Tanatología; 2008).

Las conductas que se acaban de presentar son las más comunes en las familias, sirven para la identificación del tipo de familia que se presente y poder conocer la dinámica familiar. Las familias disfuncionales son blanco de problemas, cada miembro presenta problemas diferentes con su respectiva resolución y si la comunicación no es adecuada, el problema se torna complicado.

Si se presenta una comunicación asertiva, será más sencillo llegar a la resolución de problemas y entre los diferentes miembros llegar a un acuerdo. Así, cada miembro toma, asume y se hace responsable de su rol dentro del sistema.

3.3 Estilos de comunicación dentro del sistema familiar.

El Instituto Mexicano de Tanatología (2008) da a conocer cinco estilos de comunicación que se pueden presentar en las familias, inclusive se puede presentar más de uno, según se presente la dinámica familiar.

- Estilo aplacador: el aplacador busca siempre agradar a las demás personas, se disculpa continuamente, está de acuerdo con los demás sin importar las situaciones que se presenten, siempre busca la aprobación de terceros y utiliza palabras de aceptación. Es una persona muy dependiente.

- Estilo acusador (inculpador): es una persona que está en desacuerdo en todo momento y con todos, las devalúa con comentarios, busca los defectos de las personas para atacarlos, tiene una actitud de superioridad y se siente vacío.
- Estilo calculador: es muy razonable, correcto, no muestra sentimiento alguno, se muestra tranquilo y es monótono.
- Estilo distractor: sus palabras son irrelevantes, carecen de sentido, no va acorde al tema de conversación, no responde a la situación que está viviendo, siente que no encaja con la sociedad.
- Estilo nivelador: son personas que tienen congruencia en lo que hacen, su postura concuerda con su tono de voz y la expresión facial, les es más fácil establecer relaciones interpersonales y sufren menos amenazas para su autoestima, cuya condición es estable.

La comunicación es un factor importante para la familia, y la funcionalidad dependerá de los estilos de comunicación que se presenten dentro del sistema.

3.4 Roles familiares.

Las familias no pueden ser comprendidas en su estructura emocional debido a que cada una reacciona de diferente manera antes una situación similar, sin embargo, se puede hacer a través de los roles emocionales, es decir, la manera de hacer frente a problemas, la forma de resolución, los estados anímicos presentes, la comunicación o la autonomía, entre otros.

Estos roles dependerán de la funcionalidad de la familia, puede ser que se presenten otros roles que no se mencionaron. Según Estrada (2004: 30-31), se presentan categorías para la investigación familiar de manera global:

- a) “La capacidad para reconocer y resolver problemas emocionales.
- b) La intensidad y calidad de la comunicación.
- c) La clase y graduación de la expresión afectiva.
- d) El nivel de autonomía que se permite a sus miembros.
- e) La presencia o ausencia de problemas psicopatológicos en tres o más miembros de una familia”.

Como resultado de estos roles, la familia podrá sobrellevar problemas donde se involucren sus miembros, por ejemplo, en caso de una enfermedad como el cáncer.

La familia es un sostén de suma importancia para el enfermo, con sus miembros puede expresar lo que está viviendo cómo son los síntomas de la enfermedad, los signos, posibles cambios físicos y emocionales, incluso dolencias que presente ante el tratamiento. El sistema se verá debilitado ante la noticia de una enfermedad que no estaba prevista y más cuando sea una enfermedad terminal.

3.5 La familia y el enfermo.

La familia necesita constante adaptación a la enfermedad y las consecuencias que esta pueda traer. Tener un familiar enfermo, convierte a la familia en su sostén

emocional y económico, para lo cual deberán desarrollar ciertas habilidades y responsabilidades. Sin embargo, pueden presentarse factores que perjudiquen la reacción de la familia ante la enfermedad.

Los familiares son quienes deben prestar mayor atención al enfermo e ir desarrollando ciertas habilidades, las cuales son expuestas por Castro (2008: 38):

- “Empático.
- Auténtico.
- Respetuoso, paciente y cercano.
- Alguien en quien confiar, a quien se le pueda decir todo sin ser juzgado.
- Compañero en el último camino.
- Paciente y tolerante ante las variaciones del estado de ánimo.
- Quien propicie un buen trabajo de muerte.
- Quien hable con la persona, mas no de la enfermedad.
- Alguien que no debe mentir, ni hacer promesas que no se puedan cumplir.
- Quien procure que el paciente no muera solo y entre extraños”.

Las anteriores son unas de las habilidades principales que se deberán desarrollar para que el paciente pueda tener un adecuado manejo de su enfermedad y duelo, inclusive cuando se sabe que la muerte esta próxima, sentir que alguien está con él es símbolo de tranquilidad.

Cuando las habilidades familiares son favorables, conllevan una serie de responsabilidades, las cuales ayudarán más al enfermo a sentirse en plenitud y tranquilidad. Según Castro (2008), el paciente necesita ser atendido y cuidado con las siguientes responsabilidades:

- Capacidad de quien lo atiende.
- Compasión.
- Comodidad del enfermo.
- Comunicación.
- Integración familiar.
- Visitas de los niños.
- Buen humor.
- Visitas perseverantes y constantes.
- Tranquilidad.

Estas son responsabilidades que la familia va adquiriendo a lo largo de la enfermedad, para lograr que el paciente se sienta bien emocionalmente y pueda llevar mejor un proceso de duelo.

Cuando la enfermedad es terminal, la familia hace consciente la muerte, que cada vez está más próxima a ocurrir, por lo que se pueden ver reforzadas estas responsabilidades. Sin embargo, cuando la muerte se presenta en el sistema familiar o la noticia de alguna enfermedad, se desarrolla una serie de factores que a pesar de

que sea un sistema familiar unido, al momento de presentar la noticia de la enfermedad o la muerte, se ven inmersos algunos factores que son expuestos por Fonnegra (citado por Castro; 2008: 36):

- “Qué papel desempeña la persona que fallece. Qué tan importante es su presencia para los demás integrantes del sistema familiar.
- La manera en que la persona fallece. Si es repentina, violenta, o si es una muerte anunciada por enfermedad, así como el tipo de esta, son factores que influyen en la reacción de la familia. Otro factor es si el enfermo pudo despedirse, cerrar sus asuntos pendientes o no. Si la muerte fue digna y tranquila o no lo fue.
- Los valores y creencias familiares. Qué actitudes y posturas se presentan frente al morir y el más allá.
- El funcionamiento familiar previo a la enfermedad. Aquí influyen las relaciones familiares, si estas son de cercanía, de respeto a la individualidad del otro o fueron lo contrario; si se trata de una familia con relaciones y lazos rotos, con conflictos entre ellos y con patrones de comunicación deteriorados.
- La red social de apoyo. Que tan sólida es, así como el apoyo afectivo y económico con que cuenta la familia.
- El momento en el que ocurre la pérdida. No únicamente se refiere a la fase del ciclo vital en que se encuentran, sino al hecho de si el que muere es un bebé, un niño, un adolescente o joven con todas las expectativas puestas en la vida y quizá con hijos pequeños; si es adulto quien es el sostén económico y

emocional de la familia; o si es un anciano el cual ya ha cumplido su ciclo de vida y sabe que la muerte puede llegar en cualquier momento”.

Son varios los factores que afectan las reacciones del sistema familiar, sin embargo, cuando la familia presenta características que sean favorables en la comunicación y la resolución de problemas, entre las mencionadas a lo largo de este capítulo, entonces la desestabilidad no tendrá un impacto tan fuerte como lo pueden tener las familias que carezcan de habilidades para la resolución de problemas o que sea un sistema cerrado, donde no permitirían el acceso de terceros que estén dispuestos a ofrecer ayuda.

De igual manera, la psicoeducación juega un papel muy importante. La familia debe conocer a qué enfermedad se enfrenta, la aceptación de esta y el manejo adecuado de las emociones presentes en cada integrante, ya que cuando se desconoce la enfermedad, no se sabe que está dentro de lo “normal” y qué no.

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Después de haber revisado la información teórica necesaria para el presente estudio, corresponde en este capítulo exponer las características del plan metodológico que se siguió, así como la manera en que se procesó la información de campo y los resultados que se obtuvieron.

4.1 Descripción metodológica.

La metodología es un proceso que conlleva una serie de pasos de manera eficaz para lograr los objetivos y los resultados deseados brindando una estrategia a seguir durante el proceso de la investigación. Según Hernández y cols. (2014: 18), “la investigación se define como un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema”.

4.1.1 Tipo de enfoque.

“En términos generales, los dos enfoques (cualitativo y cuantitativo) son paradigmas de la investigación científica, pues ambos emplean procesos cuidadosos, sistemáticos y empíricos en su esfuerzo por generar conocimiento”. (Grinnell, citado por Hernández y cols.; 2014: 14).

Según Hernández y cols. (2014), el enfoque es el proceso sistemático aplicado a fenómenos o problemas que ayudan a generar conocimientos científicos. En la investigación surgen dos orientaciones con sus respectivas características y se establece a partir de las necesidades de cada investigación. Los enfoques que se conocen son el cualitativo, el cuantitativo y el mixto; son muy útiles dependiendo de los objetivos establecidos, ya que, si se realiza la aplicación de manera adecuada y se profundiza, se obtienen resultados favorables en la investigación.

La presente investigación se desarrolla con el enfoque cualitativo, también conocido como investigación naturalista, fenomenológica o interpretativa, la cual, según Hernández y cols. (2014: 19), “es un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo ‘visible’, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es naturalista (porque estudia los fenómenos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales y en su cotidianidad) e interpretativa (pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorguen)”.

Este enfoque proporciona material para la interpretación de los resultados, haciendo relevancia en los datos proporcionados por la persona, se conoce el contexto, el ambiente, las experiencias y así se obtiene una vista fresca, natural y completa.

4.1.2 Tipo de diseño.

Según Hernández y cols. (2014: 128), “el término diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de responder al planteamiento del problema”. Elegir un diseño de investigación significa establecer un plan estratégico con el cual se podrá adquirir información sobre el tema a indagar y, posteriormente, dar solución al cuestionamiento principal. Los diseños que existen son: el no experimental y el experimental.

Específicamente, la presente investigación está estructurada para ser un estudio de caso, es la manera en la que se adquirió información de una sola persona que padece el cáncer de próstata.

El estudio de caso es una exploración detallada de una situación para poder dar respuesta a la pregunta de investigación. Hernández-Sampieri y Mendoza (citados por Hernández y cols.; 2014: 164) lo definen como “estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta analizan profundamente una unidad holística para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría”.

4.1.3 Tipo de estudio.

Según Villagómez (2016), el tipo de estudio se establecerá de acuerdo con los objetivos que se quieran lograr y a la información que se espera obtener para que,

posteriormente, se le pueda dar un significado a los resultados. El tipo de estudio que se llevará a cabo será la investigación transversal.

Los estudios de esta modalidad, según Cortés y León (2004: 27), “recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Este tipo de investigaciones es como una fotografía en un momento dado del problema que se está estudiando y puede ser: descriptiva o de correlación, según el problema en estudio”.

Se recogieron datos de la variable expuesta en un tiempo establecido y los resultados que se proporcionen serán en función de ese momento y, posteriormente, en otra investigación se podría efectuar una comparación o utilizar como antecedentes.

4.1.4 Tipo de alcance.

Para Hernández y cols. (2014: 90), “no se deben considerar los alcances como tipos de investigación, ya que, más que ser una clasificación, constituyen un continuo de causalidad que puede tener un estudio”. El alcance es considerado con base en el conocimiento que se pretende lograr, hasta donde se desea que llegue con base en lo adquirido en la investigación.

Para Hernández y cols. (2014: 89), “los alcances resultan de la revisión de la literatura y de la perspectiva del estudio y dependen de los objetivos del investigador para combinar los elementos en el estudio”. Los tipos que plantea son: exploratorios,

descriptivos, correlacionales y explicativos. Cada alcance tiene una finalidad en particular y estará ligado a los objetivos que se plantean en la investigación.

El tipo de alcance que se llevó a cabo fue el exploratorio; los estudios de esta índole, según Hernández y cols. (2014: 91), “se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes”.

Este tipo de estudio surge de la necesidad de dar a conocer un tema del que no se habla comúnmente, poder familiarizarse con dichos fenómenos y obtener información sobre posibles problemas. Es realizar un viaje a lo desconocido para traer información verídica y dar a conocer todo sobre un tema en especial.

Asimismo, será utilizado el alcance descriptivo, el cual, según Hernández y cols. (2014: 92), “busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta al análisis”.

Este tipo de alcance está centrado en recolectar información de personas o grupos que son de importancia para el análisis. En la investigación se toma en cuenta el sistema familiar, por lo que las características de otras personas se ven involucradas.

4.1.5 Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En el siguiente apartado se dará a conocer de manera breve lo que es un método y técnica, así como la que se utilizó, posteriormente se definirá lo que es un instrumento.

El método es definido según Sosa-Martinez (citado por Maya; 2014: 12), como un “procedimiento racional e inteligente de dar respuesta a una serie de incógnitas, entendiendo su origen, su esencia y su relación con uno o varios efectos”.

De acuerdo con Sierra (citado por Aparicio; 2017: 83), “la técnica es el conjunto de habilidades para el manejo de instrumentos que apoyan al individuo en la implementación de métodos”. Dependerá de la técnica que se vaya a utilizar para poder implementar las habilidades necesarias; en esta investigación, se utilizó la entrevista.

Una técnica que es muy utilizada es la entrevista, la cual, según Cortés e Iglesias (2004: 37), “es un instrumento fundamental en las investigaciones sociales, pues a través de ella se puede recoger información de muy diversos ámbitos relacionados con un problema que se investiga, la persona entrevistada, su familia, y el ambiente en que se halla inmersa”. El éxito de dicha técnica está basado en la comunicación que se presente entre el entrevistador y el paciente o el entrevistado, así como el vínculo que se establezca, empezando por el *rapport* (clima de confianza),

el cual es de suma importancia para la fluidez de la entrevista y la proporción de información valiosa.

Según la Real Academia Española (citada por Aparicio; 2017: 84), el instrumento es “el conjunto de diversas piezas combinadas adecuadamente para que sirva con determinado objeto en el ejercicio de las artes y oficios”. Son piezas que sirven como guía para poder lograr un objetivo, en el caso de la psicología, serían los cuestionarios o pruebas estandarizados.

El instrumento que se utilizó fue un guion de entrevista, el cual consta de una serie de preguntas que se elaboraron con base en los objetivos particulares para conocer el antes y el después de la enfermedad (Anexo 1).

4.1.6 Selección del caso.

Para realizar el presente estudio de caso, Se eligió al señor H, ya que el tipo de cáncer que padece es en la zona representativa de la masculinidad, por lo que es de interés conocer el impacto que causó en él la noticia de la presencia de cáncer de próstata. Este órgano también es parte de la sexualidad, la cual se tiene que ver modificada, debido a que los tratamientos son directamente en él.

El paciente oncológico aceptó colaborar en la investigación, ya que le encuentra un beneficio personal al poder platicar lo que siente y todo lo que está pasando, lo que se ha visto modificado y cómo cambió su perspectiva sobre la enfermedad.

Se elaboró la estructura de un guion con las categorías: antes del diagnóstico y después del mismo. Esto con el objetivo de analizar el impacto que se presentó ante la enfermedad. La primera categoría cuenta con 9 ítems y la otra, con 39.

Una vez obtenidas las respuestas a dichos reactivos, se formaron las categorías sobre el impacto emocional que tuvo el paciente y cómo afectó emocionalmente su sistema familiar, así como el proceso de adaptación que vivieron.

Se obtuvo información de que el señor H, estuvo viviendo en Tecuala, Nayarit, durante su infancia; a los 16 años se mudó a Tepic para comenzar a estudiar Técnico en Electricidad Domestica e Industrial, cuya preparación concluyó en la ciudad de Guadalajara, Jalisco. Durante un año estuvo trabajando en la empresa de SAGARPA. Le dieron sus vacaciones y a los 21 años decidió irse a Estados Unidos, pero perdió el trabajo, debido a que se quedó en Estados Unidos por problemas familiares con una hermana.

En el tiempo que estuvo en Estados Unidos, conoció a su actual esposa, con quien contrajo matrimonio a sus 23 años de edad, para posteriormente procrear a tres hijos: una mujer y dos varones. Vivieron por 14 años en Estados Unidos, donde estuvo trabajando en The Hewlett Packard y tenía un progreso considerable dentro de dicha empresa, sin embargo, era un trabajo que requería de mucho tiempo, lo cual le ocasionó problemas de pareja y ante ello, decidieron mudarse a Uruapan, Michoacán.

El señor H, de 68 años de edad, padece el cáncer de próstata desde noviembre del año 2016, fue detectado por medio de unos estudios que se realizó en Estados Unidos para checar su antígeno. A partir de ahí, comenzó con sus tratamientos en febrero del 2017, siendo concluidos en agosto del mismo año. Fue candidato para 2 tratamientos: la braquiterapia y las radiaciones externas, acompañado de diversos medicamentos, lo cual le ha traído una serie de efectos secundarios: la inflamación de extremidades, bochornos, fatiga, el aumento de peso, caída de cabello y la incontinencia urinaria.

A los 55 años de edad, se realizó el examen anual para checar los antígenos y se dio cuenta que los traía altos, estaban en 12.2, esto le causó impresión debido a que hacía un año habían estado casi en cero. Un mes después, le detectaron una inflamación en la ingle izquierda, le mandaron hacer estudios y le dijeron que era una hernia; a los 8 días le resultaba difícil caminar, así que lo canalizaron con el cirujano para hacer la intervención y poder retirar la hernia, estuvo mes y medio en recuperación. Al paso de 6 meses le llegaron un par de cartas de una clínica de Estados Unidos donde solicitaban su presencia para realizar nuevamente el estudio de los antígenos, debido a que se habían elevado de manera considerable, tenía 17.9 y de manera inmediata fue canalizado con el urólogo, quien le dijo que su próstata estaba invadida a un 90%.

Para iniciar la braquiterapia, se sometió a una cirugía donde le colocaron dos semillas de oro, las cuales atraían las ondas electromagnéticas que eran emitidas por medio de agujas, en el caso del sujeto, se le colocaron 15 agujas en su próstata. Las

radiaciones eran de 5 segundos, sin embargo, el proceso duró aproximadamente 5 horas por la implantación de las semillas y solamente fue una sesión. Cuando empezó el tratamiento de la radioterapia externa, le hicieron tatuajes a la altura de la ingle que era donde le iban a aplicar los rayos de la radioterapia, fueron 28 sesiones de 15 minutos y los días de descanso eran el sábado y el domingo.

Una vez concluido el tratamiento, el señor H continuó tomando el medicamento que se le administró de un inicio y se encuentra en estable, por lo que sus citas de revisión se irán postergando o serán por videollamada o por teléfono. Sin embargo, los efectos secundarios han ido en incremento, por lo que llamará a su médico para ver la posibilidad de recibir algún medicamento que le pueda ayudar a controlar o disminuir los efectos.

4.2 Descripción del proceso de investigación.

Una vez seleccionado el tema y la población que se estaba buscando, la investigadora, con la ayuda un familiar, se contactó con el sujeto de estudio, principalmente para hacer la presentación personal, seguido de explicar sobre lo que trata la investigación y poder resolver las dudas que se le pudieran presentar, así como el respaldo de la información que proporciona para llevar a cabo el estudio.

Con permiso anticipado, se realizaron entrevistas grabadas, con duración de una hora, para tener el conocimiento completo de lo que proporcionaba el paciente

oncológico. Debido a que el sujeto se encontraba en constante traslado a los Estados Unidos, las entrevistas no se presentaron en un tiempo establecido.

Para realizar la entrevista, se elaboró un guion con una serie de preguntas, el cual se utilizó como base para la entrevista semiestructurada. En este, se abarcaron dos etapas en la vida del sujeto: antes del diagnóstico y después del diagnóstico; en ambas se indagó sobre el impacto emocional que se ha ido presentando y la relación con su familia.

Una vez cumplidos los objetivos, se dio el cierre a las entrevistas, agradeciendo al sujeto por compartir su tiempo, experiencia y abrirse emocionalmente para que esta investigación fuera realizada.

4.3 Análisis e interpretación de resultados.

Para facilitar el análisis de resultados, la información se organizó de acuerdo con la propuesta de sistematización y análisis de datos cualitativos de González (citado por Mejía y Sandoval; 1998), quien menciona que, dentro de una investigación de carácter cualitativo, se debe seguir un proceso inductivo para el manejo de los datos en donde el investigador inicia recolectando datos con base en instrumentos abiertos, para después construir categorías y proposiciones teóricas.

Dentro del proceso anteriormente mencionado, se asevera que primero es necesario seguir una serie de pasos, que se describen a continuación (Mejía y Sandoval; 1998):

- **Conceptualización:** En este paso se puede aplicar la técnica TKJ, en donde se pide al sujeto que escriba en hojas pequeñas, las ideas que responden a ciertas preguntas abiertas que conforman el cuestionario o entrevista, señalando en la parte superior derecha de la hoja el número de la pregunta a la cual responde.
- **Categorización:** Todas las unidades de análisis deben estar concluidas en categorías. Al asignar el nombre a estas, se debe evitar que sean el resultado de una interpretación personal.
- **Organización:** En este proceso se intenta conocer una organización lógica de categorías y subcategorías, las cuales serán plasmadas al final en un mapa conceptual.

- Estructuración: Esta consiste en elaborar un esquema en el que se incluya de manera gráfica las categorías y subcategorías organizadas.

Por último, en la propuesta de González (referido por Mejía y Sandoval; 1998), para el análisis e interpretación de datos, de forma vertical, se siguen las categorías y subcategorías en el orden de mayor a menor número de datos y personas que las apartaron, con el fin de saber cuáles son los patrones más relevantes incluidos en las respuestas.

La información de la presente investigación, se ha dividido para su análisis en las siguientes categorías:

Categoría 1: Impacto emocional de la enfermedad en el paciente oncológico.

- a) Durante el diagnóstico.
- b) Durante el tratamiento.
- c) Actualmente.
 - ✓ Aspecto social.
 - ✓ Aspecto amoroso.
 - ✓ Actividades cotidianas.

Categoría 2: Estado emocional de la familia desde la percepción del paciente oncológico.

- a) Relación emocional del paciente con su esposa.
- b) Relación emocional del paciente con sus hijos.

c) Proceso de adaptación familiar y modificación de roles.

4.3.1 Impacto emocional de la enfermedad en el paciente oncológico.

En esta primera categoría, se examina la huella que el padecimiento dejó en la persona que lo presenta. Esto se explica en tres subcategorías de los subapartados siguientes:

a) Durante el diagnóstico.

El señor H se realizaba año con año el estudio de los antígenos, en el estudio que se realizó en el 2016 fue el que arrojó resultados inesperados que le causaron sorpresa, lo cual lo llevó a tener una cirugía de una hernia en la ingle izquierda. Al paso de los meses le llegaron unas cartas a manera de citatorio de una clínica de Estados Unidos, donde le realizaron nuevamente el estudio de los antígenos y estaban en 17.9, es decir, sobrepasaba la normalidad y fue canalizado de manera inmediata con el urólogo, quien le dio la noticia de la presencia de cáncer en la próstata y con un 90% invadida. La noticia fue de gran impacto para el señor H.

“De ahí, me canalizan con el urólogo y ordena los estudios para ver sino estaban invadidos los órganos internos y otro para los huesos, y salieron negativas, [baja el tono de voz] me dijeron que tenía 90% invadida la próstata y de ahí empezó todo, ahí fue cuando ya me hicieron lo de la biopsia que no recuerdo la fecha, fue en el lapso de una semana, el veinte tantos, sí, porque para el 28 yo ya casi estaba listo, ya me

habían dado el [baja el tono de voz] Upron y la Bitacalumida, ya estaba en preparación para todo el procedimiento, la braquiterapia y las radiaciones”.

Se observa que no se dio tiempo al paciente para asimilar la noticia. Cuando le detectaron el cáncer, casi de manera inmediata fue canalizado con el urólogo para que se le realizara una serie de estudios y la preparación para poder comenzar con los tratamientos correspondientes.

Una de las tareas establecidas por Worden (citado por Neimeyer; 2015), es “Aceptar la realidad de la pérdida”, tarea que el paciente no ha aceptado por lo que no ha hecho consciente lo que está pasando en su cuerpo y a los procedimientos que será sometido, con el paso de los días irá aceptando la realidad de la enfermedad del cáncer.

El paciente explica que no tuvo ningún síntoma relacionado, no tenía sangrado ni dolor, como personas conocidas le habían comentado que eran los primeros signos de alarma, por lo que fue de gran impacto, dejándolo en *shock* al momento de la noticia. Sin saber cómo reaccionar en ese momento, solo siguió las instrucciones que le dio el urólogo para comenzar los tratamientos.

Durante el diagnóstico, su familia tuvo poca influencia, es decir, casi no se habló del tema. Su esposa estuvo presente cuando le dieron la noticia y se les ofreció apoyo psicológico; el paciente decidió tomarlo y ella se negó.

b) Durante el tratamiento.

Esta subcategoría muestra las repercusiones emocionales cotidianas que tuvo el paciente al momento de recibir el tratamiento médico.

El señor H presentaba un pensamiento optimista al inicio del tratamiento, se sentía bien y tenía la idea de que todo saldría de manera correcta, pero conforme fue avanzando el tratamiento de las radiaciones, comenzó a experimentar miedo al observar cómo su cuerpo iba cambiando y se iba deteriorando.

“Pues, las primeras veces bien, la gente me preguntaba que cómo me estaba sintiendo y les decía que bien, pero decían: ‘espérate a las últimas’. [baja el tono de voz] Y este, en las últimas, como a los 10 días, comencé a ver como mi cuerpo cambiaba, [pausa] lo quemaban, ya estaba cansado [pausa, contiene el llanto, se toca la nariz], no sentía el cáncer, pero veía como cambiaba mi cuerpo, es, es algo muy agresivo”.

El señor H mostró negación al inicio de su tratamiento, se sentía bien, pero conforme iban avanzando estos, se percató de que su cuerpo no era el mismo, se estaba deteriorando tal como otros pacientes de cáncer le habían dicho.

La estética del cuerpo es fundamental para una persona, es decir, que su cuerpo permanezca firme, que no esté quemado por las radiaciones, es verse y sentirse bien consigo mismo, ya que cuando esta se ve modificada, la persona

experimenta sentimientos negativos. Así como establece Castro (2008: 74), “al ser humano le duele lo que ama y en el momento en que lo pierde, se provoca una herida que tiene que cicatrizar, pero mientras esto ocurre, los sentimientos que se experimentan son desagradables y producen sufrimiento en quien los padece”.

La etapa de tratamientos es difícil debido a los cambios que se presenta en la persona, el dolor que le causa cada radiación, que le quemem el cuerpo y, en el caso del señor H, ver como su aspecto masculino se ve alterado, teniendo en cuenta que no volverá a ser lo mismo que antes, no funcionará igual, como el mismo paciente hace referencia.

c) Actualmente.

El paciente se encuentra en una etapa donde requiere nuevamente el conocimiento de su cuerpo, así como las reacciones que va presentando, ya que ha tenido una serie de cambios a nivel físico y fisiológico, lo cual le trae cambios a nivel psicológico al hacer la comparación de su cuerpo antes y durante del procedimiento.

“Siento más, este, como que mi cuerpo es diferente y no, no se puede recuperar y yo pues ya son [pensando] ¿cuántos meses? [pausa] llevan 7 meses que terminé el tratamiento y yo creía que la recuperación de lo que me hicieron iba a ser más rápido, pero no”.

En este lapso, es cuando el sujeto muestra el cuarto desafío establecido por Neimeyer (2015), el cual consiste en reconstruir la vida con lo que se ha perdido, es decir, el sujeto comenzará a conocer y aceptar su cuerpo una vez más.

Incluso, pensaba que la recuperación sería más rápida, que su cuerpo iba a mejorar al poco tiempo de haber concluido su tratamiento de las radiaciones. El cáncer que padece el señor H es de próstata, lo que causa un impacto, no solo físico, sino también emocional, ya que la próstata es parte representativa de la masculinidad del varón y al percibir los cambios, el sujeto se muestra triste y desanimado.

“Cambió mi vida totalmente, [pausa y baja el tono de voz] sexualmente ya no funciona uno igual”.

Actualmente, el sujeto presenta una diversidad de emociones, así como puede estar feliz cuando ve a su familia, puede estar triste porque sus hijos no le marcan y su sistema familiar no está completo.

“Y más que nada, pues, [pausa, llora] deja antes los hijos [pausa] ahorita tengo como 3 semanas que no llama el más grande [pausa prolongada, continúa llorando] me siento solo [llora] pero yo sé que ellos no pueden estar aquí conmigo, pero sí, sí me siento solo, solo. [sigue llorando, se controla, sube el tono de voz]”.

✓ Aspecto social.

El señor H se encuentra en remisión, ahora solo consume los medicamentos que le fueron recetados y está en constante chequeo. Una vez que concluyó su tratamiento de radiaciones, empezó a consumir la guanábana. Busca diferentes alternativas para evitar que el cáncer se vuelva a presentar por miedo a los tratamientos. A pesar de que no ha asimilado por completo la noticia, la sociedad ha provocado que recurra a la medicina alterna, ya que el consumo de dicha fruta fue a manera de sugerencia. El paciente hace la siguiente referencia.

“Los suplementos [haciendo referencia a la medicina alterna] que estoy tomando es la guanábana, en té y en pulpa, pero no sé [risas] si estén ayudando, porque, yo digo que sí, porque cosas del tumor [baja la voz] ya no siento nada, nada, no tengo nada, pues ni un síntoma de que me duela así algo extraño que nunca haya tenido antes, más bien lo que me duele es lo que hicieron, lo que se hizo, pero de ahí en fuera nada, no siento nada. Y lo demás, pues el cáncer, aunque uno no quiera pues está pensando todo el tiempo, pero de ahí en fuera todo va bien, espero que sí”.

El señor H aun no asimila la presencia del cáncer en su cuerpo, sin embargo, está consciente de lo que su cuerpo sufrió, de las alteraciones que presenta y los efectos secundarios que el proceso le ha traído; el primero que se manifestó fue la incontinencia urinaria, el cual le puede traer como consecuencia el daño en otros órganos, como los riñones.

“...Y eso [la incontinencia urinaria] es a causa de lo que me hicieron, entonces yo tengo miedo, no lo había mencionado, que con esta incontinencia me vaya a dañar los riñones, porque, este, a veces tomo agua y haz de cuenta que tomo agua y sale rápido, y sí he sentido que me duelen los riñones en estos días, entonces si sigo así yo creo si voy a ir a Estados Unidos, porque [pausa] pues tiene que haber algo, que me recomienden algo, pues [risas] en estos días es lo que está en mi mente, porque tengo miedo que se dañen los riñones, verdad”.

El paciente experimenta el miedo por efectos adversos a los tratamientos que se le realizaron. La sociedad asocia al cáncer con muerte por los tratamientos que les administran a los enfermos, pero no se visualiza lo que estos tratamientos pueden traer a la vida de la persona, como lo son los efectos secundarios y, en este caso, el daño a los riñones.

✓ Aspecto amoroso.

La relación con su esposa no ha sido la más adecuada, por lo que se han distanciado. El paciente se siente frustrado debido a que su mujer aún no alcanza a comprender la situación por la que él está pasando. Él quiere platicar con ella sobre cómo se siente o qué tiene, pero ella pone una barrera y no lo escucha. Su mujer se encuentra en negación ante la presencia del cáncer en su familia y más en su pareja.

El sujeto experimenta una pérdida fuerte, que a pesar de los problemas que han tenido como pareja, ya sea la posibilidad de adulterio y la insatisfacción sexual, no quiere aceptar que quedará sola, sin pareja.

“...Y luego también mi mujer está en un cambio en su manera de ser, este, [habla pausado] estar como muy nerviosa, como que más un poquito intolerante, no sé si será por lo mismo que yo estoy padeciendo en el sentido de que ya no soy igual que antes en actividad que yo tenía, no me refiero, bueno puede ser a lo sexual también, pero no es tanto porque yo he oído a muchas personas, por ejemplo mi suegra y acabo de ir una persona que estuve hablando con ella que se le murió su esposo también, y este hablan de una soledad después de que el esposo, el esposo en este caso, porque con mi suegra, mi suegro murió y el de esta señora pues también su esposo, hablan de una soledad y como que pasan un segundo término, en cuestión de las amistades, de los hijos y de la sociedad”.

El miedo es la emoción que presenta el paciente oncológico ante su partida, por la posibilidad de dejar sola a su esposa y que ella llegue a sentir el vacío que otras mujeres han sentido ante la muerte de su pareja.

Por otro lado, él experimenta la misma emoción cuando piensa que el cáncer va a volver y los tratamientos serán más fuertes, sobre todo a la quimioterapia. No le gustaría someterse a este tratamiento porque es más fuerte y por ahora argumenta que no tomaría ese tratamiento, pero si llegara detonar el cáncer, lo pensaría dos veces para someterse a quimioterapia.

“El pendiente de que el cáncer vuelva, bueno el cáncer está ahí, pero que se vuelva a activar, a detonar otra vez, siempre estoy pensando en todo eso [pausa] y pues no tengo miedo, tengo miedo a este, a los tratamientos porque un dicho que cuando se vuelve a disparar, activar lo del cáncer luego lo meten a uno en lo de la quimio, y eso es lo que yo no quiero porque, la quimio hace más estragos que las radiaciones, es la que envenena más rápido el cuerpo”.

El paciente no quiere verse sometido de nuevo a otro tratamiento que, ahora, será más fuerte en caso de que el cáncer vuelva a manifestarse. No ha sido un proceso fácil para el señor H, ya que su esposa se ha mantenido distante y esto va en aumento conforme avanzan los efectos secundarios.

✓ Actividades cotidianas.

El cáncer es una enfermedad que afecta todos los aspectos del enfermo, así como se habló de lo social y lo afectivo, también las actividades de la vida cotidiana tienen un impacto, debido a los efectos que surgen de los tratamientos.

Otro de los efectos secundarios que presenta el sujeto es el cansancio todo el tiempo, también la sensación de falta de aire y el doctor le dijo que la artritis se le desarrolló debido a las radiaciones, por lo cual sus actividades domésticas y sociales se vieron alteradas, no puede realizar las mismas actividades ni con la misma frecuencia. En casa, le ayudaba a su esposa, realizaba algunos pasatiempos y ahora se le dificulta.

“He tenido una etapa muy pesada, porque como que me hace falta mucho apoyo de aquí de la familia, no han podido, pues precisamente mi mujer, ella cree como que no puedo hacer las cosas, sí las puedo hacer, pero en el otro sentido más [se queda analizando] más humano puedo decirlo, de que ella vea, porque a veces no puedo hacer las cosas, no por flojera [risa], sino porque no puedo”.

Se pueden presentar algunos miedos que fueron establecidos por Castro (2008), por ejemplo, la inutilidad física y el deterioro y debilitamiento de los lazos afectivos.

El señor H ha pensado en las actividades que le faltan por realizar y, en caso de que la muerte se presente, ya estar preparado y dejar todo en orden. Tienen algunas casas aquí en Uruapan y un terreno, sin embargo, está intestado y es algo que trae en mente el sujeto.

“Ahorita lo que he estado pensando de que yo esté, tenemos que poner todas las cosas en orden, todo lo que tenemos, y bueno en el caso de que solamente Dios sabe, [habla pausado] de que no tenemos testamento, entonces este, es lo que estaba hablando con ella [refiriéndose a su esposa] de poner todo en orden para que no sé, como yo soy el que está más en la orillita [risas] no vaya a pasar algo, o estar prevenidos”.

El señor H está atravesando por un momento de reflexión, quiere dejar todo en orden para evitar problemas futuros y comienza a cuestionarse si ha hecho bien las

cosas, quiere una calidad de vida sana y cada vez estar más apegado a la espiritualidad.

El paciente presentó impacto emocional ante la enfermedad del cáncer; al recibir la noticia, se quedó en *shock*, causándole sorpresa, ya que pensaba que la alteración de los antígenos estaba relacionada con la hernia, para la cual se sometió a cirugía. Asimismo, mostraba negación ante la afectación física que sufriría su cuerpo por los tratamientos que se le estaban administrando.

Posteriormente, presentó miedo a los efectos secundarios, no conocía cuales iban a presentarse, ya que cada cuerpo reacciona de manera diferente. Actualmente, el paciente muestra miedo a que el cáncer regrese y tenga que someterse a otros tratamientos más fuertes y dañinos, por lo que ha acudido a la medicina alterna.

Entre las fases de diagnóstico y el tratamiento, hubo un intervalo de tiempo corto y no se le permitió la aceptación de la presencia de cáncer en su cuerpo, en su órgano varonil, en su próstata. El señor H conoce los procedimientos y los efectos que estos pueden causar, sin embargo, considera que el tener cáncer son solo los tratamientos y no las modificaciones que se sufren a nivel emocional, conductual y social.

El paciente se encuentra oscilando entre el temor y la negación ante la presencia del tumor cancerígeno; en ocasiones, está consciente de que el cáncer sigue en su cuerpo, que solo está siendo controlado con el medicamento, pero en otras ocasiones, argumentó no sentir nada relacionado con el tumor, que incluso consume

la guanábana como un “suplemento” a sus medicamentos y desconoce si le está ayudando.

4.3.2 Estado emocional de la familia desde la percepción del paciente oncológico.

En esta categoría se explican las características del sistema familiar, según la percepción del sujeto de estudio. Para un mejor análisis, se divide en tres subcategorías: la relación del sujeto con su esposa, la relación con sus hijos y, finalmente, el proceso de adaptación familiar y modificación de roles a partir del padecimiento.

a) Relación emocional del paciente con su esposa.

Años atrás, el señor H llevaba una relación satisfactoria con su esposa, pero con el paso del tiempo comenzaron a tener diferencias debido a la vida laboral que llevaba, en aquel entonces, el señor H. Esto se vio reflejado cuando su esposa se encontraba embarazada por tercera vez; comenzaron a distanciarse, la comunicación se vio modificada debido a la posibilidad de un adulterio y decidieron venirse a vivir a Uruapan.

“Pues a mí me costó mucho [el hecho de venirse a vivir a Uruapan, pausa] pero en el sentido que yo, pues quería salvar mi matrimonio y ella inclusive dijo que yo andaba con alguien [pausa, baja la voz] pero nunca, si acaso alguien más me tiene

interés pues, esa es otra cosa, pero que yo dé motivos a otra mujer, no. Entonces, pero ella nunca lo ha entendido, entonces, este, pues y cuando empezó a, cuando empecé a ver que ella no aceptaba eso [que él no había cometido adulterio], ella terca, esta casa ya casi la terminábamos, venimos y ya la vimos casi terminada y ella empezó, un día que estábamos en la recámara, ya estábamos acostados, empezó y yo al momento de venirnos, me dije: 'está bien, es ahora o nunca, tómale la palabra' [pausa], pues sí, le tomé la palabra [de venirse a vivir a Uruapan]".

Así fue como llegaron a Uruapan y por ello, la comunicación se vio modificada, es algo que la señora no ha podido aceptar a pesar de los años. No se ha vuelto a tocar el tema entre ellos, sin embargo, quedó inconcluso para la señora. Posterior a esto fue que la clínica de Estados Unidos contactó al señor H para el chequeo de antígenos.

Una vez que el diagnóstico se les comunicó, se les ofreció atención psicológica, la cual terminó siendo con un psiquiatra. El sujeto aceptó para que fuera más fácil asimilar la noticia y llevar el proceso, en cambio, su esposa se negó a tomar dicha ayuda. Una vez iniciado el tratamiento de las radioterapias, sus relaciones interpersonales fueron cambiando, tanto en el contexto familiar como social. La relación con su esposa se empezó a deteriorar debido a que ella no quiere escuchar al sujeto, ya que no ha asimilado la enfermedad y le resulta difícil poder escuchar las quejas que tiene su esposo. Con el paso del tiempo, su relación se ha vuelto más incómoda y el señor H lo manifiesta de la siguiente manera.

“Y pues las consecuencias de la vida diaria, de la relación que hay entre [habla pausado] este, cada día como que, se va haciendo más fuerte, más incómoda [pausa]. Pues por las, ¿cómo se dice?, las consecuencias de, por ejemplo, de que, pues ahorita, el control de la orina, este, cuando voy al baño pues yo tengo mucho cuidado y pues se chorrea o así y ella reniega, entonces yo hablo con ella y le digo [baja la voz]: ‘mira, esto sí como que no’. Porque yo dejo el pañal o el *layner* así y pues, huele, y ella siempre está [baja el tono de voz] quejándose de eso”.

La relación con su esposa no es una red de apoyo para el enfermo, por lo que trae más problemas como es la comunicación y el distanciamiento. Esto se ha visto desde hace tiempo atrás, cuando su esposa no aceptó que él estuviera subiendo rápido de puesto laboral, por lo que comenzó a sabotearlo, afirmando que le había sido infiel con alguien de la empresa en la que se encontraba trabajando.

Uno de los factores que afecta la reacción familiar ante la enfermedad, según Fonnegra (citado por Castro; 2008), es “el funcionamiento familiar previo a la enfermedad. Aquí influyen las relaciones familiares, si estas son de cercanía, de respeto a la individualidad del otro o fueron lo contrario; si se trata de una familia con relaciones y lazos rotos, con conflictos entre ellos y con patrones de comunicación deteriorados”.

Hace como 5 años que el individuo decidió poner distancia en la cuestión sexual, es decir, antes de que el cáncer estuviese presente, ya que su interés se vio distorsionado debido a que sentía un rechazo por parte de su esposa en ocasiones

repetidas. Él intento tener encuentros de tipo sexual sin lograr nada, asimismo, desconoce los motivos por los que su esposa comenzó a tomar dicha actitud y decidió cerrarse en esa cuestión y no volver a buscar lo sexual.

“En la cosa sexual, ya tenemos como [sacando cuentas] desde antes de la enfermedad [comienza a mover el pie, no tiene contacto visual] como que, es otra cosa que quiero, [baja el tono de voz] como que yo en ese sentido si me cerré [pausa]. Yo ya no, ya no buscaba lo sexual, hace como 5 años [pausa], ya no, perdí el interés, en el sentido ese que [pausa larga, ojos llorosos, lagrimea] yo creo todo fue por el rechazo, [sube el tono de voz] ella no me rechaza sexualmente, pero todo lo que [pausa]... ella no sentía, como que me echaba a mí la culpa [pausa], yo, pues igual todo el tiempo y que yo empecé con un rechazo, yo sí, yo lo acepto, yo lo... como que ya no, no es que no me atrevía sexualmente, sino que [habla pausado], yo, yo sentí un rechazo de ella, no la satisfacía, no sé, ella, no era... cosa en lo sexual, yo quería, a lo mejor yo quería que fuera igual en el sentido de comportamiento, de que fuera atenta conmigo, que me atendiera”.

Hay una resistencia por aceptar que su esposa lo rechaza sexualmente, así como puede estar reprimiendo los motivos que los llevó a distanciarse. La comunicación es otro aspecto que se vio deteriorado, por lo que aún no pueden tener un encuentro sexual, pero el sujeto argumenta que lo intentará de nuevo una vez que las dudas que tiene respecto a su enfermedad y la incontinencia, sean resueltas por su médico de cabecera. Le interesa volver a tener la relación de hace algunos años,

donde tenían comunicación y encuentros de tipo amoroso y sexual. El sujeto lo expresa de diferente manera.

“[bajo tono de voz] Ahorita como estoy, no, [risas, sube el tono de voz] no es que no, sino que no he tratado. No hemos tratado porque yo tengo que [pausa] como fue, me siento mal, [baja el tono de voz] no, no, este, no me he atrevido, a buscar, pues un encuentro sexual, verdad. Más bien es miedo. Sí, yo quiero volver a intentarlo [pausa]. Porque pues el, no puedo, tengo que hablarlo con el [risas], el tiempo que nos queda, quiero yo, de esa manera pues buscar el, un acercamiento con ella [cambia de posición] en ese sentido”.

La señora se ha distanciado de diferentes ámbitos con su pareja, como la cuestión sexual y amorosa. Él ha intentado tener acercamientos de tipo cariñoso con su esposa, hacer chistes para sacarle una sonrisa, sin embargo, ella presenta una resistencia y se molesta. El señor ha disminuido esa conducta con tal de no verla enojada o disgustada y se ve reflejado de la siguiente manera.

“Que yo soy muy, muy expresivo en el sentido de que yo, a veces quiero hacer un chiste con ella, cualquier chiste, ella, no, no de esa manera, y se enoja, es raro que yo la haga reír por un chiste, se enoja, luego lo agarra como que yo me estoy burlando de ella o hago una burla, verdad. Entonces, ni en eso hay una expresión, entonces, yo creo que empieza uno a, pues alejarse en ese sentido, de no ser más expresivo porque [pausa], porque ella siempre me la ha dicho que no me ve igual como antes, y yo si le

he dicho que cada que yo quiero acercarme a ti [pausa, baja el tono de voz] me pones una distancia [pausa], ya no, [sube el tono de voz] y en lo sexual eso pasó”.

Hace aproximadamente tres semanas comenzó con la incontinencia urinaria más fuerte, por lo que es necesario que traiga pañal todos los días. Sin embargo, aún no lo asimila y una ocasión salieron con su esposa y le ocurrió un accidente, lo cual, notablemente fue incómodo para el paciente, es una situación complicada para ambos; el cáncer es una enfermedad que ataca a toda la familia, en este caso a su esposa.

“Nomás traía un *layner* [baja la voz] y este, el problema que traigo ahorita, aparte de con ella, que no, como que se ha vuelto un poco intolerante, que dice: ‘¡Ay, que hueles!, ¡Ay! ¿Qué pasó aquí?’ [risas] cuando voy al baño, por ejemplo, también, pues a lo mejor no entiende ella, verdad, ya, yo le dije [baja más la voz]: No me digas nada, porque me siento mal”.

Su esposa experimenta una sensación desagradable, le da asco, le incomoda tener un acercamiento con su pareja por el olor que libera. Le molesta tener que estar limpiando la orina que cae fuera del sanitario, lo que también provoca un olor en el baño, así como una reacción anti-empática y lo hace sentir mal.

Al respecto, Castro (2008), establece una serie de habilidades que deberán ser desarrolladas por el familiar, una de ellas es el ser empático, aunque es evidente que su esposa no ha desarrollado tal capacidad, por lo que se queja de “los descuidos” que tiene el sujeto.

Los comentarios le pueden causar un impacto emocional, son comentarios que afectan la estabilidad emocional del paciente, ya que no es agradable presentar reacciones involuntarias del cuerpo, por lo tanto, son accidentes que ocurren en los primeros días de la incontinencia.

La familia juega un papel de importancia en estos momentos, el apoyo moral es necesario para que el sujeto pueda llevar un proceso óptimo; otras habilidades que deben ser desarrolladas por el familiar, igualmente establecida por Castro (2008), es ser respetuoso, paciente y cercano. Al momento de expresarse, se debe tener el cuidado de no lastimar emocionalmente al enfermo, ser paciente ante las reacciones que presente, porque como se mencionaba, la incontinencia es algo que no se puede controlar.

b) Relación emocional del paciente con sus hijos.

Poco tiempo antes de que se le comunicara al sujeto el estado de sus antígenos, ya se encontraba separado el sistema familiar: sus hijos vivían en Estados Unidos, él y su esposa se encontraban radicando en Uruapan.

Su hijo menor es quien recibe las cartas que fueron expedidas por una clínica de allá, en el mes de diciembre del año 2016, así que de manera inmediata su hijo se comunicó con él para darle aviso de dichos documentos. Fue citado en febrero del año 2017 para comenzar a realizar los respectivos estudios y poder aplicar los tratamientos para el cáncer. Cuando el tratamiento comenzó, se quedaron en Estado Unidos, por

lo que el sistema familiar volvió a estar unido, sin embargo, cada hijo tiene su trabajo y no podían pasar mucho tiempo con él, su esposa era la única que se encontraba a su lado, pero no pueden platicar de lo que estaba pasando el paciente debido a que la noticia había sido muy próxima. Así que el sujeto se encontraba más apegado a la espiritualidad y argumenta que gracias a eso, no se sintió tan solo.

Una vez concluidas las radiaciones, el sujeto se regresó a Uruapan acompañado de su esposa y es cuando comenzó a sentir la distancia que presentan los integrantes de su familia; sus hijos se quedaron en Estados Unidos y a pesar de que los visitan cada que tienen una cita allá, cuando están de regreso, sienten de nuevo la ausencia, estaban acostumbrados a estar con sus hijos. El sujeto hace referencia de la siguiente manera.

“Al mismo tiempo aquí, cuando llegas a tu casa se siente que no tienes la familia cerca, por ejemplo, ahora que fuimos allá pues ya vimos a los muchachos ahorita ya sé, pues ya va para dos meses, un mes que vamos a cumplir que nos venimos y ya pues cuando, por ejemplo, yo que estoy en este estado de, de recuperación de lo que me hicieron, este... pues como que se siente uno más solo, verdad y el mismo tiempo este... estuve con la familia, con mis hermanos, hermanas, y este... y sí los extraño más”.

Un factor que afecta la relación familiar, según Fonnegra (citado por Castro; 2008: 36), es “la red social de apoyo. Qué tan sólida es, así como el apoyo afectivo y económico con que cuenta la familia”. El sujeto tiene ese aprendizaje, argumenta que

cuando era chico no le hablaba a su mamá cuando estaba mal porque no quería que se preocupara por él o darle molestias. No quiere recibir compasión ni lastima de nadie, quiere escuchar algo diferente, quiere escuchar la verdad.

Le gustaría tener a alguien con quien platicarlo que le está pasando, sin embargo, él no busca ayuda, por lo que expresa una soledad que le gustaría remediar, sin embargo, él mismo pone límites al no querer hablarle a sus hijos para no interrumpirlos o que se vayan a molestar, él les marca cuando tienen semanas sin ponerse en contacto, sin embargo, resulta lo siguiente.

“Lo que pasa es que este hijo, este... se la pasa muy ocupado. Este... no hay necesidad de que yo le llame, siempre está llamando y ahorita ya tiene tres semanas que no me llama. Entonces yo no le llamo porque a veces dice que está ocupado en la escuela, en el trabajo, sí, sí tiene mucha tarea. No tengo ni el contacto, es que a veces, este... no contesta el teléfono, ni ve los mensajes. Son de esas personas delicadas y no le gusta que le molesten. Sí, yo le he llamado [risas] y se enoja, se disgusta”.

Con las características brindadas del sistema familiar, se puede determinar que es un sistema cerrado, debido a las características que estableció Fonnegra (2001: 208), “las partes tienen una conexión muy rígida, la comunicación no fluye entre las personas, la autoestima es secundaria al poder y la conducta y hay resistencia al cambio”.

c) Proceso de adaptación familiar y modificación de roles.

Cuando existe un enfermo de cáncer dentro del sistema familiar, se ven modificados diversos aspectos, como ya se presentó anteriormente, las relaciones interpersonales del enfermo, las actividades diarias y en el ámbito personal. Así como el enfermo está en proceso de adaptación, también lo está la familia, ya que se presentaron modificaciones en los roles.

El sujeto siempre ayudaba en las labores domésticas, sin embargo, durante el tratamiento se le ha complicado a consecuencia de los efectos secundarios, principalmente el cansancio. El paciente argumenta que hace las actividades a otro ritmo, ya que el agotamiento y la sensación de falta de aire, le impide hacer las tareas más rápidas o como las hacía antes. Así como el sujeto se adapta al ritmo para la realización de las tareas, también su esposa se irá adaptando, lo cual lleva a la aceptación de los efectos de la enfermedad.

“Pues cada día, es más, poquito más difícil [risas] pues sí, porque no tengo la misma actividad de antes, ya con este... yo creo que mi mujer se, se desespera porque no respondo igual en el sentido de la actividad que hacemos en la casa, ahorita que salimos yo cuando ya me canso, le digo que se apure, que no, que no, sí, sí me canso mucho, verdad ya no, ya no puedo tener la misma actividad”.

La modificación de roles no fue muy notoria, el ámbito en que se pudo notar fue en el hogar, el señor H anteriormente realizaba actividades domésticas por apoyar a

su esposa y como pasatiempo y, ahora por el cansancio y el dolor de sus extremidades, se le complica y no lo hace al mismo ritmo que antes.

El sujeto quiere que la familia le brinde apoyo, le gustaría que tuvieran esa modificación, pero que se dirigieran a él con la verdad, tener una comunicación asertiva, de lo contrario, se presentarían más problemas en la familia y el paciente, ya que su esposa ha sido hiriente en los argumentos que le da al sujeto debido a la incontinencia urinaria. Asimismo, sus hijos tendrían más contacto con él y podría expresar lo que realmente siente o le está pasando y lo expresa de la siguiente forma.

“Quiero que me den, que me hablen con verdad, me hablen con libertad, con las cosas que son reales [pausa] porque darle la palmadita a la gente, sí, pero hay que decir la verdad suavemente”.

Ciertamente, la vida es una modificación constante a la cual se van adaptando, cuando hay un familiar con una enfermedad grave o terminal, toda la familia sufre el impacto de la enfermedad, con diferente intensidad y es expresado de manera distinta. En el caso del paciente oncológico, el impacto es mayor conforme avanza la enfermedad, con los tratamientos y como se va adaptando el sistema familiar. Si el sistema no se puede adaptar a las necesidades del enfermo, lo perjudican más, ya que la gran parte de la atención deberá de estar centrada en el paciente, para escucharlo, apoyarlo y ser empático en todo momento. Cada parte del proceso, es un impacto diferente, lo cual también dependerá de las prioridades del sujeto.

CONCLUSIONES

El apartado de conclusiones es el último subtítulo que tiene la indagación, es donde se presentan los objetivos que se lograron a lo largo del estudio y se da respuesta a la pregunta de investigación sobre el impacto que tuvo el señor H al momento de padecer cáncer.

El primer objetivo particular se alcanzó una vez que se definió la enfermedad de cáncer en el capítulo 2, en el cual se aborda lo relacionado con el cáncer.

Como segundo objetivo particular, se planteó definir el proceso de duelo y se alcanzó durante el capítulo 1, sobre el duelo, el cual es explicado por diversos autores. En el mismo capítulo, se cumplió el tercer objetivo, el cual habla de las etapas de dicho proceso.

Las definiciones de familia y enfermedad, fueron establecidas en su respectivo capítulo, el cual fue designado como el número 3, por lo que se puede decir que los objetivos 3 y 4 fueron cumplidos.

El objetivo número 5 fue identificar la modificación de roles en el sistema familiar una vez que se dio el diagnóstico de cáncer, lo cual se cumplió por medio de la entrevista al paciente oncológico, sin embargo, no fue notoria la modificación.

La adaptación del sistema familiar se tiene como el objetivo número 6; se consideró como su sistema, únicamente a su esposa, ya que es la única que vive actualmente con él. Dicho cometido se alcanzó por medio de la entrevista y se identificó una adaptación complicada entre la pareja, principalmente por falta de comunicación.

Como último objetivo particular, se determinó conocer el impacto emocional que tienen los miembros de la familia según sea la perspectiva del paciente. Esto se logró una vez que se analizó que, tanto el paciente oncológico como su esposa, no han alcanzado a comprender la realidad de la enfermedad, no la han asimilado, por lo que no ha causado un gran impacto.

El objetivo general se orientó a analizar el impacto emocional que se presenta en un paciente ante la enfermedad de cáncer, lo que fue logrado con éxito, con ayuda de la entrevista semiestructurada y la colaboración que presentó el sujeto durante el desarrollo de las entrevistas. Por lo que se puede dar respuesta a la pregunta de investigación.

Esta pregunta fue establecida para conocer el impacto emocional que tiene el paciente oncológico ante la enfermedad de cáncer. A lo largo de las entrevistas y el análisis de los resultados, se da a conocer que el paciente sufre un gran impacto emocional desde el momento en el que se le da a conocer el diagnóstico, hasta la actualidad. Muestra sorpresa, miedo, negación, estado de *shock* y poco contacto con

la enfermedad, debido a que el intervalo que hubo entre el diagnóstico y el tratamiento, fue corto.

BIBLIOGRAFÍA

Aparicio Mendoza, Patricia. (2017)

Duelo en madres uruapenses tras la desaparición forzada de un hijo.

Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

Beers, Mark H.; Berkow, Robert. (1999)

El manual de Merck de diagnóstico y tratamiento.

Editorial Harcourt. España.

Castro González, María del Carmen. (2008)

Tanatología: la familia ante la enfermedad y la muerte.

Editorial Trillas. México.

Estrada Inda, Lauro. (2004)

El ciclo vital de la familia.

Editorial Grijalbo. México.

Fonnegra de Jaramillo, Isa. (2001)

De cara a la muerte: cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente.

Editorial Andrés Bello. México.

Heredía Ancona, Bertha; Huerta Ibarra, José. (2002)

Temas básicos de psicología.

Editorial Trillas. México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2014)

Metodología de la Investigación.

Editorial McGraw-Hill. México.

Instituto Mexicano de Tanatología. (2008)

¿Cómo enfrentar la muerte?: tanatología.

Editorial Trillas, México.

Mejía Arauz, Rebeca; Sandoval, Sergio Antonio (1998)

Tras las vetas de la investigación cualitativa: Perspectiva y acercamiento desde la práctica.

Editorial ITESO. Guadalajara, México.

Neimeyer, Robert A. (2015)

Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo.

Editorial Paidós. México.

Valdés Cuervo, Ángel Alberto. (2007)
Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar.
Editorial El Manual Moderno. México.

Villagómez Melgoza, Vania Fernanda. (2016)
Tipos de familia de los internos de la clínica contra
Las adicciones La Paz. Tesis inédita de la Escuela de
Psicología de la Universidad Don Vasco. Uruapan, Michoacán.

MESOGRAFÍA

Benguría Puebla, Sara; Martín Alarcón, Belén; Valdés López, María Victoria; Pastellides, Pascale; Gómez Colmenarejo, Lucía. (2010)

“Métodos de investigación en educación especial: observación”.

<https://docplayer.es/7843034-Observacion-metodos-de-investigacion-en-educacion-especial-observacion.html>

Cortés Cortés, Manuel E.; Iglesias León, Miriam. (2004)

“Generalidades sobre metodología de la investigación”.

Universidad del Carmen, México.

http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf

De la Garza Salazar, Jaime; Juárez Sánchez, Paula. (2014)

“El Cáncer”.

Universidad Autónoma de Nuevo León.

http://eprints.uanl.mx/3465/1/El_Cancer.pdf

De la Huerta, Rocío; Corona M., Javier; Méndez V., José. (2006)

“Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer”.

Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. México.

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=37010&id_seccion=2460&id_ejemplar=3825&id_revista=15

Enciclopedia Británica en Español. (2009)

“La familia: conceptos, tipos y evolución”.

http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf

Fundación para la excelencia y la calidad de la oncología. (2019)

Madrid, España.

<https://www.fundacioneco.es/>

Granados, Martín; Arrieta, Óscar Gerardo; Hinojosa, José. (2016)

“Tratamiento del cáncer: oncología médica, quirúrgica y radioterapia”.

Manual Moderno.

https://books.google.com.mx/books/about/Tratamiento_del_c%C3%A1ncer.html?id=RqrBCwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Guiorante, Ivana María. (2012)

“Impacto psicológico del diagnóstico de cáncer en madres de niños oncológicos”.

Universidad Abierta Interamericana. Rosario.

<https://docplayer.es/1084744-Impacto-psicologico-del-diagnostico-de-cancer-en-madres-de-ninos-oncologicos.html>

Gutiérrez Capulín, Reynaldo; Díaz Otero, Karen Yamile; Román Reyes, Rosa Patricia. (2016)

“El concepto de la familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica”.

Ciencias Ergo Sum, vol. 23, número 3, México.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10448076002>

Instituto Nacional de Cáncer. (2007)

“La quimioterapia y usted”.

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/quimioterapia-y-usted.pdf>

Instituto Nacional de Cáncer. (2015)

“¿Qué es el cáncer?”

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

Maya, Esther. (2014)

“Métodos y técnicas de investigación: una propuesta ágil para la presentación de trabajos científicos en las áreas de arquitectura, urbanismo y disciplinas afines”.

UNAM. México.

http://arquitectura.unam.mx/uploads/8/1/1/0/8110907/metodos_y_tecnicas.pdf

Meza Dávalos, Erika G.; García, Silvia; Torres Gómez, A.; Castillo, L.; Sauri, Suarez, S.; Martínez Silva, B. (2008)

“El proceso del duelo: un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales”.

Revista de especialidades Médico quirúrgicas. México.

<https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>

Morga Rodríguez, Luis Enrique. (2012)

“Teoría y técnica de la entrevista”.

Red Tercer Milenio, México.

http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/salud/Teoria_y_tecnica_de_la_entrevista.pdf

OMS. (2017)

“Temas de salud: Cáncer”.

<https://www.who.int/topics/cancer/es/>

The Cleveland Clinic. (2018)

“Nivel de APE (Antígeno Prostático Específico) Elevado”.

<http://www.clevelandclinic.org/health/sHIC/html/s15282.asp>

Universidad de San Carlos de Guatemala (2016)
“Bases moleculares del cáncer: Generalidades del cáncer”.
<http://basesmolecularesdelcancerd12016.blogspot.com/2016/03/generalidades-del-cancer.html>

Guion de entrevista

ANTES DE LA ENFERMEDAD

1. ¿Cómo era su relación con su esposa?
2. ¿Cómo era su relación con sus hijos?
3. ¿A qué se dedicaba?
4. ¿Tenía algún pasatiempo, cuál?
5. ¿Qué metas tenía?
6. ¿Cómo era su estilo de vida? (su rutina)
7. ¿Qué emociones predominaban? ¿Ante qué situaciones se presentaban dichas emociones?
8. ¿Qué conocimientos tenía antes de padecer la enfermedad?
9. ¿Cómo se sentía físicamente antes de la enfermedad?

DURANTE LA ENFERMEDAD

1. ¿Cuál es su diagnóstico?
2. ¿Dónde recibió el diagnóstico?
3. ¿Hace cuánto lo diagnosticaron?
4. ¿Recibe tratamiento? ¿De qué tipo? ¿Ingiere medicamentos?
5. ¿Hace cuánto lo recibe?
6. ¿Dónde lo recibe?
7. ¿Cómo fue su primer tratamiento?
8. ¿Tiene efectos secundarios el tratamiento/medicamentos?
9. ¿Ha aumentado su intensidad o ha disminuido?
10. Después de recibir su primer tratamiento, ¿cómo se sintió y qué pensaba?
11. ¿Cuál fue su primera reacción al momento del diagnóstico? ¿Y la de su acompañante?
12. ¿Cuál fue la primera emoción que presentó al momento de la noticia del diagnóstico?
13. ¿Cómo fue la reacción de su familia?
14. ¿Cómo se les comunicó la noticia a sus hijos?

15. ¿Qué pensamientos comenzaron a surgirle cuando le dijeron que tenía cáncer?
16. Después de unos días de la noticia, ¿hubo alguna modificación en sus emociones, rutina o relaciones interpersonales?
17. ¿De qué manera expresa sus emociones?
18. ¿Con quién las expresa?
19. ¿Cómo se siente luego de expresarlas? ¿O al no poder expresarse?
20. ¿Qué metas siguen en pie y cómo piensa lograrlas?
21. Según lo que ha observado, ¿quién ha tomado su posición dentro de la familia? Y, ¿cómo lo ha desarrollado?
22. ¿Cómo se tomó la decisión de quién sería la persona que esté a su cargo?
23. ¿Cómo ha sido modificado el rol de la persona que está a su cuidado?
24. ¿Lo consideran para la toma de decisiones importantes?
25. ¿Cómo ha procesado la información en este tiempo (de la noticia hasta el presente)?
26. En el tiempo que ha presentado la enfermedad, ¿qué emoción ha predominado?
27. ¿Podría describirme cómo ha sido la adaptación de su familia con la presencia de la enfermedad?
28. Con el avance de la enfermedad, ¿cómo se percibe físicamente?
29. ¿Cómo se siente ante dichos cambios?
30. ¿Tuvo algún cambio emocional?
31. ¿Cuál era la emoción que predominaba al inicio de la enfermedad? ¿Cuál es ahora?
32. ¿Cómo se han modificado sus relaciones interpersonales?
33. ¿Cómo es la relación y la comunicación con su esposa?
34. ¿Cómo es la relación y comunicación con sus hijos?
35. ¿Recibe alguna ayuda económica?
36. ¿Qué opina sobre la enfermedad?
37. ¿Ha encontrado alguna ventaja de la enfermedad?
38. ¿Cómo es su estilo de vida?
39. ¿Cuáles son sus pasatiempos?

