



UNIVERSIDAD LATINA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

RVOE: 8344 - 25

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



UNILA
Universidad Latina

**DUELO, ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y ADAPTACIÓN AL ESTILO
DE VIDA EN DOS PACIENTES CON CÁNCER DE COLON Y
ENDOMETRIO: UN ESTUDIO CUALITATIVO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

PAOLA GARCÍA DÍAZ

ASESOR DE TESIS:

DR. JONATAN FERRER ARAGÓN

COMITÉ REVISOR:

DRA. OLGA MARÍA SALINAS ÁVILA

MTRA. GABRIELA SALEM PÉREZ

CUERNAVACA, MORELOS, 2022



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.

I. DEDICATORIA

A mi madre por todo su apoyo en todos los aspectos de mi vida y su incondicional confianza en mí.

A mi padre por todo su apoyo a lo largo de mi formación académica.

A mi mejor amiga Xcitlaly, quien fue un apoyo determinante para lograr llegar hasta este punto.

A Silvia, por ser una guerrera y una segunda madre para mí.

II. AGRADECIMIENTO

A mi asesor de tesis el Dr. Jonatan Ferrer Aragón por todo su tiempo invertido en realizar las correcciones pertinentes a este trabajo y toda su orientación en la elaboración del mismo.

A mi institución académica Universidad Latina y los docentes que me acompañaron a lo largo de mi formación.

A las pacientes que aceptaron participar en este trabajo por su invaluable aportación al crecimiento del bagaje informativo de esta temática.

III. RESUMEN

El presente trabajo tuvo como finalidad describir el proceso de duelo, la adherencia al tratamiento así como adaptación al nuevo estilo de vida de pacientes con cáncer. Fue una investigación cualitativa de tipo estudio de caso, en la cual se presentaron dos casos, uno con cáncer de colon y el segundo con cáncer de endometrio. Las técnicas de recolección de datos fueron la observación de la participación y la entrevista a profundidad. Los resultados fueron analizados con el software ATLAS.ti v9 mediante categorizaciones. Se pudo concluir que el llevar un adecuado proceso de duelo, identificar la o las problemáticas que presentan los pacientes, la inclusión de la familia en la atención médica y psicológica, así como una adecuada relación médico-paciente deriva en que el paciente tenga una mayor adherencia al tratamiento y una adaptación a su nuevo estilo de vida de una manera más efectiva.

Palabras clave: Cáncer, Psicooncología, Proceso de duelo, Estilo de vida, Adherencia al tratamiento.

SUMMARY

The purpose of this work was to describe the grieving process, therapeutic adherence as well as adaptation to new lifestyle of patients with cancer. It was a qualitative research, a case study, in which two cases were reported, one with colorectal cancer and the other one with endometrial cancer. The collect of data was made through observation and interview. The data was analyzed with the software ATLAS.ti v9 through categorizations. It was concluded that having an adequate grieving, identifying the issues that trouble the patients, including the family in the medical and psychological treatment as well as an adequate doctor-patient relationship develops a stronger therapeutic adherence and better adaptation to the new lifestyle.

Key words: Cancer, Psycho-oncology, Grieving, Lifestyle, Therapeutic adherence.

IV. ÍNDICE

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.3 PREGUNTAS PARTICULARES DE INVESTIGACIÓN	7
1.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	7
1.5 OBJETIVOS.....	8
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	8
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
1.6 JUSTIFICACIÓN	8
1.7 ALCANCES Y LIMITACIONES DE ESTUDIO	11
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	13
2.1 CÁNCER.....	14
2.1.1 El cáncer	14
2.1.2 Factores psicológicos y emocionales del cáncer	16
2.1.3 Cáncer de endometrio	17
2.1.4 Factores psicológicos y emocionales del cáncer de endometrio	18
2.1.5 Cáncer de colon	19
2.1.6 Factores psicológicos y emocionales del cáncer de colon	20
2.2 DUELO.....	20
2.2.1 El duelo	20
2.2.2 Duelo en la familia	23
2.3 FAMILIA	24
2.3.1 La familia	24

2.3.2 Dinámica familiar, crisis y cáncer	25
2.4 TANATOLOGÍA.....	28
2.4.1 Tanatología	28
2.4.2 Tanatología y familia	29
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	31
3.1 ENFOQUE, ALCANCE, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	31
3.2 TÉCNICA DE LA INVESTIGACIÓN	31
3.3 PARTICIPANTES.....	32
3.4 PROCEDIMIENTO.....	32
3.4.1 PRESENTACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA	32
3.4.2 DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN EN CASOS.....	33
ANÁLISIS DE RESULTADOS	38
4.1 PROCESO DE DUELO.....	38
4.1.1 <i>Pérdida de la salud</i>	39
4.1.2 <i>Pérdida de la independencia</i>	41
4.1.3 <i>Autopercepción</i>	42
4.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	43
4.2.1 <i>Relación médico-paciente</i>	44
4.2.2 <i>Percepción del tratamiento</i>	45
4.2.3 <i>Experiencias médicas previas</i>	47
4.3 ESTILO DE VIDA.....	48
4.3.1 <i>Familia</i>	49
4.3.2 <i>Relaciones sociales</i>	52
4.3.3 <i>Adaptación</i>	53
4.3.4 <i>Economía</i>	54

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	56
5.1 DISCUSIÓN	56
5.2 CONCLUSION	59
REFERENCIAS.....	60
ANEXO I.....	I

V. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad describir el proceso de duelo, adherencia al tratamiento y la adaptación al nuevo estilo de vida de pacientes con cáncer, en él se ahondarán los temas de:

1. *Cáncer, específicamente el de colon y de endometrio*; se expondrán las etapas del cáncer, así como los tipos y estadificación. En este mismo eje se abordarán los factores psicológicos de los pacientes que presentan estos tipos de cáncer.
2. *Duelo, abordando el proceso de duelo*; se abordarán distintas definiciones del duelo, así como las etapas de duelo propuestas por Bowlby, características presentes en las personas que atraviesan un duelo y el duelo en la familia.
3. *Familia, describiendo la dinámica familiar así como estructuras familiares*; comenzando por definiciones de familia propuesta por distintos autores, para posteriormente abordar qué es y en qué consiste la dinámica familiar, las crisis derivadas de la pérdida de la salud de uno de los miembros de la familia y cómo afecta el cáncer a ésta dinámica familiar.
4. *Tanatología*; como primer punto se brindará una definición y se explicará en qué consiste la tanatología así como sus objetivos. Posteriormente se ahondará acerca de la tanatología y su campo de acción en el área de la oncología, así como con los pacientes diagnosticados con cáncer.

Dentro de su estructura se comenzará con: la justificación, en la cual se expondrán estadísticas acerca del cáncer así como la pertinencia del presente estudio; objetivos, general y dos específicos divididos por temática; así como la pregunta de investigación.

Posteriormente se presentará el desarrollo de los ejes de análisis en el apartado del marco teórico, ahondando en las temáticas antes mencionadas; se describirán las teorías implicadas en cada eje, desarrollándolos a

profundidad; asimismo, se describirá la metodología a seguir de este estudio, presentando la problemática, estableciendo qué tipo de investigación será así como los datos a presentar y los métodos para su recolección.

Será una investigación cualitativa en la cual se presentarán dos casos; uno con cáncer de colon y el segundo con cáncer de endometrio, se describirá cómo viven y trabajan el proceso de duelo con relación a la enfermedad, así como las herramientas a utilizar por el profesional de la salud para brindar el apoyo necesario al paciente.

El estudio se realizará en un hospital de Cuernavaca, dentro del área de tanatología y psicooncología. Se seleccionarán a ambas pacientes ya que se encontraban en tratamiento tanto médico como psicológico y se podrá realizar un seguimiento desde el inicio.

Se utilizarán los métodos de observación y la entrevista abierta para la recolección de datos.

Por último, se expondrán los resultados obtenidos del trabajo terapéutico y se presentará una conclusión a manera de cierre estableciendo los puntos principales de la investigación, asimismo los aportes recopilados de la misma y su posible aplicación y uso en la población estudiada con situaciones y variables similares.

Entre las temáticas a presentar se encuentra la tanatología. La tanatología es relevante en el presente estudio debido a que la enfermedad del cáncer implica la pérdida de distintas características vitales del paciente. El trabajo de éstas pérdidas implica un proceso de duelo, toda vez que se pierde la salud del paciente; la dinámica familiar, ya que cambia todo el funcionamiento interno, especialmente si el paciente afectado por la enfermedad es un pilar clave dentro de la familia, como madre, padre, proveedor económico, etc.; las relaciones sociales con el mundo y factores externos a la familia como estaban establecidas anteriormente; la estabilidad

económica; la rutina de actividades; y la vida misma del paciente como la conocía antes de ser diagnosticado con la enfermedad.

Habiendo expuesto brevemente, ya que se ahondará con mayor puntualidad en el marco teórico, la labor de la tanatología en este rubro; podemos justificar la razón para incluir dicha temática en el presente trabajo.

En la actualidad, la presente investigación cobra relevancia ya que la incidencia del cáncer ha ido en aumento a nivel mundial, como se presentará en las estadísticas de la justificación del trabajo. Aunado a lo anterior, ha comenzado a tomar relevancia el tema de la familia del paciente.

Se ha comenzado a hablar de este tema ya que en los campos de trabajo se comenzó a detectar que, tanto la familia como el proceso psicoterapéutico, ejercían una influencia sobre la evolución de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la reacción al tratamiento; involucrando variables como la estructura familiar, dinámica familiar, apego, comunicación, etc.

En virtud de lo anterior, se destaca la pertinencia de investigar más a profundidad todo el contexto, así como reacciones, pensamientos y dinámica de los pacientes.

Estos estudios nos permitirán comenzar a establecer relaciones entre diversas variables y así poder confirmar con mayor peso científico, o descartar, el hecho de que la participación y forma de participación de los familiares y profesionales de la salud con los pacientes diagnosticados con cáncer influyen directamente en todos los aspectos relacionados, tales como la adecuada adherencia a las sugerencias y tratamientos médicos.

En este sentido, el trabajo a exponer, será visto desde el ángulo de la tanatología y la psicooncología, abordando en menor medida las cuestiones físicas o médicas y centrándose en su mayoría en las temáticas de carácter emocional y/o psicológico que rodean a un paciente diagnosticado con cáncer de colon y de endometrio y a sus familiares.

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro de las distintas disciplinas involucradas en el estudio del cáncer, se han realizado distintas investigaciones para poder entenderlo y combatirlo de una manera más efectiva.

En el área psicológica se han realizado diversos estudios centrados en el cuidador primario, el impacto emocional en el paciente al recibir un diagnóstico de cáncer, consecuencias y cambios relacionados con la quimioterapia, expresión de emociones durante el tratamiento, percepción de sí mismo, entre otros.

Trill (2015) estableció que las mujeres se enfrentan a alteraciones significativas no sólo en su imagen corporal y sexualidad, sino también a nivel familiar, principalmente en la maternidad y relaciones familiares; aunado a esto, mencionó el miedo a la transmisión de una predisposición genética a los hijos. Si bien estableció que las mujeres cuentan con mecanismos de afrontamiento más asertivos que los hombres ante un diagnóstico de cáncer; hizo énfasis en la necesidad de realizar más estudios orientados a conocer las necesidades específicas de las mujeres a nivel psicosocial en este tópico.

Por otro lado, en el estudio realizado por Jaman-Mewes & Rivera (2014) se reportó que las mujeres sometidas a un tratamiento de quimioterapia derivado de un diagnóstico de cáncer, presentan cambios significativos a nivel físico y a nivel psicológico, se sienten deprimidas y dependientes de su familia, aisladas y vulnerables. Dentro de las sugerencias que se mencionan, se encuentra la necesidad de realizar estudios no solo con los pacientes sino también con sus familiares y personal de salud que los atiende; asimismo establecen que el trabajo con pacientes en esta área representa una práctica emocional de alto riesgo por lo que es necesario no descuidar el autocuidado.

Porro et al. (2012) comparó la expresión de emociones negativas y positivas en adultos en un grupo experimental conformado por pacientes con diagnóstico de cáncer y un grupo control sin diagnóstico. Si bien no se encontraron diferencias significativas a nivel estadístico, se observó que el grupo oncológico presentó menor expresión negativa.

Con relación a esos resultados, las investigadoras enunciaron algunas hipótesis que pudiesen explicar dicho fenómeno, entre ellas, el hecho de que socialmente es más aceptado que las personas repriman las emociones como enojo, ira, miedo, ansiedad, etc; y se exprese con mayor énfasis las emociones consideradas como positivas. Por otro lado el hecho de que el diagnóstico pueda ser recibido como algo amenazante e inclusive traumático, y la persona trata de encubrir estas emociones y sentimientos a través de expresiones netamente positivas. Dentro de este estudio se pone sobre la mesa el cuestionamiento sobre si la supresión de la expresión emocional o el tipo de expresividad determina el desarrollo de una enfermedad de tipo canceroso y si el cáncer determina el tipo y forma de expresión de emociones.

En el estudio realizado por Cabrera-Macías et al. (2017) establecieron a la psicooncología como una especialidad relativamente nueva en el área psicológica y oncológica. Establecieron al cáncer como una enfermedad multifactorial, asimismo, que la psicooncología debe centrar la atención en el paciente y no en la enfermedad que lo aqueja, en este sentido el tratamiento se diversifica a un nivel biopsicosocial, incluyendo la parte física del paciente, emociones, creencias, familia, sociedad, contexto, apoyo a personal de salud (orientación y capacitación), etc.

Respecto a la adherencia al tratamiento; Cruz et al. (2014) describieron los factores que pueden influir en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal; entre ellos se encontró que el apoyo del entorno familiar, hablando de pareja, apoyo emocional y económico, percepción positiva del tratamiento, motivación y relación positiva con el equipo de salud, son determinantes para lograr dicha adherencia y, por consiguiente, una mejor calidad de vida.

Campos-Ríos (2013) realizó una revisión bibliográfica acerca del proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer, del cáncer como trauma y del proceso de crecimiento postraumático. En el mismo mencionó que el sufrimiento es necesario para que el paciente oncológico afronte sus propias emociones y limitaciones y tenga un crecimiento personal que por consiguiente lo ayudará adaptarse y a encontrar un equilibrio. Sin embargo, hizo énfasis en la necesidad de realizar más estudios acerca de este campo ya que, a pesar de que el sufrimiento es un elemento presente en todos los tipos de cáncer, algunas reacciones emocionales solo se manifiestan en algunos de ellos o son propias de algún tipo en específico; por lo cual, recomendó ampliar dicho conocimiento y generar estrategias específicas con base en ello.

Los anteriores, son algunos ejemplos de estudios que se han realizado bajo esta temática. Como se puede observar, si bien hay resultados y conclusiones generales, hacen falta muchos estudios para obtener resultados específicos y reforzar otros; principalmente se ha señalado la falta de estudios que incluyan el aspecto familiar y social del paciente, así como aquellos que tienen que ver con la expresión de emociones y su impacto en el afrontamiento del cáncer.

Al ser una rama/especialidad emergente de la psicología, sobre todo en Latinoamérica, el presente estudio resulta relevante para incrementar el bagaje de información y estudios relacionados con esta área; por consiguiente, podrá consolidarse de mejor manera, ser empleada correctamente y podrá ser puesta en práctica para mejorar el tratamiento y calidad de vida tanto de pacientes diagnosticados con cáncer como de sus familiares.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿De qué manera el proceso de duelo puede influir en una mayor adherencia al tratamiento y adaptación al nuevo estilo de vida en dos pacientes con cáncer de colon y endometrio?

1.3 PREGUNTAS PARTICULARES DE INVESTIGACIÓN

- ¿El brindar un acompañamiento tanatológico a las pacientes con respecto a las pérdidas generadas a partir del diagnóstico ayudará a generar una mayor adherencia al tratamiento médico?
- ¿Los familiares de los pacientes influyen en la adecuada adaptación al nuevo estilo de vida del paciente con cáncer?

1.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Adherencia al tratamiento: El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Proceso de duelo: Reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe (Gómez-Sancho, 2004).

Adaptación: Proceso a través del cual un individuo o un grupo establece con su ambiente natural o social una condición de equilibrio o, por lo menos, de ausencia de conflictos (Galimberti, 2015).

Estilo de vida: Conjunto de actitudes, prácticas y actividades de los individuos o colectivos realizadas de manera coherente y reflexiva en un espacio y tiempo determinado, con diferentes intensidades, niveles de visibilidad (Dumont & Clua-García, 2015).

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia del proceso de duelo sobre la adherencia al tratamiento y adaptación al nuevo estilo de vida en dos pacientes con cáncer de colon y endometrio.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la importancia de brindar atención tanatológica para lograr una mayor adherencia al tratamiento médico en un paciente con cáncer.
- Identificar si la dinámica familiar tiene implicaciones en la adaptación al nuevo estilo de vida del paciente con cáncer.

1.6 JUSTIFICACIÓN

El cáncer es una enfermedad que a lo largo de los años ha incrementado su tasa de morbilidad y mortalidad. A nivel mundial, el cáncer es la segunda causa de muerte, alrededor de una de cada seis defunciones son debido a la enfermedad antes mencionada. En cuanto a la relación de cáncer y nivel socioeconómico, se ha observado que alrededor del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En la población mexicana, el cáncer se ha posicionado a lo largo de la última década entre la segunda y tercera causa de muerte (Reynoso-Noverón & Torres-Domínguez, 2018). Las principales variaciones del cáncer que provocan decesos son diversas dependiendo de la población y grupo de edad en que se presentan; en el caso de las mujeres de entre 30 y 59 años, las principales variaciones del cáncer son: de órganos digestivos, de órganos genitales femeninos y de mama (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018).

Aunado a lo anterior, en la investigación de Reynoso y Torres realizada en el 2017, se menciona que tanto el cáncer cervicouterino como gástrico, presentarán una disminución en la mortalidad a lo largo de la década. Debido a que no hay causas específicas del desarrollo de tumores o cáncer, no se puede establecer una razón específica para el aumento de su incremento y mortalidad; aunque se siguen estableciendo las mismas posibles causas, como el envejecimiento de la población y los hábitos alimenticios y de actividad física.

Centrándose ahora en el estado de Morelos, éste ha sido señalado como el estado con mayor incidencia en cáncer de endometrio, con una tasa de 18.6 casos por cada 100,000 mujeres (Valencia, 2019), con respecto al cáncer de colon en mujeres, se estima una tasa de entre 1.7 a 2.2 por cada 100,000 mujeres (Rizo-Ríos et al., 2015).

En el hospital de Cuernavaca donde se realiza la presente investigación; el área de psicooncología y tanatología ha atendido a 7 pacientes diagnosticados con cáncer de colon, de los cuales 5 son mujeres; y a 2 pacientes diagnosticadas con cáncer de endometrio; en diferentes estadificaciones, en el periodo de febrero a diciembre del 2019, de quienes se ha abordado también a sus familiares en los casos donde llegan a ser acompañados por los mismos.

Debido a que la tasa ha aumentado en los últimos años, ha surgido un nuevo tema de interés en este sentido, el cual es, cómo afecta

emocionalmente al paciente la detección del cáncer y la participación de la familia así como su influencia en el tratamiento.

Con base en las estadísticas y datos presentados anteriormente, se puede establecer que el presente trabajo es relevante debido a la alta incidencia que presenta el cáncer de colon y de endometrio en la población mexicana. Se sabe que el hecho de que un familiar se enferme, genera tensión en la familia, así como un desgaste por cuidar a la persona que padece la enfermedad y que para el paciente suele ser una noticia que involucra un proceso de duelo debido a que es un cambio radical en su vida.

En el caso específico del cáncer, es una enfermedad que genera muchas complicaciones, tanto para el paciente como para la familia, ya que produce un desgaste crónico tanto de manera física como mental para ambas partes, por lo tanto, es necesario poner atención no sólo al bienestar del paciente sino al bienestar del familiar que lo cuida y el núcleo familiar en general, ya que son los principales puntos de apoyo para el paciente; de esta manera se busca evitar que tanto los familiares como los pacientes caigan en una fatiga y como consecuencia se cometan los errores que comúnmente se detectan a lo largo del tratamiento de la enfermedad, así como repercusiones a la salud de los familiares.

Por todo lo anterior, se destaca la pertinencia de investigar acerca de cómo se apoya tanto al paciente como a las familias cuando a un familiar se le detecta una enfermedad de este tenor, y la importancia de brindar ese apoyo para el bienestar del paciente y de la familia, así como el adecuado ejercicio del personal de salud que es un elemento clave para el tratamiento integral del cáncer.

1.7 ALCANCES Y LIMITACIONES DE ESTUDIO

Con este trabajo se busca describir el proceso de duelo de las pacientes ante la noticia de ser diagnosticadas con cáncer, en este sentido, se espera que con esta información cobre una mayor relevancia el tratamiento a nivel psicooncológico de los pacientes, así como la necesidad de dar un tratamiento integral no sólo al paciente sino a la familia.

El estudio se realizará únicamente en un hospital de Cuernavaca, por lo que representará a una parte del sector de población adscrito al mismo en el área de oncología y psicooncología.

Dentro de las limitaciones que pudieron ser detectadas, se hace mención de la confidencialidad con las pacientes. Si bien se entregó un consentimiento informado en el cual se autoriza el uso de la información del trabajo terapéutico para uso de investigación y divulgación académica; existieron ciertos tópicos que no pudieron ser descritos a mayor profundidad en el estudio por razones de privacidad y factores éticos; ya que se está trabajando con la historia de vida de una persona, lo cual involucra estilo de vida, emociones, familia, entorno, etc.

Por otro lado, se encuentra también el tiempo de las sesiones y el seguimiento de las pacientes. Debido a que el estudio se realizó en una institución pública de salud, el tiempo que puede ser dedicado a cada paciente es limitado y el número de sesiones y citas está determinado por la cantidad de pacientes que se reciben por semana o incluso por día, ya que el número de nuevos pacientes crece de manera constante y no es posible mantener durante tanto tiempo a todos a menos que el caso realmente lo requiera.

Bajo este mismo sentido, cobra relevancia señalar de igual manera la situación socioeconómica de los pacientes, ya que en muchos casos provienen de distintos municipios y no cuentan con los recursos para pagar el transporte de ida y vuelta al hospital de una manera constante; por lo que se

deben adaptar la cantidad de sesiones y los temas a tratar en la misma a esta situación.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

En el presente apartado se abordarán los temas de cáncer, familia, duelo y tanatología. Cada uno de ellos será presentado de manera general y posteriormente se dividirán en subtemas que contengan la información y los datos pertinentes y útiles para la presente investigación.

Dentro de la temática de cáncer se abordará primero de manera general lo que es el cáncer como enfermedad y posteriormente se ahondará en el cáncer de colon y de endometrio con la finalidad de brindar un panorama acerca de la evolución, tratamiento y proceso de la enfermedad antes mencionada.

En la familia, de igual manera se abordará en primera instancia su concepto en general, para después desarrollar la temática de dinámica familiar, la cual envuelve los conceptos de normas, límites, reglas, convivencias, religión, etc.; por otro lado, también se hablará de la jerarquía familiar, así como las diferentes estructuras familiares existentes y su relación con los tratamientos y procesos de enfermedades.

Pasando a la temática de duelo, se definirá de manera general lo que es el duelo, refiriendo a distintos autores que han abordado el tema. Posteriormente se desarrollará el subtema de proceso de duelo, siendo principalmente explicado e indagado con base en la investigación actual referente al proceso de duelo de los familiares de pacientes con enfermedades crónicas alrededor del mundo.

Por último, se describirá lo que es la tanatología y su pertinencia en el presente estudio, describiendo las herramientas que utiliza y estableciendo aquellas que pueden ser utilizadas en casos como los aquí presentados.

El proceso que se busca indagar y describir es el proceso de duelo que atraviesa un paciente con cáncer y su familia.

2.1 CÁNCER

2.1.1 *El cáncer*

“El cáncer es una enfermedad genética— es decir, es causado por cambios en los genes que controlan la forma como funcionan nuestras células, especialmente la forma como crecen y se dividen” (Instituto Nacional del Cáncer, 2015a, Cómo aparece el cáncer, párrafo 1). El cáncer se puede presentar en cualquier parte del cuerpo, puede atacar órganos, tejidos, huesos, etc.

De acuerdo al Instituto Nacional del Cáncer (NIH por sus siglas en inglés) ésta enfermedad puede ser ubicada en tipos, etapas y categorías.

En cuanto a los tipos de cáncer se describen siete. Comenzando por el *carcinoma* siendo el tipo de cáncer más común, se forma en tejidos epiteliales en superficies internas y externas del cuerpo y, dependiendo de la región corporal donde se formen, reciben nombres específicos, tales como: adenocarcinoma, carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas, carcinoma de células de transición.

Se encuentra también el *sarcoma*, que es el tipo de cáncer que se desarrolla en huesos y tejidos blandos, formándose también en músculos, tejidos adiposos, vasos linfáticos, tendones, ligamentos, etc.

Por otro lado, se encuentra la *leucemia*, que es el tipo de cáncer que se forma en los tejidos que conforman la sangre en la médula ósea. Debido a que se desarrolla en los glóbulos, este tipo de cáncer no produce formación de tumores sólidos.

Otro tipo de cáncer es el *linfoma*, el cual, como su nombre lo indica, comienza en los linfocitos, llamados comúnmente glóbulos blancos, los cuales forman parte del sistema inmunitario y se encargan de combatir enfermedades.

Esta también el *mieloma múltiple*, es un tipo de cáncer que da inicio en otro tipo de células pertenecientes al sistema inmune, llamadas plasmáticas. Este tipo de cáncer provoca la formación de tumores en huesos.

El *melanoma*, comienza en las células que se encargan de dar pigmentación a la piel, llamadas melanocitos. Este tipo de cáncer se desarrolla principalmente en piel aunque puede aparecer en otro tipo de tejidos pigmentados, tales como los ojos.

Los *tumores de cerebro y médula espinal*, reciben su nombre debido al lugar en donde surgen los tumores. Por otro lado, los *tumores de células germinativas*, son aquellos que, como su nombre indica, comienzan en los óvulos o espermatozoides. Los *tumores neuroendocrinos*, son aquellos que se forman en las células que secretan hormonas y debido a esta producción anormal provocan variados síntomas. Por último, se encuentran los *tumores carcinoides*, los cuales se encuentran generalmente en el aparato gastrointestinal.

Con respecto a las etapas del cáncer, siguiendo con el Instituto Nacional del Cáncer (2015b) se pueden ubicar cinco etapas.

La primera de ellas, siendo la *etapa 0*, se refiere a que se han detectado células anormales, sin embargo, éstas no se han diseminado a otras partes del cuerpo. Las *etapas I, II y III*, se refieren a que ya se ha detectado como tal la enfermedad de cáncer, sin embargo entre más grande sea el número de la etapa, mayor es el tamaño del tumor o la extensión del cáncer a otras regiones cercanas. Por último, la *etapa IV*, hace referencia a que la enfermedad se ha expandido a otras regiones del cuerpo.

En cuanto a categorías, se encuentran cinco.

En la categoría *in situ* las células anormales se encuentran presentes en el cuerpo y no se han diseminado. Cuando está *localizado* se refiere a que el cáncer no se ha movido ni expandido del lugar en donde se originó. Cuando se habla de *regional* el cáncer se ha extendido a regiones cercanas

como ganglios, tejidos u órganos. Por otro lado, el *distante*, hace referencia a que el cáncer se ha diseminado a variadas partes del cuerpo, tanto cercanas, como distantes. Por último, el *desconocido*, se utiliza cuando no hay información suficiente de la enfermedad en el individuo para determinar una categoría o estadio.

Tras exponer brevemente lo que es el cáncer se hace mención de la intervención del tanatólogo en esta enfermedad. Principalmente deberá buscar elevar la calidad de vida en todos los ámbitos, física, espiritual y social; aunado a esto, también debe de buscar atender a las familias para facilitar la aceptación de la enfermedad, despedida y evitar los conflictos (Polo-Scott, 2014).

2.1.2 Factores psicológicos y emocionales del cáncer

Se desarrollan distintas reacciones emocionales dependiendo de la etapa de la enfermedad; hablando de diagnóstico, tratamiento y recuperación.

Una vez que el paciente es informado del diagnóstico se manifiestan un conjunto de reacciones emocionales, las cuales están estrechamente relacionadas con los rasgos de personalidad, los recursos de afrontamiento que posee la persona, el tipo de cáncer, y todo un conjunto de factores externos, del apoyo social que recibe, de las condiciones materiales económicas y de vida, de modo que las respuestas reactivas se pueden dar dentro de todo un amplio espectro de variaciones. (Cabrera Macías et al., 2017, p. 118)

En el momento del diagnóstico se puede presentar un shock, esto debido al impacto que la noticia genera en el paciente. Aunado a esto, se puede desarrollar nerviosismo, preocupación y entrar en un estado de negación ante la noticia, derivando en un estado depresivo.

Durante el tratamiento, mayoritariamente se presentan sentimientos de desesperanza, impotencia y fatiga; derivados propiamente de los tratamientos o en virtud de situaciones que los rodean, así como de su estado mental en ese momento.

Por último, durante la recuperación, regresa el sentimiento del miedo, principalmente el miedo a que la enfermedad vuelva.

Con relación al tipo de tratamiento psicológico que se realiza para estos síntomas, se recurre a la terapia de corte cognitivo conductual. De acuerdo a la Asociación Española Contra el Cáncer (2019) la intervención psicológica está dividida en tres etapas, que son:

- a. Evaluación: Donde se realiza la indagación de datos y se determina un diagnóstico, así como los objetivos a alcanzar.
- b. Intervención: Etapa en la que se realiza todo el proceso terapéutico, con ayuda de las herramientas necesarias para el trabajo terapéutico.
- c. Seguimiento: Al concluir la etapa de intervención, se realiza nuevamente una evaluación para determinar si se ha logrado alcanzar los objetivos planteados durante la primera etapa.

2.1.3 Cáncer de endometrio

El cáncer de endometrio, de acuerdo al Centro Nacional de Excelencia Tencológica en Salud (2010) se define como: “Neoplasia glandular maligna que se origina en la capa interna (endometrio) del cuerpo uterino” (p. 10).

Es importante hacer la diferencia entre el cáncer de endometrio y el cáncer cervicouterino. A pesar de ser estructuras sumamente cercanas, el cáncer cervicouterino es aquel que se forma en el cuello uterino, mientras que el cáncer de endometrio se forma en el cuerpo del útero. Por ende, tanto el diagnóstico como el tratamiento para ambas enfermedades son distintos.

Al igual que los demás tipos de cáncer, no ha sido posible establecer una causa específica de esta enfermedad, sin embargo, hay algunos factores

de riesgo que han podido ser identificados, entre los cuales se encuentran: envejecimiento, genes, antecedentes familiares de cáncer de endometrio, mama u ovario, enfermedades ginecológicas, sobrepeso u obesidad, diabetes, hipertensión, ausencia de embarazos, así como el número total de ciclos menstruales (Fundación Contra el Cáncer, 2012).

Uno de los principales síntomas es el sangrado vaginal anormal, aunado a este, algunos otros síntomas son: dolor en el área de la pelvis, dolor durante la actividad sexual y dificultad o dolor al orinar (Radiological Society of North America, 2019).

La mayoría de los cánceres de endometrio son adenocarcinomas, sin embargo, existen otros tipos, como son: carcinosarcoma uterino, carcinoma de células escamosas, carcinoma de células pequeñas, carcinoma transicional y carcinoma seroso (American Cancer Society, 2019).

Los tratamientos para esta enfermedad variarán de acuerdo con el estadio, tipo, localización y extensión del cáncer. Entre estos se encuentran la cirugía (como la histerectomía), quimioterapias, radioterapias, terapia hormonal, etc.

“La supervivencia en las etapas clínicas tempranas es del 80%, mientras que las pacientes con enfermedad avanzada tienen una supervivencia a largo plazo menor al 50%” (Montalvo Esquivel et al., 2011, p. 48).

2.1.4 Factores psicológicos y emocionales del cáncer de endometrio

En el aspecto emocional, uno de los principales problemas que se presentan es en el área sexual. Se ha podido demostrar que hay una disminución en el deseo sexual de las mujeres que presentan este padecimiento; principalmente después de que el tratamiento ha sido quirúrgico, esto derivado de las molestias propias de la operación (INFOCÁNCER, 2019).

Debido a este aspecto emocional, se generan otras problemáticas, como la baja autoestima, cambio en el autoconcepto, depresión y aislamiento.

El dolor físico suele ser el principal problema del que derivan las demás problemáticas.

Otro síntoma psicológico es el miedo, una emoción presente desde incluso antes del diagnóstico. El principal miedo de las pacientes con este padecimiento es al avance de la enfermedad durante el tratamiento, y posterior a él, el resurgimiento de la misma (Trill, 2015).

2.1.5 Cáncer de colon

El cáncer de colon, de acuerdo al Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2011) es definido como: “El cáncer colo rectal (CCR) o adenocarcinoma colo rectal es un tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso, incluye los segmentos: ciego, colon ascendente, colon transverso, colon descendente, sigmoides y recto” (p. 2).

El cáncer colo rectal engloba tanto al cáncer de colon como al cáncer de recto. La mayoría de las veces, este se origina sobre un pólipo, el cual es un pequeño tumor benigno que se desarrolla en las mucosas del colon y del recto. Hay tres distintos tipos de pólipos: los hiperplásicos, inflamatorios y adenomatosos. Únicamente los últimos tienen la capacidad de malignidad, aunque solamente un 10% de ellos malignizan.

Al igual que los demás tipos de cáncer, no existe una razón específica para la aparición de esta enfermedad. Pero sí existen algunos síntomas que han sido asociados a la aparición de esta enfermedad y que pueden ser signos utilizados para su detección y diagnóstico, entre ellos están los siguientes: sangre en las heces, cambio en el ritmo de las deposiciones, heces más estrechas, tenesmo o sensación de evacuación incompleta, dolor abdominal, cansancio extremo y pérdida de peso sin causa aparente.

En cuanto a los factores de riesgo para esta enfermedad se encuentran: dietas ricas en grasas animales y pobres en fibra, inactividad

física, consumo de tabaco y alcohol, presencia de pólipos, enfermedades inflamatorias intestinales, antecedentes familiares de cáncer (Eguino-Villegas et al., 2002).

2.1.6 Factores psicológicos y emocionales del cáncer de colon

Los factores psicológicos ligados al cáncer de colon, están principalmente asociados al tratamiento mediante colostomía. Ya que este procedimiento trae consigo una serie de adaptaciones nuevas al estilo de vida, además del miedo al rechazo y a ser vistos.

Pueden surgir, además, sentimientos de impotencia e inferioridad ante las demás personas, en conjunto con un cambio en el autoconcepto y autoestima, al tener que depender de algo que es ajeno a su cuerpo para poder sobrevivir (Salvador, 2019).

2.2 DUELO

2.2.1 El duelo

El duelo es definido por Bowlby en 1980 como “el proceso psicológico que se pone en marcha debido a la pérdida de una persona amada” (Pereira-Tercero, 2014, Definición, párrafo 2).

En este mismo tenor, de acuerdo con Bowlby (1986) hay 4 etapas del duelo: 1. fase de embotamiento, 2. fase de anhelo y búsqueda, 3. fase de desorganización y desesperación y 4. fase de reorganización.

En la fase de embotamiento, se generan las situaciones de desconcierto, confusión y sobre todo incredulidad; se podría decir que es una etapa en la que la negación se hace presente. Hacen aparición las frases de “no es cierto”, “es un error”, etc.

En la fase de anhelo y búsqueda, es cuando comienzan a hacerse presentes todas las alteraciones derivadas de la noticia, tales como insomnio,

irritabilidad, angustia, inquietud, nostalgia, etc. Es en esta fase donde persiste la fantasía de que la persona o situación anterior va a volver.

Continuando con la fase de desorganización y acomodamiento, se caracteriza por el hecho de que la persona que presenta el duelo toma plena conciencia de que la persona o situación anterior no va a volver, por lo que se desencadenan sentimientos de desesperanza, caracterizados por depresión, apatía, pesadillas.

En la última fase, de reorganización, la persona comienza a adquirir herramientas para volver a reintegrarse a su vida cotidiana y tratar de recuperar sus actividades, aceptando la pérdida (Montuori, 2013).

De acuerdo con Goldbeter (2003), el duelo es definido por Freud como “la reacción ante la pérdida de una persona amada o de una abstracción puesta en su lugar, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p. 145).

Cuando las personas sufren una pérdida, ya sea de una persona, situación o cosa muy significativa, atraviesan un duelo acompañado de sufrimiento en virtud de ese desprendimiento, sin embargo, con el pasar del tiempo son capaces de aminorar el dolor, llegar a una aceptación y lograr continuar con su vida y adaptarse a la nueva situación (Payás, 2010).

A pesar de que no hay un patrón establecido para la detección de duelos, en la etapa adulta se han identificado algunas modificaciones de conducta que podrían ser establecidas como señales de un proceso de duelo, “se encuentran síntomas somáticos identificatorios diversos, modificaciones en el esquema de actuación personal, identificaciones autodestructivas (dependencias, alcoholismo, conductas compulsivas, intentos de suicidio...)” (Gamo-Medina & Pazos-Pezzi, 2009, p. 465).

Por otro lado, existen también dos tipos de duelo, siendo el normal y el patológico. Dentro del duelo normal, de acuerdo a Worden (2013) existen algunas reacciones que son consideradas como esperadas.

- Algún tipo de malestar somático o corporal.

- Preocupación por la imagen del fallecido.
- Culpa relacionada con el fallecido o con las circunstancias de la muerte.
- Reacciones hostiles.
- Incapacidad para funcionar como lo hacía antes de la pérdida.
- Parecen desarrollar rasgos del fallecido en su propia conducta. (p. 9).

Dentro del duelo patológico se pueden detectar reacciones emocionales desbordadas, aparición de conductas autodestructivas o que no coinciden con la personalidad de la persona que atraviesa el duelo. Otra característica es que el duelo se prolonga demasiado pasando de los seis meses, si le impide relacionarse con otras personas o establecer nuevos vínculos afectivos, llegando a desligarse de los vínculos ya establecidos, incluso, si le hace perder el interés en conocer más personas.

Existe, por otro lado, otro tipo de duelo, llamado duelo anticipado. A pesar de que su aceptación en la literatura ha sido complicada, se ha llegado a establecer que es un término válido.

El duelo no comienza en el momento de la muerte, sino mucho tiempo antes. Cuando se emite un pronóstico de incurabilidad, se produce tristeza en el familiar, pero también una adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación que se acaba de crear. A partir de ese momento se crea lo que se ha llamado el duelo anticipado, que ofrece a las personas involucradas la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse para la despedida. (Meza-Dávalos et al., 2008, p. 30)

El duelo anticipado consiste en la elaboración previa de una pérdida posible o inminente. A pesar de que la muerte no es algo que pueda ser previsto cuándo va a ocurrir, el duelo anticipado permite realizar un análisis de

la situación y afrontar o, en su defecto, preparar a la persona para los cambios que se van a generar a través de esa pérdida que está por vivir.

Aunque el uso y efectividad de trabajar un duelo anticipado ha arrojado resultados contradictorios y ha generado una dicotomía en su utilidad e implementación en el trabajo tanatológico, se cree que el trabajar un duelo anticipado ayudará a poder afrontar de mejor manera una pérdida (Gamo-Medina & Pazos-Pezzi, 2009).

2.2.2 Duelo en la familia

Hablando de que el duelo no se limita solamente a situaciones de muerte sino de pérdida; la estructura de la familia cambiará ante cualquier contingencia que le pueda parecer amenazante. A efectos de la presente investigación se aborda la pérdida de la salud.

Cuando uno de los miembros de la familia enferma, es común observar que la familia se enfrenta a distintas situaciones que incluyen la posibilidad de la muerte. Esto provoca que haya una reconfiguración y comiencen a enseñarse prácticas relacionadas y creencias con respecto a la muerte a los más jóvenes; aunado a lo anterior se generan cambios de actitud, prácticas, relación, etc., con el enfermo (González, 2016).

A pesar de que el duelo es un proceso individual que cada persona vive a su manera y con sus características específicas; existe lo que se conoce como duelo familiar, el cual, es definido de la siguiente manera: “Proceso familiar que se pone en marcha a raíz de la pérdida de uno de sus miembros” (Pereira, 2002, p. 1).

En la familia ocurren también una serie de mecanismos de defensa que tienen como objetivo el mantenimiento de la familia; ya que, cuando ocurre una pérdida, ésta corre el riesgo de desestructurarse y generar conflictos dentro de su núcleo.

Algunos de los mecanismos de defensa, son los siguientes: *Reagrupamiento del núcleo familiar*, en el cual la familia refuerza su contacto,

comienza a delegar ciertas tareas entre su núcleo y comienza a pasar todo el tiempo posible en conjunto. *Intensificación del contacto con la familia extensa, o con personas cercanas afectivamente a la familia*, en este mecanismo, como su nombre lo expresa, los amigos y familia extensa se acercan a la familia nuclear como apoyo a situaciones secundarias, como el cuidado de los niños o el arreglo de papeles, etc.

Otro mecanismo es la *disminución de la comunicación con el medio externo*, en esta etapa es cuando la familia realiza las costumbres con referencia a la pérdida de una persona, como el tiempo de luto, vestimentas, rituales, etc. La *tregua en los conflictos familiares antiguos*, implica el acercamiento de toda la familia, mostrando solidaridad y apoyo entre ellos a pesar de que existan conflictos presentes en el momento de la pérdida. *Conductas con frecuencia de debilidad reclamantes de protección*, durante este mecanismo se da el respeto por el dolor de la familia, ya que pueden dejar de realizar sus actividades cotidianas o presentar conductas que no suelen ser comunes en ellos (Pereira-Tercero, 2014).

Estos mecanismos de defensa, a pesar de que ayudan a que la familia conserve una estructura, también pueden entorpecer su avance en vivenciar el proceso de duelo. Ya que se busca un refugio total en la nueva dinámica familiar y al realizar este cierre del apoyo exterior, es más complicado poder realizar intervenciones en el núcleo y que el personal de salud pueda trabajar con el núcleo.

2.3 FAMILIA

2.3.1 La familia

“Según Tuirán y Salles (1997), 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” (Gutiérrez-Capulín et al., 2016, p. 223).

Por otro lado, Pichón Rivière define a la familia como: “estructura social básica, que se configura por el interjuego de roles diferenciados, el cual constituye el modelo natural de interacción grupal” (Polo-Scott, 2004, p. 140).

Existen distintas configuraciones de familia. Existe la *familia nuclear* la cual está conformada por un hombre y una mujer, unidos en matrimonio, así como sus hijos viviendo en la misma casa. La *familia extensa* en la cual, además de la familia nuclear, puede estar conviviendo bajo el mismo techo la familia de alguno de los padres o de ambos. Las *familias de padres divorciados*. Las *familias reconstituidas* en las que al menos un miembro de la pareja proviene de una relación anterior. Así como las *familias monoparentales*, es decir, cuando la pareja decide no seguir viviendo junta y los hijos se quedan con alguno de los progenitores (Robles, 2014).

2.3.2 Dinámica familiar, crisis y cáncer

Como primer punto se describe en qué consiste la dinámica familiar; este concepto hace referencia a todo el conjunto de normas, reglas, límites, etc; que promueven la adecuada interacción de los elementos del sistema (Ovelar Zubiaga, 2016). Cada familia tiene una dinámica específica establecida con base en la experiencia, en las costumbres, creencias y herencias de la propia familia que pueden ser rastreadas hasta la parte más antigua de los árboles genealógicos. Esta dinámica se encuentra tan arraigada que cuando llega algo que la perturba, el sistema entra en crisis (Ibarra, 2014).

La noticia de que un familiar padece cáncer, provoca una alteración en la dinámica familiar, en mayor o menor medida, dependiendo de la gravedad de la enfermedad, el tipo de familia en donde está inserto el paciente, así como la cercanía entre el núcleo y la persona. Esta alteración que se va a hacer presente en el núcleo, forzará al sistema a reajustarse o a adquirir una nueva dinámica completamente, que es cuando entrará el sistema en la etapa de crisis; que podrá superar, alcanzando una adaptación a la situación que se les presenta y mantener una funcionalidad ante la problemática presente, o

podrá quedarse estancado en alguna de las etapas y generar distintas problemáticas que causarán mayores conflictos.

Cuando un familiar es diagnosticado con cáncer genera mucha incertidumbre en el núcleo familiar, pero aunado a esto, también surgen distintas conductas y creencias que pueden interferir con el adecuado cuidado y tratamiento del paciente. Entre las primeras creencias, que suele presentarse en un alto porcentaje, es el creer que tanto los familiares como el paciente deben mantener un estado de ánimo alegre, porque las emociones negativas van a provocar que el tumor crezca o que empeore su salud. En este sentido, si bien las emociones pueden influir en la forma en que se recibe y se realiza el tratamiento y cuidados, el suprimir emociones suele ser incluso más dañino que expresarlas (Piqueras-Rodríguez et al., 2009).

El permitir tanto al paciente como a los familiares el desahogarse, principalmente mediante el llanto, ayudará a que los niveles de estrés por tener que mantener y aparentar un buen estado de ánimo para los demás bajen y se logre tener una mejor comunicación de sentimientos y necesidades entre paciente y familia.

Hablando específicamente del cáncer, se ha descubierto que pueden surgir ciertas emociones, asociadas a la percepción que el paciente tenga de la enfermedad. Si la persona la ve como una amenaza para su vida, reaccionará con ansiedad, si la ve como una injusticia o agresión hacia su persona, reaccionará con ira, por otro lado, si siente que tiene una pérdida del control sobre sí mismo, reaccionará con depresión. A pesar de que los estudios no han podido dar una prueba completamente certera de que la relación emoción - enfermedad es algo completamente seguro, se han obtenido resultados que apoyan esta teoría.

Las reacciones emocionales antes descritas se presentan principalmente en el paciente, aunque también hay casos en los que se reflejan en los familiares o cuidadores. En este sentido, también los familiares y cuidadores atraviesan variaciones emocionales y duelos.

Retomando el tema de la crisis que se genera en el núcleo familiar, se pasan a través de varias modificaciones y situaciones de acuerdo a la etapa del proceso de enfermedad en el que se encuentra el paciente. Ovelar-Zubiaga (2016) describe dos etapas de la familia acorde al desarrollo de la enfermedad del paciente: el diagnóstico y la evolución y tratamiento de la enfermedad.

Comenzando por el momento de la noticia del diagnóstico. Cuando una noticia de ese carácter es transmitida tanto a la familia como al paciente, surgen una serie de respuestas, entre las que principalmente se encuentran el miedo y la negación. Es común que las familias nieguen en principio la noticia y culpen de negligencia a los profesionales de la salud y busquen una segunda opinión con la esperanza de que el diagnóstico cambie. En este mismo punto entra en juego el miedo, específicamente el miedo a morir.

Al enterarse de este tipo de diagnóstico es común asociar el cáncer con la muerte, por lo tanto, se da un enfrentamiento tanto a la propia muerte, en el caso del paciente, como a la muerte de un ser querido, en el caso de la familia; siendo este un tema que se veía lejano o poco probable, aún más en el caso de que el paciente sea una persona joven.

En este punto la familia atraviesa, además del duelo por la pérdida de salud del paciente, por otro duelo, el cual es la pérdida de identidad y dinámica de la propia familia. Con esto se hace referencia a que los patrones de conducta y roles establecidos dentro de la familia cambiarán para poder responder a las necesidades que surgen en el paciente. Aun en mayor medida si el paciente es una persona clave en la familia, como el proveedor económico, la madre, el pilar establecido, etc.

Continuando con la evolución y tratamiento de la enfermedad, se podrá determinar si la familia logrará adaptarse o no a los cambios necesarios para mantener lo más estable posible la dinámica familiar con base en la vulnerabilidad o en la fortaleza de cada núcleo familiar. En este sentido, pueden hacerse presentes una serie de síntomas en el ámbito familiar que

surgirán a raíz de una mala o nula adaptación a las problemáticas generadas y a la situación misma.

Comenzando por los patrones rígidos del funcionamiento. Este tipo de síntoma se hace presente en familias de características muy rígidas, que no permiten el ingreso de algún otro ente extraño a la dinámica familiar; como, por ejemplo, los profesionales de la salud, consejeros, psicólogos, etc. Incluso suelen tener un rechazo enorme hacia la propia enfermedad al ser un agente externo que amenaza no propiamente a la persona, sino a la dinámica familiar. Este tipo de síntoma provoca que no pueda ingresar nada al núcleo pero que tampoco pueda salir, hablando de información, tratamientos, emociones, etc.

Por otro lado, puede surgir la sobreprotección del enfermo. Este síntoma es uno de los que más afectan al paciente que tiene la enfermedad y puede llegar a generar otro tipo de enfermedades como la depresión.

2.4 TANATOLOGÍA

2.4.1 Tanatología

La Tanatología es una disciplina científica que se encarga de encontrar el sentido al proceso de la muerte, sus ritos y significado concebido como disciplina profesional, que integra a la persona como un ser biológico, psicológico, social y espiritual para vivir en plenitud y buscar su transcendencia. También se encarga de los duelos derivados de pérdidas significativas que no tengan que ver con la muerte física o enfermos terminales. (Instituto Mexicano de Tanatología A. C., 2019, párr. 1)

A lo largo del tiempo, el hombre ha asociado la muerte con sentimientos de tristeza, desesperanza, miedo, dolor, desesperación, etc. Se le considera como un castigo, algo a lo que no se quiere llegar, lo que se

quiere evitar a toda costa. A pesar de saber que la muerte es un proceso natural de la vida y es lo único seguro que se tiene, las personas optan por no pensar en ello (Sánchez-Torres, 2002).

En este punto es en donde entra en juego la tanatología, ya que uno de sus principales objetivos es aliviar el dolor de la muerte, es una disciplina que ayuda al buen morir. A pesar de que la tanatología es una disciplina que trabaja principalmente con la muerte, su principal fin es trabajar con las pérdidas; al hacer referencia a las pérdidas, se habla no solo de la muerte de una persona, sino de un rompimiento de pareja, un cambio de domicilio, despido de trabajo, pérdida de la salud, etc. (Sierra Von Roehrich, 2016).

2.4.2 Tanatología y familia

“Su objetivo principal está centrado en proporcionar calidad de vida al enfermo terminal buscando que sus últimos días transcurran de la mejor forma posible, fomentando el equilibrio de y entre los familiares” (Mondragón, 2009, p. 28).

Cuando la familia recibe alguna noticia de pérdida de la salud o de muerte, el tanatólogo puede cumplir diferentes funciones y brindar apoyo en diferentes rubros dependiendo las necesidades de cada familia. En primer lugar, puede brindar apoyo familiar el cual facilita la expresión de emociones ante la enfermedad de los miembros de la familia así como un mejor manejo y coordinación de acciones y metas, de igual manera se hace presente la distribución de responsabilidades debido a los cambios que la propia enfermedad llega a establecer en la dinámica familiar, los miembros de la familia deben comenzar a participar en las diversas actividades que se van generando y compartir las responsabilidades generales así como toma de decisiones.

Siguiendo con el tema de responsabilidades, el tanatólogo también puede apoyar a los familiares a que ellos mismos concreten cuidados que el paciente requiere, ya que muchas veces al egresar de la unidad hospitalaria se requieren de una serie de cuidados que demandan un esfuerzo de los

familiares, del cual deben estar conscientes. A pesar de que no puede ofrecer una ayuda monetaria, puede apoyar en el aspecto financiero al concientizar que a raíz del diagnóstico se desatarán una serie de gastos en medicamentos, cambio de alimentación, adaptaciones al hogar, etc.

La labor más importante será intentar mantener un equilibrio ante los cambios, debido a que la familia atravesará ciertas crisis derivadas de la enfermedad y las situaciones que se generan a raíz del diagnóstico y proceso, que podrían terminar con una ruptura familiar (Esteve, 2014).

Debido a que la familia es la principal comunicadora de ideologías, creencias y prácticas, es aquí donde el tanatólogo encuentra su mayor campo de acción; al ser éstas las bases de la estructura que conforma el comportamiento de la familia ante una reacción de pérdida (Gómez, 2018).

“El tanatólogo no puede permanecer ajeno al dolor del otro, por el contrario, lo que le mueve es, justamente, la aflicción por la situación que el otro está viviendo” (Méndez, 2018, p. 87).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE, ALCANCE, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo tuvo un enfoque cualitativo. El tipo de investigación que se realizó fue un estudio de casos. El estudio de caso se centra en la descripción y el examen o análisis en profundidad de una o varias unidades y su contexto de manera sistémica y holística (Hernández-Sampieri et al., 2014). El estudio de casos permite ampliar el conocimiento acerca de una temática, así como también comparar resultados de investigaciones previas con la finalidad de brindar mayor validez a modelos o teorías planteadas por otros autores, asimismo para poder indagar acerca de un tema novedoso o poco explorado.

3.2 TÉCNICA DE LA INVESTIGACIÓN

Las técnicas de recolección de datos que se utilizaron fueron dos: la observación de la participación y la entrevista a profundidad.

- *Observación de la participación*

A partir de la observación se recabaron datos acerca de las reacciones de las participantes, así como se realizaron descripciones con respecto a su aspecto físico y su relación con su estado emocional.

- *Entrevista a profundidad*

Entrevistas semiestructuradas y abiertas. Las semiestructuradas fueron utilizadas debido a que hay información específica por obtener; por otro lado, las abiertas permitieron a las participantes expresar su sentir y narrar sus propias vivencias. En ésta se permite preguntar acerca de experiencias, opiniones, creencias, sentimientos, etc.

3.3 PARTICIPANTES

Los sujetos de la investigación fueron dos mujeres adultas, la primera con diagnóstico de cáncer de colon y la segunda con cáncer de endometrio.

El caso 1, es una mujer de 43 años de edad, diagnosticada con cáncer de colon, con reciente actividad metastásica a pulmones. La paciente vive en casa propia acompañada de su familia nuclear, con quienes pasa la mayor parte del tiempo. Hasta este momento, la paciente no ha presentado algún tipo de dolor crónico, únicamente se han presentado sintomatologías secundarias al tratamiento de quimioterapias.

El caso 2, se trata, igualmente, de una mujer, de 52 años de edad, diagnosticada con cáncer de endometrio. La paciente vive en casa propia acompañada de su familia nuclear, con quienes pasa la mayor parte del tiempo. La paciente presentaba un deterioro notorio al inicio de las sesiones, que fue mejorando poco a poco. No ha presentado, hasta el momento, dolor crónico, solamente efectos secundarios de tratamientos con radioterapias.

Se seleccionaron ambas mujeres debido a que la cantidad de sesiones fueron suficientes y constantes para poder obtener un panorama más claro y completo de las situaciones que fueron presentándose a lo largo de la intervención psicooncológica. Ya que, a pesar de haber más pacientes con características similares, la cantidad de sesiones así como en algunos casos la dinámica familiar no permitió obtener la información suficiente para ser anexadas al presente estudio.

3.4 PROCEDIMIENTO

3.4.1 PRESENTACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

El presente trabajo buscó describir los procesos de duelo de pacientes diagnosticadas con cáncer de colon y endometrio.

Ambas pacientes fueron captadas a través del servicio de tanatología y psicooncología de un hospital de Cuernavaca. Iniciaron siendo canalizadas al área de oncología para obtener tratamiento médico, posteriormente fueron referidas al área mencionada para comenzar tratamiento psicooncológico.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas y abiertas para recabar los datos, asimismo se hizo uso de la observación para complementar la información obtenida.

Se buscó determinar el curso del proceso de duelo por la pérdida de la salud en ambas pacientes, así como las principales problemáticas que les generan malestar y, por consiguiente, dificultad tanto en la adaptación a su nuevo estilo de vida como en la adherencia al tratamiento, consecuencia de la enfermedad.

Por otro lado, se brindaron algunas técnicas para realizar una intervención más puntual y con una mejor evolución a corto plazo dentro del área de psicooncología y tanatología, que es lo que se busca en instituciones de carácter público debido al creciente aumento en número de pacientes.

3.4.2 DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN EN CASOS

CASO 1

Se trata de una mujer de 43 años con diagnóstico de cáncer de colon EC IV con reciente actividad metastásica a pulmones.

Al presentarse a su primera sesión se pudo detectar que no entendía completamente el diagnóstico que le había sido informado; es decir, entendía parcialmente lo que es el cáncer, gracias a comentarios de personas externas, sin embargo, las etapas de esta enfermedad no era algo con lo que estuviera familiarizada. Por lo que la intervención correspondiente a esta sesión fue de carácter informativo y de resolución de dudas. Al concluir dicha sesión, se pudo observar un mayor entendimiento de su condición y, por ende, un ligero shock al conocer y entender la posición en la que se

encontraba con respecto a la enfermedad, mismo que fue tratado mediante la catarsis y posterior contención, para que la paciente pudiera volver a casa un poco más tranquila.

Durante las sesiones subsecuentes se trabajaron distintas temáticas que rodeaban a la paciente y le producían preocupaciones o malestar.

Una de ellas era la completa comprensión del tratamiento que se le estaba brindando. Por el diagnóstico que presenta, se implementó un tratamiento de carácter paliativo, por lo cual se trabajó sobre el hecho de que recibir este tratamiento no significaba que fuera a curarse de dicha enfermedad, sino que era un tratamiento dirigido a mejorar la calidad de vida durante el transcurso y avance de la enfermedad. Lograr la aceptación de esta nueva realidad tomó alrededor de cuatro sesiones, ya que se desencadenó un proceso de duelo por la pérdida de la salud, mismo que con las técnicas sugeridas durante las sesiones pudo llegar a la aceptación.

Otra temática importante que se trabajó en este caso fue la comunicación familiar. Ya que la paciente estaba optando por ocultar los nuevos diagnósticos y avances que se iban teniendo en su tratamiento, esto en virtud de que manifestaba no querer preocupar, presionar o lastimar a sus familiares, principalmente familia nuclear, compuesta por esposo e hijos. Tras la explicación de que el hecho de compartir lo que está sucediendo es más conveniente tanto para ella como para sus familiares, debido a que se reduce la presión por mantener secretos y apariencias de que “nada sucede” ante los demás, derivando en que se facilite el desahogo; mejoró su percepción de la comunicación de avances y se pudo eliminar una preocupación que mantenía de manera constante.

Con relación a esto se derivó brevemente un problema con uno de sus hijos al presentar éste una negación ante el diagnóstico de su madre y manifestándolo mediante la rabia y el enojo. Sin embargo, a través de pláticas sostenidas entre madre e hijo con apoyo de estrategias brindadas en sesión para el manejo de la temática de la enfermedad y el desahogo de ambos, se

logró que el hijo pudiera integrarse de manera funcional al sistema, con lo que la preocupación de la paciente con respecto a este miembro de la familia se eliminó y pudieron desarrollar una comunicación más asertiva y efectiva.

La temática principal que se trabajó con esta paciente fue el cierre de ciclos de vida, el cual consiste en perdonar, pedir perdón y agradecer a las personas que se crea necesario hacerlo. Durante esta fase se explica a la paciente que dicha técnica no se realiza porque vaya a morir en un corto tiempo, sino que es una estrategia implementada para poder tener una mayor tranquilidad y centrar todas las energías en el proceso de tratamiento de la enfermedad. Debido a que es un ejercicio que permite a la persona estar en paz con los que la rodean, se resuelven problemas que pudiesen estar presentes y se quitan cargas que pueden consumir la energía de la paciente y hacer más pesado para ella el tratamiento.

Una vez que todas estas temáticas fueron trabajadas, la paciente manifestó estar mucho más tranquila a comparación de las primeras sesiones, aunado a tener un mayor ánimo ante la vida y las distintas situaciones que se le presentan. Manifestando de igual manera que se sentía más liberada y con más ganas a pesar de la enfermedad y el pronóstico que los médicos le han brindado.

CASO 2

Se trata de una mujer de 53 años con diagnóstico de cáncer de endometrio EC IIIA.

Lo primero a destacar en la intervención de la paciente es el antecedente de atención que tuvo en hospitalización y su deterioro físico.

Previo a ingresar al área de psicooncología y tanatología la paciente había sido hospitalizada por una intervención quirúrgica, experiencia que le resultó hasta cierto punto traumática, al no haber estado internada en algún

punto previo de su vida en un hospital, el estrés y movimiento en general del hospital, provocaron que la experiencia fuera mala para la paciente.

Por otro lado, con referencia a su deterioro físico, la paciente llegó siendo incapaz de caminar, con una baja de peso considerable, casi nula fuerza física y problemas bucales.

En el área psicológica, la paciente presentaba un episodio depresivo moderado (el cual fue diagnosticado mediante el análisis del discurso de la paciente, contenido, cadencia y volumen de voz, etc.; así como de manifestaciones corporales) derivado de su estancia previa en el hospital y su deterioro físico que le impedía realizar sus actividades de la vida diaria, tanto instrumentales como básicas.

Durante la primera sesión no pudo ser trabajada una sesión informativa, debido a que aún no se tenía un diagnóstico certero de la enfermedad de la paciente. Por lo que lo primero que fue tratado fue el episodio depresivo que presentaba. La paciente manifestaba que la principal fuente de su malestar se centraba en sentirse “inútil” al no poder realizar las actividades que previamente podía realizar.

En las sesiones subsecuentes se trabajó el proceso de duelo por la pérdida de la salud y la independencia, los cuales eran el origen del episodio depresivo. Se tuvo que realizar un cambio de perspectiva del concepto de utilidad, así como trabajar sobre una reestructuración de estilo de vida.

Durante estas sesiones surgió otra preocupación respecto a la paciente, ya que debido a la condición física que presentaba, no podía hacerse cargo de su hija pequeña y requería de ayuda específica de otro de sus familiares para ciertos procedimientos médicos que debían realizarse en casa, lo que la llevó a tener que dejarla con familiares cercanos, siendo esta una de sus mayores preocupaciones al no poder verla y procurarla como anteriormente lo hacía. Dicha problemática y preocupación se resolvió una vez que su condición física mejoró y pudo convivir de nuevo con su hija.

Por otro lado, se encontraba la poca comunicación efectiva entre ella y su médico, ya que, durante las siguientes sesiones, a pesar de ya tener un diagnóstico, no se había establecido un plan de tratamiento, lo que ponía nerviosa a la paciente debido a esta falta de acción. Por lo que se trabajó la adherencia a indicaciones médicas, así como la importancia de no faltar a las citas programadas.

El mejoramiento de la condición física comenzó a ayudar a generar un mejor estado de ánimo en la paciente, así como una mayor aceptación de la enfermedad y sus efectos secundarios.

Al obtener finalmente un plan de tratamiento, se trabajó sobre los posibles efectos secundarios del mismo, los cuales fueron aceptados de manera más efectiva, habiendo remitido el episodio depresivo moderado.

Posterior a esto, la paciente presentó algunos efectos secundarios, sin embargo, durante la sesión expresó sentirse mejor emocionalmente, sentirse contenta con el mejoramiento de su condición física y dispuesta a continuar con los tratamientos subsecuentes con el objetivo de mejorar su salud.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se analizaron un total de 16 entrevistas. Nueve con el Caso 1 y siete con el Caso 2. Las entrevistas fueron realizadas en un consultorio dentro del hospital. Las pacientes acudían a consulta mayoritariamente después de su cita con el oncólogo, quien les informaba acerca de los avances y evolución de su enfermedad, o tratamiento, dependiendo el caso.

Para el análisis de resultados, se hizo uso del software ATLAS.ti versión 9, mediante el cual se generaron categorías con base en las variables del estudio; así como de la bitácora de las pacientes. De estas categorías se desprendieron códigos para poder brindar un análisis más profundo.

Se hizo uso de los tres tipos de codificación: abierta, axial y selectiva.

Las categorías que se desarrollaron fueron: proceso de duelo, adherencia al tratamiento y estilo de vida.

Se utilizó un código para hacer referencia a las pacientes y al terapeuta en las transcripciones de las sesiones:

- T: Terapeuta
- C1: Caso 1
- C2: Caso 2

Asimismo, se hizo uso de las notas personales del terapeuta incluidas en las sesiones.

4.1 PROCESO DE DUELO

La selección de esta categoría responde a que, el proceso psicooncológico y el proceso de la enfermedad en las pacientes involucra pérdidas, las cuales derivan en duelos.

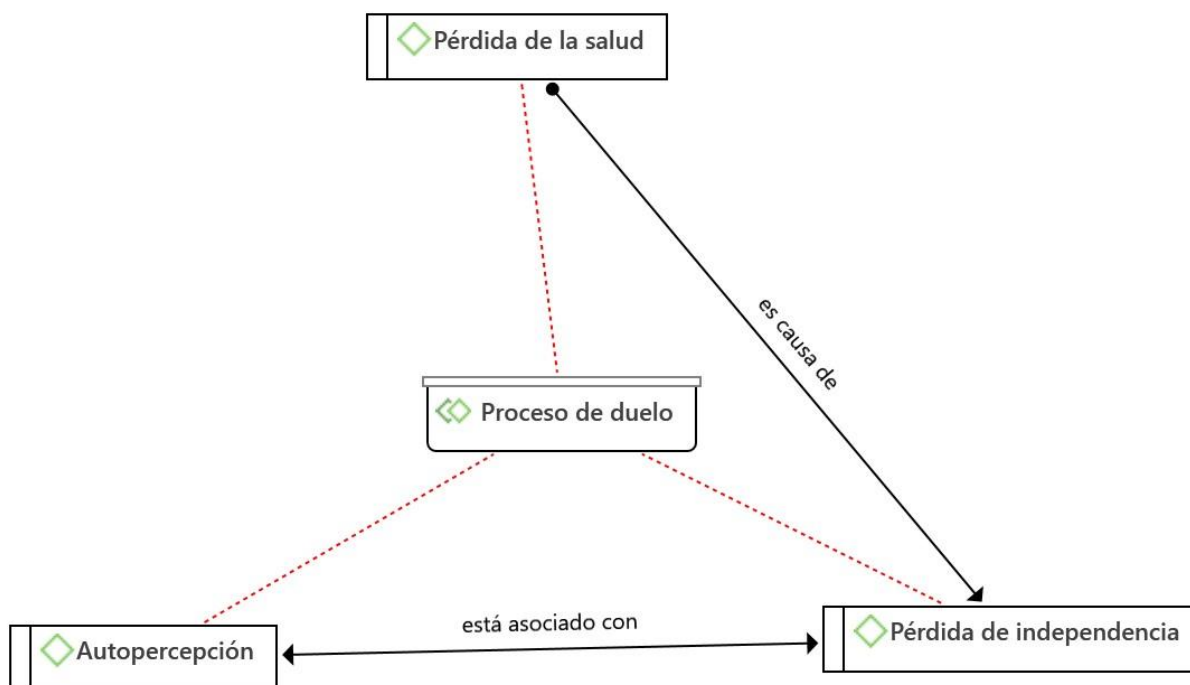
Con base en lo antes mencionado, al realizar el análisis de las entrevistas y de las temáticas recurrentes en las pacientes, se encontraron tres elementos que desencadenaron un proceso de duelo en ambas pacientes; los cuales fueron: la pérdida de la salud, la pérdida de la independencia y la pérdida de su imagen/valía.

Los códigos que componen esta categoría, como pueden ser apreciados en la Figura 1, son:

- Pérdida de la salud
- Pérdida de la independencia
- Autopercepción

Figura 1

Categoría proceso de duelo



4.1.1 Pérdida de la salud

El proceso de duelo derivado de este código se desarrolla desde el momento en que el paciente conoce su diagnóstico. El comportamiento y

reacción ante saberse “no sano” dependerá de varios factores como la personalidad, contexto, gravedad de la enfermedad, etc.

Durante la intervención con el caso 1 se pudo observar una reacción de duelo ante el conocimiento y comprensión de su diagnóstico, reflejado en expresiones corporales de nerviosismo y manejo de discurso controlado basado principalmente en respuestas cortas.

a) Inicio de tratamiento

Nota en caso 1:

En la primera sesión tras la explicación de su diagnóstico, el cual había sido brindado anteriormente por su médico, aunque sin explicación a fondo, la paciente presenta signos corporales de ansiedad (movimientos pequeños y rápidos alternantes en piernas, manos entrelazadas con presión constante o movimientos sin separarlas, tensión general en cuerpo), en contraste con su discurso el cual trata de mantener sereno.

T: —¿Tienes alguna duda con respecto a tu diagnóstico?

C1: —No, ninguna —Sonrisa rápida, movimiento de pierna derecha, manos entrelazadas apretadas y cuerpo tenso.

T: —¿Cómo te sientes al saber tu diagnóstico?

C1: —Bien —risa nerviosa y desvío de mirada— ¿Qué otra cosa puedo decir?

b) Posterior al tratamiento

C1: —Siento que me quité un peso de encima —resopla y relaja el cuerpo—. Siento que no tengo que estar cargando con esto yo sola.

C1: —Ahora solo quiero pasar tiempo con mi familia y disfrutar todo el tiempo que tenga. A pesar de lo que tengo, me siento muy bien y estoy muy tranquila —sonrisa.

4.1.2 Pérdida de la independencia

Causada por la pérdida de la salud; la pérdida de la independencia es un tema que aqueja a la mayoría de los pacientes que presentan alguna enfermedad crónica o que limita la realización de actividades pasadas.

El caso 2 fue quien presentó una reacción de duelo notoria con respecto a esta pérdida.

a) Inicio del tratamiento

C2: —Es que ya no puedo hacer las cosas que hacía antes —suspira—. Yo era muy independiente para hacer mis cosas, andaba de arriba para abajo y ahora no me puedo ni levantar de esta silla —señala la silla con frustración—. Me siento como una inútil.

El no poder realizar las actividades que antes realizaba le provocó una frustración muy grande, por lo que el proceso de duelo por el que atravesó fue complejo y ameritó un número considerable de sesiones.

b) Posterior al tratamiento

C2: —Sí la verdad sí —sonríe—. Además como ya estoy mejor, mi niña ya por fin puede estar conmigo entonces ya me siento más tranquila. Aunque no puedo hacer todas mis cosas, mi niña me ayuda y a ella le gusta estar conmigo, eso me hace sentir mejor.

C2: —Muy bien —sonríe—. A comparación de como llegué ¿se acuerda? —risa— La verdad es que me gusta mucho venir aquí,

siento que puedo hablar de lo que sea y la verdad sí me ha ayudado mucho, ya no me siento tan triste y he aprendido a hacer otras actividades que me ayudan a sentirme mejor.

4.1.3 Autopercepción

Está asociada con la pérdida de la independencia. Cuando el paciente recibe un diagnóstico de cáncer surgen distintas preocupaciones, una de las más grandes es el aspecto físico. Derivado de esta situación, la autopercepción de los pacientes comienza a distorsionarse y el saberse una persona enferma, provoca que comiencen a encontrar signos que “delatan” su enfermedad.

a) Inicio de tratamiento

C2: (llanto) —Véame como estoy —se señala—. Hay días en los que no puedo ni levantar un vaso de agua. Estoy cansada todo el tiempo —pausa—. Además me dijeron que tengo anemia, imagínese.

b) Posterior al tratamiento

C2: —Me he estado sintiendo mucho mejor estos días —sonríe— Ya me puedo levantar de la silla y caminar unos pasitos, incluso vea —muestra sus brazos y los toca— ya no me veo tan flaca. Porque antes de todo esto yo era llenita, incluso algunas de mis vecinas me dijeron que me veía ya muy flaca.

Los cambios físicos que los pacientes perciben desencadenan problemas en autoestima y valía. Sin embargo, de manera inversa, cuando estos cambios comienzan a desaparecer, o los pacientes perciben que su imagen anterior comienza a regresar; genera una sensación de bienestar a pesar de que la enfermedad siga presente.

C2: —Ah sí, todavía me canso. Pero ya no estoy como antes. Le digo que ya me veo más llenita, me sentía muy rara al verme tan flaca —expresión de disgusto—. Ahora que ya estoy recuperando unos kilitos me siento mejor.

4.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

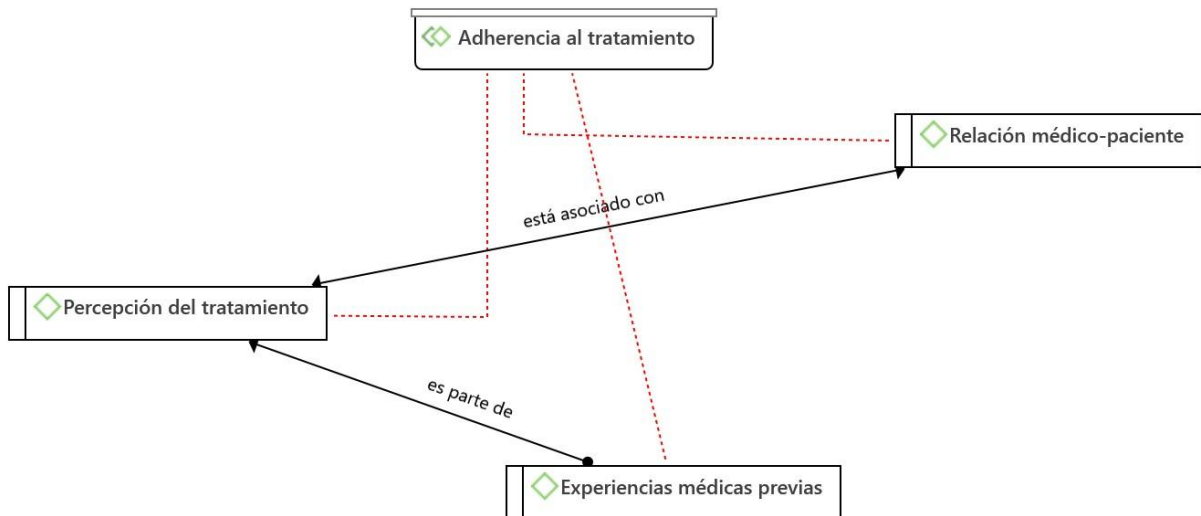
La siguiente categoría se centra más en la labor de los profesionales de la salud y el cómo el adecuado desempeño de los mismos es un factor determinante para el curso y evolución del tratamiento en los pacientes.

Los códigos que conforman la categoría, como se aprecian en la Figura 2, son:

- Relación médico-paciente
- Percepción del tratamiento
- Experiencias médicas previas

Figura 2

Categoría adherencia al tratamiento



4.2.1 Relación médico-paciente

Esta es una de las características que influyen directamente en la adherencia al tratamiento de los pacientes. En muchas ocasiones el cómo el profesional de la salud se dirige al paciente es determinante para la evolución y continuidad del tratamiento.

Cuando se establece una adecuada relación entre médico y paciente, el paciente deposita su confianza en él y se siente acompañado, escuchado y cobijado. Ser claros respecto a diagnósticos y procedimientos ayuda a que los pacientes tengan una mayor facilidad de aceptación de los diagnósticos, así como sensación de tranquilidad al saber qué es lo que tienen.

a) Inicio del tratamiento

T: —¿Cómo te ha ido en las consultas con el oncólogo?

C1: —Bien —sonrisa—. El doctor me ha atendido muy bien y ya estoy en tratamiento, a veces si no entiendo algo le pregunto y él me explica —risa nerviosa.

Por el contrario, cuando no se tiene buena comunicación entre ambas partes, se genera desconfianza, apatía y sensación de abandono.

T: —¿Cómo fue referida a oncología?

C2: (suspira) —Pues es que me operaron porque me iban a quitar la matriz, pero la doctora dijo que vio algo que no le gustó. Entonces después de la cirugía me mandó a hacer estudios. Y de ahí me mandó con el doctor.

T: —¿No le dijo la doctora por qué le hizo los estudios o por qué la refirió?

C2: —No —baja la cabeza—. No sé qué es eso que ‘no le gustó’, solamente me mandó para acá —se agarra el rostro de nuevo—.

Pero desde entonces me he sentido muy mal —expresión de disgusto y dolor.

Nota en caso 2:

Tras poco más de un mes, la paciente comienza de nuevo a cuestionarse la finalidad de acudir a todas sus citas, específicamente las médicas, si continúan sin decirle en concreto qué tiene y qué tratamiento se le va a brindar.

b) Posterior al tratamiento

C2: —Pensé que estaría más nerviosa, pero la verdad es que me siento aliviada de saber que ya voy a comenzar, porque ya es mucho tiempo y no me hacían nada —frunce el ceño.

C2: —Me siguen poniendo nerviosa, pero como aguanté bien las radioterapias, yo creo que también puedo aguantar las quimios —sonríe—. Además, tengo toda la actitud de echarle ganas, necesito estar bien por mí y por mi hija —endereza su postura— Lo que me digan que tengo que ponerme, lo hago. He visto mejoras en mí, así que si eso va a hacer que esté bien, voy a seguir con los tratamientos que me indiquen.

4.2.2 Percepción del tratamiento

Está directamente ligada a la relación-médico paciente; ya que al tener claros los diagnósticos y tratamientos que van a ser brindados, los pacientes aceptan con mayor facilidad someterse a ellos.

a) Inicio del tratamiento

C2: —No —baja la cabeza—. No sé qué es eso que ‘no le gustó’, solamente me mandó para acá —se agarra el rostro de nuevo—.

Pero desde entonces me he sentido muy mal —expresión de disgusto y dolor.

C2: —Pues es que todos. Las enfermeras son muy groseras, las de fin de semana —quiebre de voz—. Y también con la doctora que no me dice nada —pausa.

Por otro lado, cuando hay ambigüedad en alguno de los aspectos, suelen generarse dudas, desesperación, miedo y comenzar a ver el tratamiento como algo amenazante.

C2: —Es que a eso también le tengo miedo.

T: —¿A qué?

C2: —A las quimioterapias.

T: —¿Por qué les tiene miedo a las quimioterapias?

C2: —Es que estoy segura que no las voy a aguantar —llanto— Véame como estoy —se señala—, hay días en los que no puedo ni levantar un vaso de agua. Estoy cansada todo el tiempo —pausa—. Además me dijeron que tengo anemia, imagínese.

b) Posterior al tratamiento

C2: —Hoy por fin me dijo el doctor qué tratamiento voy a tener —sonríe.

T: —¿Cuál es el tratamiento que le asignaron?

C2: —Radioterapias. Me dijo el doctor que primero va a empezar con eso y ya después vemos si me da también quimioterapias.

T: —¿Y cómo se siente ahora que va a comenzar su tratamiento?

C2: —Pensé que estaría más nerviosa, pero la verdad es que me siento aliviada de saber que ya voy a comenzar, porque ya es mucho tiempo y no me hacían nada —frunce el ceño.

4.2.3 Experiencias médicas previas

Si el paciente ha acudido a alguna cita médica, hospitalización o intervención quirúrgica con anterioridad y su experiencia en la misma fue mala o estresante, esto se vuelve parte de la situación actual, tanto de la percepción que tendrá del tratamiento como de su estancia en la unidad que se le está brindando el servicio.

El caso 2 tuvo que ser hospitalizada previo a ser enviada a oncología y posteriores citas. La hospitalización y diversas situaciones que se presentaron durante su estancia, le generaron tanto estrés que la paciente desarrolló un trauma a las hospitalizaciones y cualquier tratamiento médico en general, así como a los hospitales.

a) Inicio de tratamiento

T: —¿De qué se ha sentido mal?

C2: —De todo —suspira—. La verdad es que después de que me operaron y tuve que estar unos días aquí en el hospital, me trataron muy mal —ojos llorosos.

T: —¿Quién la trató mal?

C2: (observa a la terapeuta, se infiere que dudando en responder la pregunta.)

T: —Aquí usted puede decir lo que sea, lo que diga aquí no se le va a decir a los médicos, ni enfermeras, ni camilleros; tampoco va a afectar en su tratamiento. Puede estar tranquila.

C2: (se relaja) —Pues es que todos. Las enfermeras son muy groseras, las de fin de semana —quiebre de voz—. Y también con la doctora que no me dice nada —pausa—. Además, mire cómo me dejaron —muestra la herida de cirugía—, apenas se me infectó y me dolía y me sentía muy mal —llanto—. Además, vea como estoy. No puedo hacer nada, ni caminar siquiera —continúa llanto.

T: —¿Todo esto fue a raíz de la cirugía?

C2: —Sí, además me siento sin ganas de hacer nada, ya no quiero saber nada de hospitales. No sé si seguir viniendo porque de todas formas no me dicen nada —movimiento de hombros—. Y la verdad no me gusta estar aquí, me pone muy mal.

Esta experiencia previa interfería en el trabajo que se realizaba con la paciente y en repetidas ocasiones, le hacía dudar acerca de si continuar su tratamiento o no.

b) Posterior al tratamiento

C2: —Me siguen poniendo nerviosa, pero como aguanté bien las radioterapias, yo creo que también puedo aguantar las quimios —sonríe—. Además, tengo toda la actitud de echarle ganas, necesito estar bien por mí y por mi hija —endereza su postura—. Lo que me digan que tengo que ponerme, lo hago. He visto mejoras en mí, así que si eso va a hacer que esté bien, voy a seguir con los tratamientos que me indiquen.

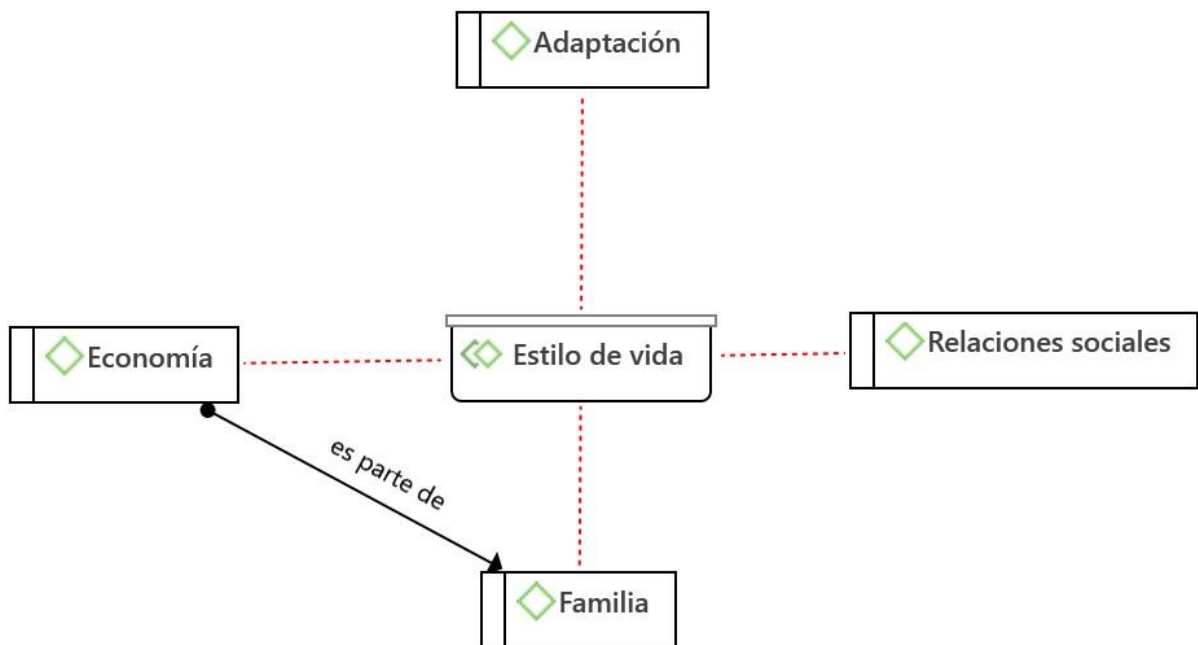
4.3 ESTILO DE VIDA

Esta categoría fue seleccionada ya que engloba aquellos aspectos de las pacientes que son afectadas y que afectan directamente al curso de la enfermedad y de la intervención de los profesionales de la salud.

Los códigos que la conforman, como se puede observar en la Figura 3, son:

- Familia
- Relaciones sociales
- Adaptación
- Economía

Figura 3
Categoría estilo de vida



4.3.1 Familia

La familia es el pilar principal de apoyo del paciente durante todo el proceso de la enfermedad. Sin embargo también puede ser el factor principal de preocupación y atención del paciente.

En ambos casos, las pacientes (madres de familia) manifestaban preocupación en mayor medida por sus familias, principalmente hijos, que por su propia condición

a) Inicio de tratamiento

T: —¿Hay algo que te esté preocupando en este momento?
Independientemente de tu tratamiento médico.

C1: —La verdad sí —baja la mirada—. Me preocupa mi hijo.

T: —¿Qué sucede con tu hijo?

C1: —Últimamente anda como enojado por todo —pausa—. Incluso a mí me contesta mal algunas veces, se encierra en su cuarto o sino se la vive callado sin decir nada —risa nerviosa—. La verdad es que no sé por qué está así y no me gusta verlo así.

C2: —Y es que también está mi niña —suspira—. No puedo estar con ella y eso me tiene muy triste.

T: —¿Por qué no puede estar con ella?

C2: —Porque uno de mis sobrinos que es enfermero es el que me hace las curaciones de la herida de la cirugía, porque no tengo dinero para estar viniendo tan seguido ni para pagarle a alguien. Entonces me tuve que ir a vivir con él. Pero no podía dejar a mi niña sola en casa, entonces está con su tía. Pero no es lo mismo, no sé si come bien, si la están tratando bien —llanto—, me frustra no poder procurarla como antes. Me preocupa mucho.

T: —¿Su hija sabe su diagnóstico?

C2: —No, no sé cómo decirle, es que todavía está chiquita.

Estas preocupaciones por sus familiares generaban estrés en las pacientes, por ende, su atención no estaba puesta en su tratamiento ni recuperación. Lo que derivaba en descuido de sí mismas y generaba un entorpecimiento en el correcto avanzar del tratamiento.

C1: —La verdad es que ya lo pensé y no les voy a decir que ya tengo metástasis —continúa llanto.

T: —¿A quiénes y por qué no vas a decirles?

C1: —A mi familia, mi esposo y mis hijos. No les voy a decir porque no quiero lastimarlos más —llanto se intensifica—. Sólo se van a preocupar más y no quiero que sufran más de lo que ya están sufriendo.

b) Posterior al tratamiento

Por otro lado, cuando los conflictos o situaciones familiares mejoraban, las pacientes también lo hacían de manera notable; lo cual impactaba positivamente en la motivación para continuar con sus tratamientos y la mejora de su estado de ánimo.

C2: —Sí la verdad sí —sonríe—. Además como ya estoy mejor, mi niña ya por fin puede estar conmigo entonces ya me siento más tranquila. Aunque no puedo hacer todas mis cosas, mi niña me ayuda y a ella le gusta estar conmigo, eso me hace sentir mejor.

C1: —Decidí decirles acerca del diagnóstico, así como me sugirió —sonrisa.

T: — ¿Y cómo te fue?

C1: —Pues sí lloraron todos, pero después de eso quedamos en echarle ganas y estar juntos —risa—. Mis hijos y mi esposo se ven más tranquilos sabiendo lo que pasa y si me siento mal me ayudan y cosas por el estilo.

T: —¿Tú cómo te sientes al haberles dicho?

C1: —Siento que me quité un peso de encima —resopla y relaja el cuerpo—. Siento que no tengo que estar cargando con esto yo sola.

4.3.2 Relaciones sociales

Además de la familia; las amistades, vecinos, conocidos, etc.; también influyen en la estabilidad emocional de los pacientes.

a) Inicio del tratamiento

C2: —Sé que es una enfermedad de la que te mueres —se toca el rostro—, lo he escuchado en la calle y algunas personas que conozco me han dicho que conocían a alguien que se murió de eso.

Ciertos comentarios que son dichos por estos sectores pueden desencadenar apatía o inclusive potencializar algunas situaciones latentes, como la distorsión de la autopercepción.

C2: —Porque antes de todo esto yo era llenita, incluso algunas de mis vecinas me dijeron que me veía ya muy flaca.

b) Posterior al tratamiento

C2: —Me he estado sintiendo mucho mejor estos días —sonríe—. Ya me puedo levantar de la silla y caminar unos pasitos, incluso vea —muestra sus brazos y los toca—. Ya no me veo tan flaca.

4.3.3 Adaptación

Los cambios siempre generan en el humano la necesidad de adaptarse a ellos para poder sobrevivir. En el caso del cáncer, siendo una enfermedad que impacta en todos los aspectos de la persona, es un cambio que provoca un giro completo en la vida del paciente.

La mayoría de los pacientes tienen problemas para enfrentarse y adaptarse a los cambios que van surgiendo conforme avanza la enfermedad y los tratamientos.

a) Inicio de tratamiento

Nota en caso 1:

Se sugiere realizar cierre de ciclos de vida (perdonar, pedir perdón y agradecer) con quien ella considere pertinente. Aunque se aclara que esto no es debido a que vaya a fallecer, sino para quitar situaciones que la aquejan o solucionar situaciones que generan estrés y pueda centrarse únicamente en su tratamiento y recuperación.

El que los pacientes no logren adaptarse adecuadamente a estos cambios puede ocasionar el desarrollo de conflictos familiares, falta de comunicación, etc.

Nota caso 1:

Se explica las desventajas de la conspiración del silencio, así como los conflictos que puede generar el ocultar información tan delicada como tal nuevo diagnóstico, entre ellos: presión en ella por mantener apariencias de que “todo está bien”; en caso de una urgencia, que los familiares no respondan correctamente o no puedan brindar la información completa al personal de salud y

causar una complicación; en caso de ser descubierto el diagnóstico de manera externa, enojo de los integrantes hacia ella.

Aunque los cambios generan constante estrés y miedo en los pacientes, cuando logran adaptarse a ellos satisfactoriamente, tanto sus familias como ellos alcanzan un estado de equilibrio y bienestar que permite el correcto funcionamiento familiar, personal y con las instituciones de salud.

b) Posterior al tratamiento

C1: —Decidí decirles acerca del diagnóstico, así como me sugirió —sonrisa.

T: —¿Y cómo te fue?

C1: —Pues sí lloraron todos, pero después de eso quedamos en echarle ganas y estar juntos —risa—. Mis hijos y mi esposo se ven más tranquilos sabiendo lo que pasa y si me siento mal me ayudan y cosas por el estilo.

T: —¿Tú cómo te sientes al haberles dicho?

C1: —Siento que me quité un peso de encima —resopla y relaja el cuerpo—. Siento que no tengo que estar cargando con esto yo sola.

4.3.4 Economía

La economía forma parte del núcleo familiar, toda vez que la familia, la mayoría de las veces, se convierte en el sustento económico de los pacientes.

El aspecto económico es una inquietud en general de los pacientes diagnosticados con cáncer, debido a los altos precios de los medicamentos, traslados, constantes citas médicas, etc.

C2: —Porque uno de mis sobrinos que es enfermero es el que me hace las curaciones de la herida de la cirugía, porque no tengo dinero para estar viniendo tan seguido ni para pagarle a alguien. Entonces me tuve que ir a vivir con él. Pero no podía dejar a mi niña sola en casa, entonces está con su tía. Pero no es lo mismo, no sé si come bien, si la están tratando bien —llanto—, me frustra no poder procurarla como antes. Me preocupa mucho.

Cuando la cuestión económica comienza a desencadenar problemas en el núcleo familiar o en el exterior, muchas veces termina siendo la causa principal del abandono del tratamiento.

Si bien el tratamiento psicológico puede apoyar en disminuir la ansiedad respecto a este tema, la preocupación de los pacientes respecto a él solo cede si la situación económica cambia. Sin embargo, se resaltó éste código debido a que impacta profundamente en los demás aspectos del tratamiento del paciente, incluido el aspecto psicológico; razón por la cual siempre debe ser tomado en cuenta durante el tratamiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5.1 DISCUSIÓN

Durante los dos casos expuestos se pudieron observar conductas y maneras de afrontar los obstáculos diferentes. Ambos casos pueden brindar la pauta para poder establecer un modelo de intervención específica que puede ser modificable dependiendo de las necesidades de los pacientes.

La principal observación que puede ser resaltada es la importancia de la comunicación y confianza en la relación médico-paciente. Al comparar ambos casos, se observa que el caso 1 que conocía su diagnóstico, aunque no a profundidad, desde un inicio, tuvo una mayor facilidad para aceptarlo, con mayor rapidez y de manera más efectiva. El que los pacientes puedan tener la seguridad de un diagnóstico les brinda una mayor confianza con el médico a pesar de lo malo que el diagnóstico pueda llegar a ser. El mantener a los pacientes en una constante incertidumbre acerca de lo que está pasando, provoca en ellos un sentimiento de desconfianza e incluso de abandono por parte de los profesionales de la salud, lo que muchas veces deriva en el abandono de tratamiento o complicaciones en el área emocional.

Con respecto al tratamiento, a diferencia de lo planteado en la investigación de Jaman-Mewes & Rivera (2014); se observa que cuando las pacientes tenían claro cómo iba a ser su tratamiento así como sus implicaciones, lo percibían de una manera menos amenazante. Asimismo habiendo trabajado antes del inicio del mismo todos los aspectos secundarios que preocupaban a las pacientes, se logró una mayor adherencia a él. Siendo más efectiva esta modalidad para lograr dicho objetivo.

Con respecto al modelo de intervención aplicado en ambas pacientes, el cual es aplicado en el área de psicooncología y tanatología del hospital de Cuernavaca donde se realizó el presente estudio, es el descrito a continuación:

1. Inicialmente se realiza una sesión informativa, en la cual se explica a profundidad lo que es el cáncer, sus etapas y efectos sobre el cuerpo y las emociones; los posibles tratamientos junto con sus efectos secundarios; el área y equipo de cuidados paliativos.
2. En la segunda sesión se profundiza acerca de la historia de vida, se realiza la identificación de la problemática principal del paciente y se establece el plan de trabajo a seguir.
3. Durante las sesiones subsecuentes se pone en práctica el plan de trabajo establecido con la finalidad de lograr la mejora del paciente.
4. Una vez subsanadas las problemáticas del paciente, puede ser dado de alta del área.

A pesar de ser el plan de trabajo establecido en esta área, no todos los pacientes siguen este esquema de manera lineal, como se mencionó anteriormente. Poniendo como ejemplo los casos descritos, la forma de intervención de cada uno fue distinta, en el caso 1 se siguió de manera lineal la intervención (1, 2, 3 y 4), mientras que en el caso 2 no se pudo realizar de esa manera (2, 3, 1, 2, 3 y 4).

A diferencia de lo que podría pensarse, la principal preocupación de los pacientes con cáncer no se centra en la enfermedad, sino en los cambios en su vida personal, contexto y estilo de vida. Esto concuerda con el estudio realizado por Trill (2015) en el que establece que las pacientes diagnosticadas con cáncer tienen mayor preocupación por su entorno, familia y autopercepción.

Con base en lo anterior, se puede establecer que el tratamiento tanatológico y psicooncológico en estos pacientes es de suma importancia para lograr reducir aquellas problemáticas o preocupaciones de su contexto que pudiesen interferir en su adecuada adherencia al tratamiento médico o su evolución física. Reforzando lo planteado por Cruz et al. (2014), al trabajar de la mano con la tanatología y la psicooncología éstos factores, se logró una

mejor adherencia al tratamiento y una adaptación más efectiva al nuevo estilo de vida.

Por otro lado, a pesar de que la atención se debe brindar principalmente al paciente, su núcleo familiar no puede ser dejado de lado en ningún momento, la importancia de entender al sistema en el que está inserto el paciente es casi tan importante como determinar con exactitud su diagnóstico médico. El poder entender al sistema, permitirá a los profesionales de la salud entender mejor la situación actual del paciente y brindarle una atención más efectiva.

Al ser la familia el pilar principal de los pacientes, se debe asegurar que tanto el paciente como la familia entiendan la situación en la que se encuentran inmersos y así puedan establecer los planes de acción necesarios, así como modificaciones que se necesiten para mantener al sistema en funcionamiento y poder ser un apoyo mutuo. En los casos aquí descritos, ambos sistemas familiares pudieron adecuarse y modificarse para lograr una adaptación al nuevo estilo de vida que llevarían, lo cual tuvo un impacto positivo directo en el desarrollo efectivo del proceso de duelo y en la aceptación de la enfermedad.

En este sentido, se coincide con el artículo realizado por Cabrera Macías et al. (2017), ya que en el presente estudio se demuestra que centrarse en el paciente más que en la enfermedad es lo que realmente ayuda a que el paciente enfrente de mejor manera su diagnóstico; volviendo al cáncer una enfermedad biopsicosocial ya que afecta todas las esferas; requiriendo entonces de un tratamiento que pueda tratar todas ellas de manera integral.

Se logró ampliar el conocimiento con respecto a esta temática y con casos específicos, siendo una de las principales sugerencias presentadas en investigaciones previas del mismo corte.

El modelo de intervención propuesto abarca el tratamiento en los aspectos que cada paciente de manera individual necesita trabajar, razón por la cual no puede ser establecido de manera lineal ni general para todos los pacientes. Sin embargo, es precisamente esta flexibilidad de intervención lo que permite que el paciente trabaje sobre aquello que le aqueja y logre tener una mejor adherencia al tratamiento y adaptación a su nuevo estilo de vida; como puede ser comprobado en los resultados de la presente investigación.

5.2 CONCLUSION

Con base en lo anterior, se concluye que el llevar un adecuado proceso de duelo, identificar la o las problemáticas que presentan los pacientes, la inclusión de la familia en la atención médica y psicológica, así como una adecuada relación médico-paciente deriva en que el paciente tenga una mayor adherencia al tratamiento y una adaptación a su nuevo estilo de vida de una manera más efectiva.

Se sugiere realizar investigaciones con otros sectores poblacionales cuyos diagnósticos de cáncer sean diferentes a los planteados en esta investigación, con la finalidad de ampliar el conocimiento en México respecto al aporte de la psicooncología con los pacientes. Asimismo, realizar investigaciones relacionadas al impacto y desgaste emocional en el personal de salud al brindar tratamiento a pacientes diagnosticados con cáncer.

Los casos aquí descritos pertenecen a un rango de edad entre 40-55 años de edad, siendo mujeres, por lo que los resultados obtenidos de esta investigación podrían variar de aquellos en los que la población y sus características, condiciones y métodos de atención, contexto así como método de trabajo sean distintos a los aquí descritos.

REFERENCIAS

- American Cancer Society. (2019). *Acerca del cáncer de endometrio*. 1–12.
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2019). *Informe sobre la atención psicológica a pacientes de cáncer y familiares en España*.
http://www.infocoonline.es/pdf/Atencion_psicologica.pdf
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos*.
- Cabrera Macías, Y., López González, E. J., Cabrera, E. L., De La Concepción, B., & Aldama, A. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115–127.
- Campos-Ríos, M. del M. (2013). Creciendo en la adversidad. Una revisión del proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer y el crecimiento postraumático. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 6(1), 6–13. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2012.2109>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2010). *Diagnóstico y Tratamiento del CÁNCER DE ENDOMETRIO*.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2011). Detección Oportuna y Diagnóstico de Cáncer de Colon y Recto no Hereditario en Adultos en Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención. *Guía de Referencia Rápida*. SSA.
- Cruz, U. H., Dueñas, D. M., Martínez, K. Y., Polo, Y. P., Sánchez, L. A., & Perdomo Romero, A. Y. (2014). Adherencia al tratamiento de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal en las unidades oncológicas. *RFS Revista Facultad de Salud*, 6(1), 14–19. <https://doi.org/10.25054/rfs.v6i1.148>
- Dumont, G., & Clua García, R. (2015). Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida. *Aposta*, 66, 83–99.
- Eguino Villegas, A., Fernández Crespo, Ana Isabel. Fernández Sanchez, B.,

- García Álvarez, G., & Pascual Fernández, C. (2002). Cáncer colorrectal Una guía práctica. *Aecc*, 12, 9–18.
- Esteve, C. (2014). La muerte de la familia. In *Tanatología transpersonal* (pp. 299–305). Thanatos.
- Fundación Contra el Cáncer. (2012). *¿Qué es el cáncer de endometrio?*
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdetesticulo/guiadetallada/cancer-de-testiculo-what-is-what-is-testicular-cancer>
- Galimberti, U. (2015). *Diccionario de psicología*. Siglo XXI.
- Gamo Medina, E., & Pazos Pezzi, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 455–469.
<https://doi.org/10.4321/s0211-57352009000200011>
- Goldbeter, E. (2003). Duelo y fantasmas. In *El duelo imposible. Las familias y la presencia de los ausentes* (pp. 144–146). Herder.
- Gómez-Sancho, M. (2004). El duelo como fenómeno antropológico. In *La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto*. Arán Ediciones.
- Gómez, R. (2018). Tanatología educativa. La importancia de la formación de tanatólogos: una reflexión desde la antropología. *Thanatos*, 27, 91–97.
- González, A. (2016). La educación familiar sobre la muerte y el duelo. In *Pensar el duelo desde la teoría* (pp. 49–64). Thanatos.
- Gutiérrez Capulín, R., Díaz Otero, K., & Román Reyes, P. (2016). El concepto de familia en México: Una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, 23(3), 219–228.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Coolado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación*.
- Ibarra, A. (2014). *La familia y sus creencias: relaciones y significados*.
- INFOCÁNCER. (2019). *Emociones y cáncer de endometrio - Cáncer de endometrio*. <https://www.infocancer.org.mx/?t=emociones-cancer->

endometrio

Instituto Mexicano de Tanatología A. C. (2019). *Qué es Tanatología*.

<http://tanatologia.org.mx/que-es-tanatologia/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). “ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL... DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER (4 DE FEBRERO).”

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_nal.pdf

Instituto Nacional del Cáncer. (2015a). *¿Qué es el cáncer?*

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

Instituto Nacional del Cáncer. (2015b). *Estadificación del cáncer*.

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>

Jaman-Mewes, P., & Rivera, M. S. (2014). Vivir con cáncer: Una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia. *Aquichan*, 14(1), 20–31.

Méndez, J. (2018). Las pretensiones de validez del saber tanatológico.

Thanatos, 27, 59–90.

Meza Dávalos, E. G., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L., Sauri

Sánchez, S., & Martínez Silva, B. (2008). El proceso de duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28–31.

Mondragón, G. D. (2009). La tanatología y sus campos de aplicación.

Horizonte Sanitario, 8(2), 28–39.

<http://www.redalyc.org/pdf/4578/457845132005.pdf>

Montalvo Esquivel, G., Isla Ortiz, D., Solorza Luna, G., Cantú de León, D. F.,

González Ensiso, A., Muñoz González, D. E., Robles Flores, J. U., Mota García, A., Gallardo Rincón, D., Morales Vázquez, F., Celina Pérez, L.,

- Coronel Martínez, J. A., & Herrera Gómez, Á. (2011). Oncoguía: Cáncer de endometrio. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 47–52.
- Montuori, E. (2013). El duelo visto desde la Teoría del Apego. *Asociación de Psicoterapia de La República Argentina*, 1–28.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. In *Organización Mundial de la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cáncer*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Ovelar Zubiaga, I. (2016). El impacto del cáncer en la familia. In *Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar*.
- Payás, A. (2010). Los caminos por los que un duelo se complica. In *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional* (pp. 102–114). Paidós.
- Pereira, R. T. (2002). Duelo Familiar. *Sistemas Familiares*, 18(1), 1–9.
http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Duelo_Desde_el_punto_vista_indiv.pdf
- Pereira Tercero, R. (2014). Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar*.
[https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(10\)70267-X](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(10)70267-X)
- Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., Martínez González, A. E., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85–112.
<http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/136>
- Polo Scott, M. A. (2004). La familia ante la muerte. In *Tanatología y duelo con enfoque gestalt y humanista* (pp. 137–146). mc.
- Polo Scott, M. A. (2014). Cáncer y tanatología. In *Tanatología transpersonal*

(pp. 455–458). Thanatos.

Porro, M. L., Andrés, M. L., & Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 30(2), 341–355.

<http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1969>

Radiological Society of North America. (2019). *Cáncer de endometrio*.

<http://www.radiologyinfo.org/sp>

Reynoso-Noverón, N., & Torres-Domínguez, J. A. (2018). Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 9–15. www.r-proyect.org

Rizo Ríos, P., González Rivera, A., Sánchez Cervantes, F., & Murguía Martínez, P. (2015). Tendencia de la mortalidad por cáncer en México: 1990-2012. *Evidencia Médica e Investigación En Salud*, 8(1), 5–15.

Robles, A. (2014). *Formas y expresiones de la familia*.

Salvador, J. (2019). *Cáncer de colon*.

<https://psicologiaencancer.com/es/cancer-de-colon/>

Sánchez Torres, F. (2002). Tanatología. Presentación del tema. In *Acerca de la muerte. Curso de tanatología*. Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos.

Sierra Von Roehrich, P. (2016). La Tanatología y el Dolor. In *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*.

<https://www.epsnutricion.com.mx/dctos/tanatologia.pdf>

Trill, M. D. (2015). Aspectos psicológicos específicos del cáncer en las mujeres. *Arbor*, 191(773), 1–8.

<https://doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3010>

Valencia, F. (2019, March 14). 1 de cada 5 mexicanas, con endometriosis. *El*

Heraldo de México.

<https://heraldodemexico.com.mx/nacional/2019/3/14/de-cada-mexicanas-con-endometriosis-82211.html>

Worden, W. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia.*

ANEXO I

Figura 1
Categoría proceso de duelo

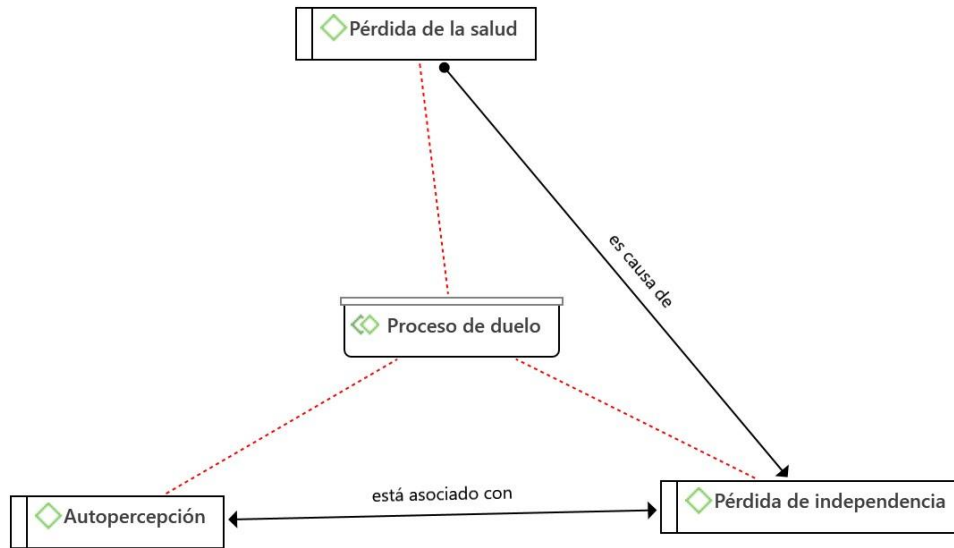


Figura 2
Categoría adherencia al tratamiento

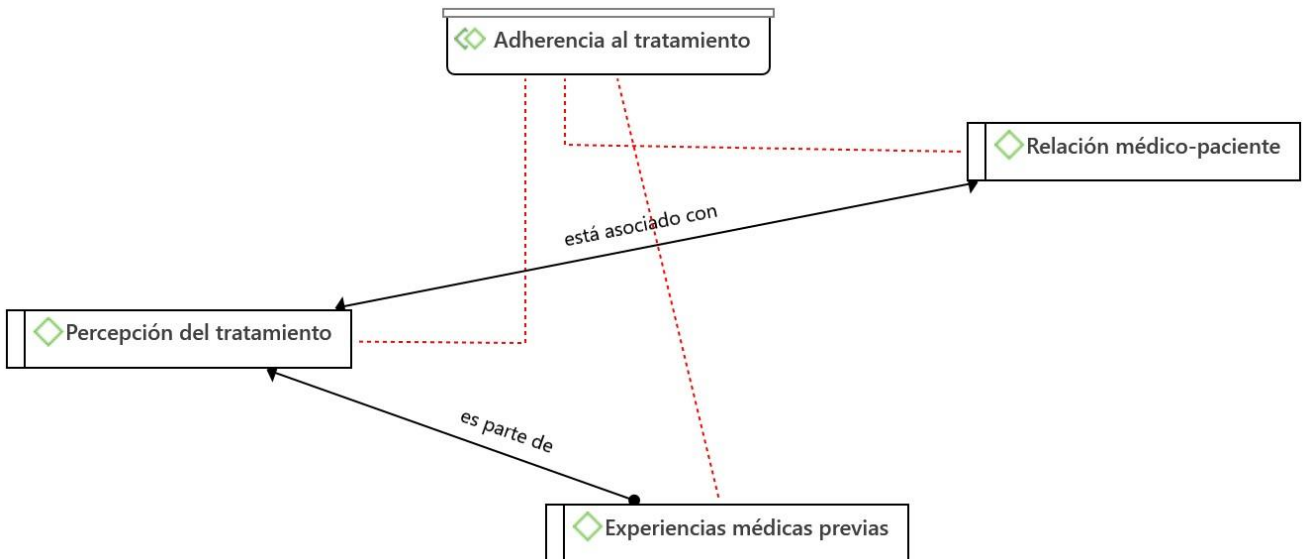


Figura 3
Categoría estilo de vida

