



**SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**



Actitud que toma el paciente oncológico y su familia  
ante el proceso de duelo

Tesis: Para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

PRESENTA:

María del Rosario Cruz Flores

Asesor: C.D.: Díaz Hoffay Juana Laura.

México, D.F.

Noviembre 2012



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.

## INDICE

Introducción.....	1
Marco Teórico.....	2
CAPITULO I.....	3
1.1 Tanatología.....	5
1.1.1 Finalidad de la Tanatología.....	5
1.2 Muerte.....	7
1.2.1 Evolución histórica de la muerte.....	9
1.3 Enfermo terminal.....	9
1.3.1 Necesidades humanas del Enfermo Terminal.....	12
1.4 Enfermo en etapa terminal.....	13
1.4.1 Características del Enfermo Terminal.....	15
1.4.1 Presencia de síntomas del Enfermo Terminal.....	16
1.5 Cuidados paliativos.....	17
1.5.1 Función de Enfermería en los Cuidados Paliativos.....	18
CAPITULO II.....	21
2.1 Cáncer.....	23
2.2 Epidemiología en México.....	24
2.3 Mortalidad.....	24
2.4 Incidencia.....	25
2.5 Factor de riesgo.....	26
2.6 Cuadro clínico.....	28
2.7 Diagnostico.....	28
2.8 Tratamiento.....	29
2.9 El dolor en paciente con Cáncer.....	31
2.9.1 La escalera de analgésicos.....	32
2.9.2 Principio del doble efecto.....	33
CAPITULO III.....	35
3.1 Concepto de duelo.....	37
3.2 Proceso de duelo.....	38
3.3 Duelo normal y patológico.....	40
3.4 Proceso de duelo en pacientes oncológicos.....	43
	44

3.5 Ansiedad.....	44
3.6 Estrés.....	46
3.7 Afrontamiento.....	48
3.8 Solución de problemas.....	51
3.9 Actitud.....	53
3.9.1 Componentes de la Actitud.....	54
3.9.2 Funciones de las Actitudes.....	54
3.9.3 Actitud del paciente oncológico.....	55
CAPITULO IV.....	58
4.1 Diseño de Investigación.....	58
4.1.1 Justificación.....	59
4.1.2 Planteamiento del problema.....	60
4.1.3 Objetivos.....	61
4.1.4 Hipótesis.....	62
4.1.5 Variables.....	62
4.1.6 Operacionalidad de las variables.....	62
4.2 Diseño Metodológico.....	65
4.2.1 Tipo de estudio.....	65
4.2.2 Población.....	65
4.2.3 Muestra.....	65
4.2.4 Tipo de muestreo.....	65
4.2.5 Criterios de inclusión.....	65
4.2.6 Criterios de no inclusión.....	65
4.2.7 Criterios de exclusión.....	65
4.2.8 Criterio de eliminación.....	65
4.2.9 Formula de la población conocida.....	65
4.2.10 Intervalo de confianza.....	65
4.2.11 Valor de P.....	65
4.2.12 Modo de recolección de datos.....	66
4.2.13 Procedimiento.....	66
4.2.14 Recursos.....	66
4.2.15 Tabulación de datos.....	66
4.2.16 Consideraciones éticas.....	66
4.2.17 Análisis de datos en el paciente.....	68
4.2.18 Análisis de datos en el familiar.....	70
4.2.19 Interpretación de datos en el paciente.....	73
4.2.20 Interpretación de datos en el familiar.....	75

4.2.21 Conclusiones.....	78
4.2.22 Sugerencias.....	79
4.3 Anexos.....	80
4.3.1 Cronograma.....	81
4.3.2 Instrumento para el paciente.....	82
4.3.3 Instrumento para el familiar.....	85
4.3.4 Sabana para el paciente.....	87
4.3.5 Sabana para el familiar.....	87
4.3.6 Cuadros y graficas en el paciente.....	88
4.3.7 Cuadros y graficas en el paciente.....	102
4.3.8 Programa de educación para la salud.....	124
4.3.9 Bibliografía.....	131

## **HOJA DE AUTORIZACIÓN**

---

**LEO María Guadalupe Escobedo Acosta**  
**Directora Técnica de la E.E.S.S.**

---

**C.D. Juana Laura Díaz Hoffay**  
**Asesor de tesis**

---

**L. E. Ana Laura García Ramírez**  
**Coordinadora de Servicio Social de la E.E.S.S.**

## RESUMEN

La muerte es el broche de oro de la vida, el final de un ciclo, algunos opinan que nuestra función en el planeta se consume tras el acto de la reproducción, esto es, la conservación de la especie, se nace, se crece, se reproduce, se envejece y se muere, así de sencillo; sin embargo, en algunos casos esto no sucede así, este ciclo suele romperse.

El duelo es la reacción normal después de la muerte de un ser querido; supone un proceso más o menos largo y doloroso de adaptación a la nueva situación. Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que trae consigo.

El paciente que cursa con la Enfermedad de el Cáncer pasará por un proceso de Duelo ya que pierde su salud y que en muchas ocasiones por el tratamiento se va desgastando físicamente así como también espiritualmente; su familia que lo acompaña de igual manera presentará el mismo duelo pero de manera diferente por que el ve como su ser querido va perdiendo esa plenitud y salud, ve como se desvanece en sus propios ojos, pensando que no puede hacer nada para retenerlo, sin embargo, se equivoca pues con el simple hecho de estar a su lado lo fortalece.

La intensidad y la duración del duelo depende de muchos factores: tipo de muerte esta puede ser esperada o repentina, apacible o violenta; de la intensidad de unión con el fallecimiento, de las características de la relación con la persona perdida, conflictos, ambivalencia; de la edad, etc. La duración del duelo por la muerte de una persona muy querida puede durar entre uno o tres años esto dependerá de diversos factores como los biológicos, psicológicos, socioculturales, fisiológicas y espirituales

Se puede decir que se ha completado un duelo cuando se es capaz de recordar sin sentir dolor, cuando se ha aprendido a vivir con la enfermedad, cuando se ha dejado de vivir en el pasado y se invierte de nuevo toda la energía en la vida y en los vivos. En esta condición se le conoce como duelo resuelto.

La clave de todo duelo es la actitud que cada quien posee ante este desenlace, la actitud que se puede destilar ante este dolor: No es el tiempo en si quien cura, sino lo que se hace con el para aliviarnos. Por lo tanto, la importancia de tener la información necesaria acerca de la actitud que tiene el paciente oncológico y su familiar ante el Proceso de Duelo ayuda al personal de Enfermería para el apoyo que se les brinda a los afectados.

## INTRODUCCION

En el mundo contemporáneo, se han presentado una serie de enfermedades que pone en riesgo la vida de las sociedades y de sujetos varones, mujeres y niños. Cada vez hemos visto cómo se presentan una serie de virus, bacterias que amenazan con desaparecer a poblaciones enteras, este es el caso de enfermedades tan peligrosas y mortales, una de las enfermedades más importantes en las últimas décadas, ha sido el cáncer, que es un padecimiento que ataca a los sujetos alojándose en diferentes partes de su cuerpo creando caos y destrucción, en muchos casos colocándolos en las vías de la muerte.

Pero que es lo que sucede a nivel emocional, cuando un sujeto y sus familiares cursan por esta enfermedad, los trastornos emocionales en los pacientes oncológicos que al recibir el diagnóstico, se enfrentan con distintas pérdidas que pueden o no ser elaboradas a través del proceso de duelo y que influirían durante el tratamiento, en el momento del diagnóstico generalmente el paciente relaciona cáncer con muerte, lo cual es altamente significativo, ya que todo esto dependerá de las creencias del paciente y su entorno para que se pueda afrontar este tema, en algunos casos provoca rechazo y temor. Esto se confirmó por el contacto mantenido con diferentes casos de personas que se han enfrentado al diagnóstico de cáncer y con sus familiares y por las horas de prácticas realizadas.

En este estudio se encuentran plasmadas las emociones, conductas y actitudes que el paciente y su familiar presentan de los servicios de Oncología urgencias y Hospitalización del Hospital Juárez de México ante su proceso de duelo al perder su Salud y enfrentarse con su peor enemigo el Cáncer; consta de cuatro capítulos donde el primer capítulo habla acerca de Tanatología donde se centra en los Cuidados Paliativos y Enfermo Terminal, el segundo capítulo de las generalidades del Cáncer, el tercer capítulo de Duelo donde se menciona los pasos por los cuales se puede cursar y por finalmente el cuarto capítulo que abarca el diseño de investigación y diseño metodológico; además se encuentra un apartado donde incluye los anexos de esta investigación.

**MARCO**

**TEÓRICO**

# **CAPITULO I**

# **TANATOLOGÍA**

No tengas miedo a la muerte, acéptala, desde ahora, generosamente...cuando Dios quiera... como Dios quiera...donde Dios quiera, no lo dudes; vendrá en el tiempo, en el lugar y del modo que mas convenga...enviado por tu padre Dios.-¡Bienvenida sea nuestra hermana la muerte!

José María Escrivá.

# TANATOLOGÍA

Citada por primera vez como materia especializada a principios del siglo XX, la tanatología estudia la muerte, el morir el sufrimiento por la pérdida de un ser querido, el suicidio y las conductas que puedan representar una amenaza para la vida<sup>1</sup>. Por lo tanto, es una disciplina integral que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos, aplicando el método científico o técnicas forense, tratando de resolver y enfrentar las situaciones conflictivas que suceden en torno a ella, desde distintos ámbitos del saber, como son la medicina, la psicología, la antropología física, la religión y el derecho.

El término deriva del lenguaje griego, en la mitología griega, thanatos-θάνατος: "muerte" y logos que significa definición o tratado, por lo tanto; es la personificación de la muerte, desde la perspectiva psicológica está enfocada a establecer entre el enfermo en tránsito de muerte, su familia y el personal medico que lo atiende, un lazo de confianza, seguridad y bienestar, además de propiciar en el enfermo terminal, los cuidados necesarios que le aseguren una muerte digna y en paz<sup>2</sup>.

Por lo tanto la Tanatología se refiere a "La ciencia de la muerte", este término fue acuñado en 1901 desde entonces, la Tanatología, es considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico-legal.

## Finalidad de la tanatología

La tanatología se centra en la calidad de vida del enfermo terminal, evitando la prolongación innecesaria de la vida, así; como su acortamiento prematuro, que se caracteriza por las siguientes acciones.

### 1. Atención al sufrimiento psicológico:

- Está presente en una gran variedad de dolencias de índole propiamente psicológica, como la ansiedad, la depresión, reacciones de duelo, estrés, entre otras, pero también son a menudo los factores psicológicos los que precipitan, mantienen y/o agravan patologías de índole física como es la fibromialgia, asma, úlceras, jaquecas, migrañas e infartos, los síntomas psicológicos son tan veraces como los físicos, provocan un gran sufrimiento a quienes los padecen y actuar eficazmente sobre ellos no requiere 'hilar muy fino', sino evaluarlos y tratarlos adecuadamente.

---

<sup>1</sup> José Rojo de la Vega y Patricia Negrete, Un pésame para consolar. Editorial Renacimiento, primera edición, 2000

<sup>2</sup> Elisabeth Kübler-Ross sobre la muerte y los moribundos. Editorial Castellano, 2003

2. Atención a las relaciones significativas del enfermo.

- Buscando siempre a las personas que saben si las ama y creen en ellas; ya que pueden discernir buscando el mejor interés de ellos o el suyo.

3. Atención del dolor físico.

- El dolor como la transmisión de impulsos nerviosos desde el sitio del daño (la periferia) hacia el cerebro y, para aliviar este dolor, intenta interrumpir la transmisión de los impulsos de dolor desde la periferia, por medio del bloqueo de los nervios específicos.

4. Atención al sufrimiento espiritual.

- Cada persona puede tener diferentes necesidades espirituales, según sus tradiciones culturales y religiosas, en el caso de algunos pacientes gravemente enfermos, el bienestar espiritual se puede ver afectado por la carga de ansiedad que sienten con respecto a la muerte, para otros, puede afectar lo que deciden sobre los tratamientos para la etapa final de la vida, algunos pacientes y los familiares que los cuidan pueden querer que sus médicos hablen sobre sus preocupaciones espirituales, pero no están seguros de cómo encarar el tema.

5. Atención a las últimas voluntades.

- Respetar la disposición o mandato de la persona

6. Atención a los aspectos legales.

- En el paciente con cáncer es deber del equipo médico el regirse por paradigmas humanísticos y bioéticos, teniendo como referencia el marco legal y el concepto actual de salud, donde cobran vigencia los tres principios fundamentales que forman la trilogía bioética: Autonomía, justicia y beneficencia .

Sus objetivos particulares son contribuir para que el enfermo crónico y terminal viva con dignidad su proceso de muerte y llegue a la aceptación de la misma; con los familiares, amigos y su entorno, ubicándolos en la realidad de la muerte para disminuir el dolor de la pérdida y finalmente constituir con la sociedad un enlace que permita captar las inquietudes de la comunidad respecto al proceso de la muerte.

Una característica importante de la tanatología como rama de la medicina consiste en facilitar al enfermo terminal, todos los cuidados paliativos necesarios en cualquier ámbito de acción, y ayudar a la familia del enfermo, a sobrellevar y elaborar el proceso de duelo producido.

La Tanatología viene adquiriendo gran importancia a nivel mundial y México no es la excepción ya que han aparecido instituciones de vanguardia, por lo que ya podemos hablar de un modelo mexicano.

Una de estas Instituciones es Prosertan, A.C. que nació el 5 de octubre del 2000, formado por un grupo de profesionales al servicio de la Tanatología, que considera la función de una entidad dedica a la Tanatología es la de ser una instancia asistencial que responda a los requerimientos y necesidades de los enfermos crónicos y terminales; así como a todas aquellas personas que han sufrido una pérdida significativa, a sus familiares y su entorno, ayudándoles a reencontrar el sentido de su existencia, respetando su marco de valores y creencias.<sup>3</sup>

Otra fundación es el Instituto Mexicano de Tanatología, A.C. INMEXTAC, asociación civil no lucrativa, no gubernamental, ni religiosa, que se mantiene a base de donativos y cuotas de recuperación. Fue creada para ayudar al enfermo cuyo diagnostico es una enfermedad terminal, así como, con enfermedad crónica y sus familiares, o bien cualquier individuo que vive una pérdida.<sup>4</sup>

Otro punto que es importante mencionar por su gran significado y amplio estudio, que mucha gente lo evita ya que sigue siendo un tabú entre los seres humanos es la muerte por que es una palabra muy difícil de mencionar por lo que esta significa.

## **Muerte**

La muerte, el cese de la vida, la paralización definitiva de todas las funciones vitales del cuerpo para los efectos legales y médicos, la siguiente definición de la muerte se ha propuesto el cese irreversible de todas las condiciones siguientes:

1. El cese de la función cerebral
2. El cese del Sistema Respiratorio, y
3. El cese del Sistema Circulatorio.

La muerte es un fenómeno natural, universal y único, es natural en el sentido de que, si no median causas antinaturales como el asesinato, se produce siempre como consecuencia de accidentes, enfermedades y/o envejecimiento ocasionados en la relación con el medio ambiente o con

---

<sup>3</sup> **TANATOLOGÍA - ENTORNO MÉDICO.ORG**  
[www.entornomedico.org/medicos/tanatologia/info/quien.html](http://www.entornomedico.org/medicos/tanatologia/info/quien.html). 20 de Noviembre 2011

<sup>4</sup> **INSTITUTO MEXICANO DE TANATOLOGÍA, A.C.- VOLUNTARIADO**  
[WWW.TANATOLOGIA.ORG.MX/VOLUN.HTML](http://WWW.TANATOLOGIA.ORG.MX/VOLUN.HTML). 25 MARZO 2012

procesos de desgaste fisiológico, es universal, porque, mediando una u otra circunstancia, todos los hombres han muerto y morirán, es único porque el propio concepto de muerte o término de la vida entraña la irreversibilidad y a cada persona le acontece una sola vez<sup>5</sup>.

Por lo tanto, la última palabra del final de la vida es la muerte, y la muerte son términos muy serios con los que el personal de salud afrontamos el problema de la existencia de una persona como viviente, cuando de lo que se trata es del final de la vida de un hombre concreto nos estamos refiriendo al periodo final del proyecto vital de una persona y es aquí donde la palabra “Muerte” adquiere su mayor trascendencia y complejidad<sup>6</sup>.

Por tal motivo se habla del momento del comienzo de la vida, también se ha de hablar del momento de la muerte, que en el ser humano es uno de los momentos biográficos, la muerte es la separación del principio vital o también llamado alma, psique, entre otros y del cuerpo, en la concepción filosófica clásica.

Para Sócrates, “La muerte es parcial, pues el alma no puede ser envenenada”, para Schopenhauer, Filósofo Alemán menciona: “La muerte es la descomposición del cuerpo en la muerte puede verse de forma analógica como la eliminación de las heces, como una excreción”, también se ha dado una definición muy impersonal de la muerte: “Es la extinción del sistema individual”, o también: “Es la supresión del metabolismo, pero todo el mundo sabe que la muerte es personal”.

El hombre es el único animal que conoce que va a morir, y siente que la muerte es como el último tono de la melodía de la vida, es hacia los tres o cuatro años de edad, cuando el niño tiene la experiencia de la yoidad, es decir, la condición del ser yo, cuando aparece la angustia de la muerte, tal angustia se atenúa o desaparece si el individuo piensa que la muerte no es más que un momento de la biografía, biografía que continúa, de otro modo, pasado tal instante, para Rilke escritor checo en lengua alemana mas relevante e influyente de la primera mitad dl siglo XX, la hora de la muerte no es más que una de nuestras horas.

Por otra parte, el fenómeno es inexplicable bajo el punto de vista de la experiencia, ya que el individuo vivo no tiene noción de lo que pueda ser la terminación de su vida, por eso, el miedo a morir es normal en todos los seres humanos, y sobre todo si se trata de una muerte dolorosa, dramática; en tales casos, el posible deseo y petición de la muerte puede interpretarse en el sentido de que ese individuo pide ayuda médica, consuelo moral, compañía, calor humano, ayuda

---

<sup>5</sup> Dorland Illustrated Medical Dictionary, 31ª Edición, publicado en el sitio web de Merck & Co

<sup>6</sup> J. L. Trueba, La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio. Anales de Sistema Sanitario de Navarra. Vol. 30 supl. 2007

espiritual ,los cuales son medios que hacen digna la muerte, por otra parte la muerte ha tenido un gran impacto a lo largo de la vida del ser humano, por eso es importante mencionar su evolución en la historia.

## **Evolución histórica de la muerte.**

El fenómeno de la muerte ha influido enormemente no sólo en la ciencia sino también en la literatura, el arte, la filosofía y al religión, en la mitología griega, el sueño o Hynops, y la muerte o Thanatos, eran hermanos gemelos de la familia de la Noche, que comprende también los Hados Hespérides, Némesis y Momo, dios del ridículo y la crítica adversa.

El sueño y la muerte habitan en las costas del mar occidental en la oscuridad subterránea, juntamente con sus otros hermanos, los Sueños, los hermanos gemelos aparecen frecuentemente en la Ilíada, la lucha de Hércules con la Muerte por Alcestes, hija de Pelias.

Muchas estatuas y pinturas sobre vasos griegos representan a la muerte, la importancia de la muerte en el arte y la vida del antiguo Egipto es manifiesta, durante la Edad Media, multitud de artistas abordaron el tema de la Danza de la Muerte y aún se emplea la semblanza artística del Puente de la Vida.

Durante la edad de Oro de la pintura y escultura cristianas las muertes de los mártires, santos y religiosos eran tema frecuente y motivo de inspiración artística, la muerte de Cristo en la Cruz ha inspirado un cuerpo completo del arte único, ya que fue este acontecimiento el que da sentido a la religión cristiana.

Todas las religiones han dado alguna solución al problema de la muerte, la mayor parte de ellas no acepta a la muerte como un simple proceso biológico o bien la cesación de todo proceso; debe explicarse su significado en la vida, por tal motivo es importante definir el siguiente termino.

## **Enfermo terminal**

El que se relaciona a una enfermedad grave, como el cáncer, se asocia a la interpretación del ser, de los significados sobre la vida, la muerte y de la razón del dolor, situaciones cargadas de significados negativos y aterradores que incrementan el sufrimiento, convirtiéndolo en una sensación de agobio, minusvalía e impotencia frente a hechos consumados e irreversibles y estos términos nos colocan en el paciente en etapa terminal y paciente terminal, por lo tanto es un evento pluridimensional que afecta las esferas biológica, psicológica, social y espiritual del hombre<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> De La Revilla, L. *ATENCIÓN FAMILIAR EN LOS ENFERMOS CRÓNICOS, INMOVILIZADOS Y TERMINALES*. Granada: Fundesfam

Las condiciones socioculturales de la época en que vivimos, la transición epidemiológica con el aumento de las enfermedades crónicas, el reconocimiento explícito de la autonomía de las personas, diversas actitudes y conceptos sobre la muerte, situaciones variadas relacionadas con el uso de los recursos existentes o disponibles y las exigencias cotidianas del ejercicio de la Medicina Clínica, entre otras razones, hacen necesario y útil reflexionar sobre el tema del enfermo terminal<sup>8</sup>.

La categorización de un paciente como terminal ha variado en el tiempo, en función del progreso de la Medicina y la disponibilidad de nuevos tratamientos y de tecnologías de apoyo vital para enfrentar enfermedades graves, hay enfermos muy graves que antiguamente morían pero que hoy día pueden ser recuperados al disponerse de tratamientos específicos y de recursos terapéuticos que rempazan funciones u órganos vitales dañados.

Un buen ejemplo es el de los enfermos con insuficiencia renal crónica, catalogada antiguamente como "Terminal", que hoy sobreviven al ser tratados con diálisis o trasplante renal<sup>9</sup>.

La gravedad de una enfermedad es un concepto distinto al de terminalidad, generalmente, se califica de grave a un paciente cuya enfermedad o condición representa una amenaza potencial para su vida, así, un enfermo terminal es habitualmente un enfermo grave pero, obviamente, la mayoría de los enfermos graves no pueden ser calificados como terminales.

Por ejemplo, los pacientes que ingresan a Unidades de Cuidado Intensivo para recibir tratamiento de enfermedades o complicaciones agudas potencialmente mortales son, ciertamente, pacientes graves, pero no por el hecho de estar en una Unidad de Cuidado Intensivo se puede decir que un paciente es terminal<sup>10</sup>.

Todo lo anterior señala la importancia de definir, con la mayor precisión posible, lo que se entiende por enfermo terminal o condición terminal de una afección, así como describir los deberes del personal de salud en el cuidado de estos pacientes.

### **Definición del enfermo terminal.**

Para que un paciente pueda ser clasificado como terminal se deben cumplir las siguientes condiciones.

Ser portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por profesional de la salud.

---

<sup>8</sup> Cruz de Amenábar I. Reflexiones sobre muerte y modernidad. Humanista 1997; 8: 691-701.

<sup>9</sup> Monge MA. El Enfermo terminal. En: Ética, Salud, Enfermedad. Ed. Palabra;Madrid, 1991: 119-29.

<sup>10</sup> ROAA. El Enfermo Terminal y la Muerte. En: Ética y Bioética. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile 1998.

La enfermedad diagnosticada debe ser de carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve, sobre la extensión del plazo en que se produce la muerte hay diversas opiniones, desde menos de un mes, hasta seis meses, este último es el criterio utilizado por Medicare, es un programa de a seguridad de salud patrocinado por el gobierno federal de Estados Unidos de America., por razones administrativas, tratar de establecer un plazo exacto parece arbitrario para la mayoría de los casos.

En el momento del diagnóstico, la enfermedad o condición patológica no es susceptible de un tratamiento conocido y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o bien, los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces, la carencia de un tratamiento conocido y de eficacia comprobada se refiere a que no se dispone de él en el estado actual de los conocimientos médicos<sup>11</sup>.

Hay tratamientos disponibles para enfermedades graves que pueden mantener con vida al paciente durante años y que, pese a ello, en algún momento de la evolución pueden dejar de ser efectivos, convirtiéndose así el paciente grave en terminal, tal es el caso de la quimioterapia en algunas formas de cáncer<sup>12</sup>.

Los criterios que hemos mencionado pueden cumplirse en cualquier grupo etario, la edad avanzada no es un criterio válido para catalogar como terminal a un paciente, tampoco lo es el compromiso de conciencia, cognitivo o de relación, si ello no se acompaña de una condición patológica grave, progresiva e irreversible, para la cual no existe tratamiento curativo.

Entonces decimos que para clasificar a un paciente como terminal debe obedecer a criterios estrictos que dicen relación con un diagnóstico experto de la enfermedad o condición que padece el individuo, su carácter progresivo e irreversible y la ausencia de tratamientos eficaces en el estado actual de los conocimientos médicos, no debe confundirse la gravedad de una enfermedad con el carácter de terminal, ya que enfermedades muy graves pueden ser reversibles con los recursos terapéuticos apropiados.

El diagnóstico de enfermo terminal significa para el personal de salud una gran responsabilidad profesional y ética, entre ellas la de asumir plenamente el cuidado del paciente hasta su muerte.

---

<sup>11</sup> Lorraine Sherr, *Agonía, muerte y duelo*. Editorial; el manual moderno, Mex

<sup>12</sup> GOIC A, Florenzano R, Piñer A B, Valdés S S, Armas Merino R. El cuidado del enfermo terminal. (Mesa Redonda) *Rev Méd Chile* 1997; 125: 1517-25.

## Necesidades humanas del enfermo terminal

Las necesidades humanas del enfermo terminal deben atenderse con la mayor prontitud y habilidad, a fin de lograr su bienestar, propiciando los cambios vitales importantes que requieran para la satisfacción de las mismas, para dar un enfoque positivo e integral en las necesidades humanas, al enfermo terminal hay que verlo como una persona, con su valor y dignidad, lo importante es ayudarlo a sentirse así mismo como una persona.

Las necesidades humanas del enfermo terminal son los requerimientos fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, indispensables para su adaptación, aceptación y comprensión de la etapa final de su vida<sup>13</sup>.

1. Necesidades fisiológicas: Comprenden los requerimientos básicos para mantener la estabilidad y la vida, entre ellos podemos mencionar:

- Oxígeno (aire)
- Necesidad de agua y alimentos
- Eliminación
- Actividad
- Reposo
- Sueño
- Conservación de la temperatura
- Abrigo
- Alivio del dolor

El enfermo terminal requiere mantener la calidad de vida diaria durante el tiempo que le queda, por lo que en la satisfacción de las necesidades fisiológicas hay que considerar los factores biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y económicos relevantes para cada persona, estas consideraciones obedecen a que sus funciones vitales van disminuyendo a medida que ocurren los cambios orgánicos, y por ello puede presentar manifestaciones clínicas como: dolor físico, anorexia, vómitos o náuseas, dificultad para deglutir, deshidratación, dificultad de eliminación urinaria, incontinencia fecal, úlcera por decúbito y dificultad para respirar, lo importante es ayudarlo en la satisfacción de las necesidades fisiológicas para restituir sus requerimientos y deseos, sin hacerle exigencias inútiles y apremiantes.

---

13

Rodríguez Herrera, F. (2004). *REPERCUSIÓN FAMILIAR DE UN DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO Y LOS CUIDADOS A ESTE PACIENTE*. Trabajo de Investigación para optar por el Título de Especialista en Psicología de la Salud. ISCM-H. Facultad Calixto García.

- Necesidades psicológicas. Son los sentimientos, emociones, estado de ánimo o del intelecto que influyen en la satisfacción de las necesidades de autoestima, espiritualidad, aprecio, reconocimiento, autonomía, pertenencia, autoevaluación, respeto, amor, dignidad, confianza y seguridad psicológica.

La satisfacción de las necesidades psicológicas es fundamental e importante para el enfermo terminal, para ayudarlo a establecer una relación de confianza, reducir el miedo, la minusvalía, la frustración, el aislamiento, la soledad, la desesperanza y a enfrentar la verdad, para ello, se requiere la participación y competencia del equipo de salud y de la familia, en tales condiciones, el enfermo puede ejercer el control sobre él mismo y su medio para mantener la autoestima e identidad, en este contexto, el contacto físico es una necesidad específica y esencial, puede realizarse a través de los cuidados físicos, en la relación interpersonal y la comunicación.

- Necesidades socioculturales: Se refieren a las relaciones e interacciones con la familia y su entorno, el trabajo o actividad laboral, la utilización del tiempo libre, los medios económicos y su escala de valores, todas éstas influyen en la satisfacción de las necesidades de comunicación, interacción social, su rol y status social, seguridad económica, seguridad y protección física, recreación, creencias, valores y cultura.
- Necesidades espirituales: Son el vigor natural y la virtud que alienta, fortifica, da fuerza y valor para actuar en el medio social al cual pertenece la persona, constituye el núcleo central de lo más íntimo del ser humano, estas necesidades son el resultado de los sistemas de creencias llamadas religiones y están íntimamente relacionadas con las necesidades psicológicas, se pueden identificar por medio de los sistemas de creencias individuales y por la formación religiosa de la sociedad.

Las necesidades espirituales son la fe y la esperanza, la necesidad de creer en algo, en alguien, en un ser supremo o entidad sobrenatural o en algo por encima o más allá de ellos mismos, es universal.

Ahora que ya se explico la palabra de enfermo terminal, es importante revisar ahora lo que es enfermo en etapa terminal ya que son dos términos totalmente diferentes.

### **Enfermo en etapa terminal.**

Es un hecho que la muerte sigue siendo compañera indisoluble de la vida, muchos de los enfermos son diagnosticados en períodos avanzados de la enfermedad, o el curso de la misma, desembocará en la denominada etapa terminal de la enfermedad, los cuidados paliativos se

oponen en general al paradigma de la curación como el propósito fundamental del ejercicio médico.

El dolor y otros síntomas no se limitan al aspecto orgánico, sino que abarcan desde la experiencia personal del que lo sufre hasta la forma en la que la evidencia del síntoma afecta a los familiares y al personal de salud<sup>14</sup>.

Pocas circunstancias son tan aterradoras para el individuo como el enfrentarse a la muerte, más aún, cuando ésta se avista desde la perspectiva de una enfermedad larga y penosa, el dolor y el sufrimiento, desde la perspectiva del que lo sufre o desde el análisis de los pensadores, ha sido motivo de múltiples escritos, el hombre a lo largo de su historia, ha interpretado el sufrimiento de diversas maneras, y aquel que se asocia a la enfermedad ha intentado evitarlo.

Fruto de esa necesidad ha sido la creación de la medicina y ciencias afines, las cuales en alguna medida han logrado su propósito, los métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento han avanzado considerablemente en los últimos decenios, las enfermedades crónico-degenerativas, como el cáncer, dominan el panorama epidemiológico y son una fuente de preocupación constante de los profesionistas de la salud, además de que su influencia marca la forma en que nuestra sociedad enfrenta el modelo de salud-enfermedad.

### **Definición del enfermo en etapa terminal.**

Es un hecho que la muerte sigue siendo compañera indisoluble de la vida, y muchos de los enfermos, son diagnosticados en períodos avanzados de la enfermedad, o en el curso de la misma desembocará en la denominada etapa terminal de la enfermedad, el primer problema que abordamos es este concepto de terminalidad, es decir: se reconoce la finitud de la vida biológica, pero la palabra puede orientarse a las últimas horas, los últimos días, semanas o meses<sup>15</sup>.

Durante el proceso de enfermedad ontológica, al igual que ocurre con otras enfermedades, el cáncer puede considerarse, de acuerdo a la historia natural de la enfermedad, como un padecimiento curable, o controlado, especialmente en las etapas tempranas, sin embargo, cuando la enfermedad avanza, la impresión diagnóstica y su probable pronóstico la convierten en una enfermedad incurable, ya sea en una etapa intermedia o avanzada, esta última etapa, que requiere la certeza del diagnóstico, incluirá a la denominada fase terminal, cuando el padecimiento es irreversible, progresivo y se acompaña de múltiples síntomas bajo un pronóstico de vida limitado, que de forma empírica se considera no mayor a seis meses<sup>16</sup>.

La situación de la enfermedad terminal es reconocer el diagnóstico en cual será Incurable,

---

<sup>14</sup> Behar, Daniel. Un buen morir. México Editorial Pax, 2004

<sup>15</sup> Aries, Phillipe. El hombre ante la muerte. Madrid Taurus Ediciones, 1984.

<sup>16</sup> Gómez -Batiste X. Soc. Esp. De Oncología Med. 1991:54.

progresivo, con síntomas múltiples, pronóstico de vida limitado, esta etapa finalizará con la evidencia de una falla orgánica múltiple, lenta o rápidamente progresiva.

El cáncer no es una enfermedad única, sino que engloba a un sinnúmero de padecimientos neoplásicos con formas de diagnóstico y tratamiento específicos para cada uno, las cuales obligan a recalcar la importancia de disponer de la mayor información posible en cada caso, para definir el diagnóstico de extensión de la enfermedad y el impacto sobre el organismo, así como opciones terapéuticas a las que se puede sujetar el paciente y la probable respuesta que éstas pueden brindar.

De esta forma se reconocen terapias oncológicas que pueden ser englobadas en tres modelos de respuesta terapéutica:

1. Curativas

- Es donde regularmente el proceso de enfermedad se encuentra limitado y la neoplasia se considera en etapas tempranas de evolución lenta y el pronóstico, frente a las intervenciones médicas es favorable de acuerdo a un índice de probabilidad.

2. Potencialmente curativas

- La respuesta a la terapia es menos predecible debido a la estirpe histopatológica de la neoplasia y al índice de probabilidad de la respuesta, la intención terapéutica se enfoca, si no es posible la curación, a retrasar el avance de la enfermedad.

3. Paliativas,

- La probable curación frente a los tratamientos conocidos es poco o nada probable y la intención de la paliación se enfoca a reducir el número o la intensidad de los síntomas favoreciendo un incremento en el concepto denominado “calidad de vida”

## **Características del enfermo en etapa terminal**

El enfermo en su fase final, cualquiera que sea su patología de base, está afectado en su condición de persona en su totalidad y en su estilo de vida; sufre los cambios impuestos por su proceso crítico y por su personalidad, las características varían de un enfermo a otro, por lo que cada uno requiere ser tratado como una persona y no como la víctima de una enfermedad incurable<sup>17</sup>.

Entre ellas pueden señalarse las físicas, las psicológicas y las sociales.

---

17

Carmen Alborch, Anson, J.A. Belloch. Debate sobre la eutanasia. Ed. Fibla Carla. 2006

### 1. Características físicas

- Suele existir un importante deterioro de sus funciones corporales, en el organismo hay pérdida progresiva de los mecanismos de la homeostasia, disminución del tono muscular y del peristaltismo, lentitud en la circulación sanguínea y respiración difícil y débil, esto lo limita para realizar actividades relacionadas con el autocuidado, es decir, es dependiente y requiere ayuda para la satisfacción de las necesidades biológicas.

### 2. Características psicológicas:

- Sufre una serie de cambios adaptativos, necesarios para enfrentarse a complejas situaciones emocionales y espirituales, estos cambios adaptativos pueden ser depresión, aislamiento y confusión, percibe al mundo y así mismo de un modo diferente, las relaciones con sus familiares y otras personas y con su medio se degradan, expresa miedo y sufrimiento espiritual, y lo más importante del sufrimiento es que altera la percepción del sentido de su vida.

### 3. Características sociales:

- Manifiesta deseos de comunicación, compañía, ejercer su autonomía, cumplir con sus ritos y ceremonias religiosas. Solicita intimidad, tranquilidad y utilizar sus pertenencias, todo ello dentro de una atmósfera de paz.

## **Presencia de síntomas del enfermo en etapa terminal**

Diversas publicaciones han recalcado la presencia de múltiples síntomas en la etapa terminal de la enfermedad; el síntoma doloroso se presenta hasta en poco más del 80% de los enfermos en la etapa terminal, independientemente del diagnóstico, el dolor y otros síntomas no se limitan al aspecto orgánico, sino que abarcan desde la experiencia personal del que lo sufre, hasta la forma en la que la evidencia del síntoma afecta a los familiares y al personal de salud, el dolor es un síntoma difícil de caracterizar, dado que la intensidad y calidad sólo puede describirla el que lo sufre, el dolor, de acuerdo a Le Breton, David que estudio la Antropología del dolor , es "un hecho personal, encerrado en el concreto e irreplicable interior del hombre"

Este síntoma se padece en diferentes intensidades y es claro para todos que, desde una perspectiva externa se relaciona a las causas que le dan origen: el dolor de una gran herida es entonces más intenso que el dolor ocasionado por una lesión pequeña, sin embargo las experiencias previas y la cultura en la que se desenvuelve el sujeto, marcan de forma significativa la llamada "Conducta dolorosa" que se manifiesta como un grado diverso de manifestaciones verbales y conductuales por el gran dolor que esto les causa.

Por eso se debe de contar con una gran capacidad, habilidades y conocimientos para saber tratar a este tipo de pacientes durante la fase terminal de su enfermedad tales como lo que se menciona a continuación.

## **Cuidados paliativos**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que los Cuidados Paliativos consisten en: “La atención activa e integral de las personas que padecen una enfermedad que no responde a tratamiento curativo, los objetivos básicos son el control del dolor y otros síntomas, el apoyo psicosocial y emocional al enfermo y su familia, tratando de lograr un mayor bienestar y mejorar su calidad de vida”<sup>18</sup>.

Los Cuidados Paliativos incorporan una concepción multiprofesional e interdisciplinaria en el cuidado de las personas con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y en etapa terminal, a partir del trabajo de los diferentes profesionales de la salud actuando en equipo, se podrá brindar los cuidados atendiendo a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona moribunda y su familia.

Enfermería ocupa, dentro del equipo de salud, un lugar de privilegio, ya que es quien permanece la mayor cantidad de tiempo junto al paciente, esto le permite ejercer plenamente el rol de “Cuidador”.

La tarea de cuidar tiene dos finalidades claramente explicadas: ayudar a las personas a afrontar los problemas que les impiden satisfacer sus necesidades básicas con el fin de que puedan llevar una vida plena, y ayudar a obtener el mayor grado de bienestar posible dentro del contexto de la enfermedad; ambas finalidades identifican claramente la función básica de enfermería.

La enfermería en Cuidados Paliativos desarrolla sus actividades en el contexto enmarcado por el cuidado de los pacientes y familias en los cuales la enfermedad progresa inexorablemente hacia la muerte, junto con el resto del equipo debe esforzarse en aliviar los problemas, facilitar los procesos de adaptación a la situación de terminalidad, contribuir a la comunicación paciente-familia-equipo y colaborar con los diferentes recursos potencialmente implicados.

Poder lograr estos objetivos no solo depende de una amplia formación general, sino también de una formación específica en Cuidados Paliativos, ya que la problemática con que deberá enfrentarse tiene características propias e implica el aceptar que no todos los pacientes se van a curar y gran parte de ellos morirán a muy corto plazo, esto implica cambiar la actitud curativa hacia una actitud paliativa, al igual que para los otros miembros del equipo, la madurez profesional y personal, la habilidad en detectar y atender los detalles, junto con la capacidad de obtener una

---

18

Alivio de dolor por cáncer y Cuidados Paliativos. OMS, Serie de Informes Técnicos N° 804, Ginebra, 1990

visión global de la situación, son aspectos relevantes de Enfermería en Cuidados Paliativos<sup>19</sup>.

## **Funciones de Enfermería en Cuidados Paliativos**

### 1. Función asistencial:

- Identificar problemas y necesidades actuales y potenciales del paciente y la familia.
- Realizar diagnósticos de enfermería y planificación de cuidados según objetivos y prioridades.
- Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente en el ámbito donde se encuentre: hospital o domicilio.
- Crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermero-paciente y permita un conocimiento más profundo e integral de la persona con enfermedad terminal.
- Proveer medidas de alivio y confort, contribuyendo al bienestar del paciente.
- Preservar la dignidad de la persona frente al sufrimiento y la inminencia de la muerte.
- Permanecer al lado del paciente estableciendo una relación de ayuda a través del acompañamiento
- Alentar al máximo la participación del enfermo en el proceso de atención, fomentando el autocuidado y la autoestima.
- Realizar la evaluación del dolor, identificando causas, mecanismo fisiopatológico y poner en práctica las medidas adecuadas para aliviar el sufrimiento.
- Detectar síntomas molestos y asegurar un control adecuado a través de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Observar, registrar y comunicar al resto del equipo sobre los cambios en el estado del paciente.
- Prevenir complicaciones y situaciones de crisis.
- Alentar la comunicación a través del tacto y otras medidas no verbales.
- Brindar soporte, información y entrenamiento a la familia permitiendo una activa participación de la misma en los cuidados.
- Orientar el apoyo emocional del paciente y sugerir alternativas de ayuda de otros profesionales.
- Brindar soporte a la familia en el período de duelo.

---

19

Enfermería en Cuidados Paliativos, López Imedio, Eulalia. Editorial Panamericana, Madrid, España, 1998.

## 2. Función docente:

- Responder a las necesidades del paciente en relación a explicación acerca de medidas farmacológicas y no farmacológicas propuestas.
- Entrenamiento y supervisión de la familia en técnicas de cuidados y administración del tratamiento.
- Capacitación de colegas, miembros del equipo de salud y la comunidad, en temas de Cuidados Paliativos

## 3. Función administrativa:

- Provisión y coordinación de recursos.
- Implementación de sistemas de registro y comunicación interprofesionales.
- Coordinar las intervenciones del equipo interdisciplinario.
- Supervisión de las intervenciones y tratamientos terapéuticos, así como de la calidad en la asistencia.

## 4. Función de investigación:

- Intervenir en la elaboración y aplicación de protocolos clínicos y trabajos de investigación científica.
- Difusión de los resultados en eventos y publicaciones relacionadas con Cuidados Paliativos.

Algunas de las barreras se relacionan a la variabilidad individual frente a las terapias curativas, a la falta de definición concreta sobre el punto en el que cualquier terapia curativa no tendrá efecto y producirá inseguridad en el médico para dictaminar el status de incurable o terminal, o bien evitará dicho diagnóstico, ya sea por un sentido de protección paternalista hacia el enfermo y su familia, o por una incapacidad para afrontar las consecuencias emocionales que implica ventilar este diagnóstico para el médico mismo y para el binomio enfermo-familia, estas circunstancias han permitido el debate de algunos dilemas de carácter técnico y moral, y han producido la inclusión de algunos abordajes que reducen la inseguridad del personal de salud y promueven la calidad de vida, basados en los principios universales de la atención médica: beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia<sup>20</sup>.

Algunos de los temas asociados a estos principios en el entorno de la enfermedad terminal son la búsqueda de la Ortotanasia o bien morir, la cual de forma popular suele referirse como eutanasia, versus distanasia o muerte en condiciones de sufrimiento extremo, para la consecución de esta

---

<sup>20</sup> Herranz, G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial EUNSA, Pamplona 1992

Ortotanasia se han reforzado algunos procesos de la atención médica como lo son: el consentimiento y la visualización del encarnizamiento terapéutico, como un producto perverso del interés curativo irreflexivo, en contraposición de los cuidados paliativos que reconocen las limitaciones de la ciencia y la tecnología y la finitud de la vida como un proceso natural.

# **CAPITULO II**

# **CÁNCER**

Intenta imaginar a tu ser amado, solo por un momento, ya no mas enfermo, ya no mas desgastado y cansado, si no ligado a la mismísima energía de Dios, aquí en la tierra, a tu amado confiaste tu amor. ¿Ahora podrás confiar a tu amado al amor de Dios?

Eugenia Price

## CÁNCER

El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas conocidas como cancerígenas o cancerosas, con crecimiento y división más allá de los límites normales o invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis, la metástasis es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis.

Estas propiedades diferencian a los tumores malignos de los benignos, que son limitados y no invaden ni producen metástasis las células normales al sentir el contacto con las células vecinas inhiben la reproducción, pero las células malignas no tienen este freno la mayoría de los cánceres forman tumores pero algunos no como la leucemia<sup>21</sup>.

El cáncer puede afectar a todas las edades, incluso a fetos, pero el riesgo de sufrir los más comunes se incrementa con la edad, el cáncer causa cerca del 13% de todas las muertes, de acuerdo con la sociedad americana del cáncer, 7,6 millones de personas murieron de cáncer en el mundo durante el 2007

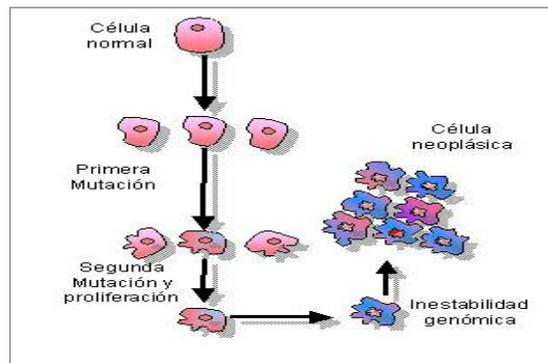
Según la OMS el término "Cáncer" es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo; también se habla de tumores malignos o neoplasias, una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de los límites normales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis.

El término neoplasia: significa de acuerdo a sus raíces etimológicas: tejido de nueva formación. "Neoplasia" se aplica generalmente a los tumores malignos o también pueden ser proliferaciones de células con comportamiento descontrolado; aunque puede emplearse de manera genérica, donde significará simplemente "Tumor", existen, en resumen, dos tipos de neoplasias, que son las benignas o tumores benignos y las malignas o cáncer. Tumor: Inicialmente, el término tumor, se aplicó a la tumefacción, hinchazón, "Bulto" o aumento localizado de tamaño, en un órgano o tejido, incluso, el concepto aún se aplica cuando se dice que los cuatro signos cardinales de la inflamación son "Tumor, dolor, calor y rubor", con el transcurso del tiempo se olvidó el sentido no neoplásico de la palabra tumor y en la actualidad el término es el equivalente o sinónimo de neoplasia; y por lo tanto, se dice que hay tumores benignos y malignos<sup>22</sup>.

---

21 Gil, Inmaculada. "CARCINOGENESIS: Fundamentos etiológicos del cáncer". Valladolid: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Valladolid, 1997. Pag: 37-47.

22 Juan Eloy Ruiz Castro. Tesina de Licenciatura. Departamento de Estadística e Investigación. Operativa. "Modelos Estadísticos de la Supervivencia Aplicados al Estudio del Cáncer". Granada, 1995.



## Epidemiología en México y en el mundo

El cáncer representa uno de los mayores problemas no sólo para la salud pública y la medicina preventiva, sino para la ciencia en general, adquiere su mayor relevancia sanitaria en los países económicamente desarrollados, mientras que en los que se encuentran en vías de desarrollo va incrementando sus cifras a medida que se controlan los problemas de nutrición y las enfermedades transmisibles<sup>23</sup>.

El cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país que es México y es posible que en un futuro próximo, al igual que sucede en los países desarrollados, en México ocupe el primer lugar de frecuencia y mortalidad, todo esto está directamente relacionado con múltiples factores, entre ellos la edad, a mayor edad, se incrementa el riesgo de padecerlas.

En México la esperanza de vida es alrededor de 72 a 75 años de edad, en el caso de los tumores y, de acuerdo con diferentes estadísticas nacionales e internacionales, los pacientes mayores de 65 años tiene una frecuencia que duplica a las personas entre 45 -65 años de edad de padecer Cáncer.

## Mortalidad, indicadores de mortalidad y tendencia

El cáncer constituye la segunda causa de muerte en España, con una tasa de mortalidad de 174,78 X 10 en 1985. Representa el 22 % de las 312.532 defunciones registradas en nuestro país, en ese año, el 25,1 % de las de los varones y el 18,5 % de las mujeres. En Estados Unidos, la proporción de muertes por cáncer es similar, un 22,9 %, mientras que en las mujeres es sensiblemente superior, un 24,9 %. Los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística , a partir de 1900 permiten conocer la evolución de las tasas durante el presente siglo.

<sup>23</sup> Manual de cancerología, secretaria de salubridad y asistencia, comité técnico de la campaña nacional contra el cáncer México 1992

Las cifras históricas deben contemplarse con reserva, ya que los criterios de clasificación de una enfermedad, la capacidad de detección y su registro han sido variables a lo largo del tiempo, por lo que dichas cifras no son directamente comparables con las que se obtienen actualmente, salvo que se tengan en cuenta los factores mencionados. Además, hay que valorar el cambio de patología que sufre una comunidad con el desarrollo, al disminuir las enfermedades transmisibles, se incrementa la expectativa de vida, alcanzando un mayor número de personas en edad apropiada para enfermar por cáncer<sup>24</sup>.

## **Incidencia**

En el mundo se espera que se produzcan unos 7,5 millones de casos de cáncer en los 5.300 millones de personas que lo habitan. Prácticamente, la mitad de los cánceres, un 49,3 %, se producen o se diagnostican en el mundo desarrollado, a pesar de que la población de éste constituye tan sólo una cuarta parte de la existente en la Tierra. Es de destacar que existen diferencias notables entre los países desarrollados y en vías de desarrollo.

En el mundo desarrollado, el Cáncer más frecuente es el de pulmón seguido del colon y recto, mientras que, en los países en vías de desarrollo, el Cáncer más frecuente es el de cuello uterino, un tumor cuya mortalidad, gracias a la prevención secundaria, ocupa un lugar muy secundario en los países desarrollados. En el mundo, el Cáncer más frecuente en la mujer es el de mama, y en los varones, el de pulmón. Cuando se analizan de manera global los datos, el cáncer más frecuente en el mundo es el de estómago seguido muy de cerca por el de pulmón<sup>25</sup>.

En cuanto a las estadísticas en México, a habido un incremento de la morbi-mortalidad en relación con las enfermedades oncológicas, siendo de las mas comunes, el Cáncer de pulmón, el de cérvico-uterino, mama, próstata, testicular y otros de menor prevalencia respectivamente como el gástrico y los tumores de cabeza y cuello<sup>26</sup>.

Actualmente el Cáncer de pulmón muestra un incremento constante en la incidencia siendo la neoplasia mas común en el mundo entre 1996 y 2000 27, 310 casos de defunción hubo por esta neoplasias.

Por otra parte, en países desarrollados el Cáncer de endometrio ocupa el primer lugar de

---

<sup>24</sup> Carmen Martínez García. "El Cáncer en Granada. Incidencia y Mortalidad. 1988-90". Escuela Andaluza de Salud Pública. 1994. Pag: 1-7.

<sup>25</sup> AA.VV. "Estadística Oncológica de la Fundación Científica de la Asociación Española Contra el Cáncer. Años 1995 y 1996". Departamento Nacional de Estadística y Epidemiología de la Fundación Científica de la A.E.C.C. Calle Reboleña, 20-50002. Zaragoza (España). Pag: 268-280; 57-60; y 29-45.

<sup>26</sup> Revista nacional del instituto de cancerología de México Vol. 46, Num. 2, Año 2000

neoplasias, en cuanto a México la primare causa de muerte es por neoplasias ginecológicas donde se encuentra la de Cáncer cérvico-uterino, ovario y en tercer lugar la de endometrio respectivamente, tan solo en el año de 1997 se notificaron 1, 938 casos nuevos en nuestro país.

## **Factores de riesgo.**

Dado que el cáncer no es una sola enfermedad, no tiene una sola causa, muchas causas o factores de riesgo pueden contribuir a la posibilidad de que una persona contraiga el cáncer, los factores de riesgo son diferentes con cada tipo de cáncer, es importante recordar que una de cada tres personas padecerá cáncer durante su vida.

Los factores de riesgo son elementos que aumentan la posibilidad de contraer cáncer, la mayoría de los cánceres probablemente se relacionan con más de un factor de riesgo, algunos factores de riesgo pueden controlarse mientras que otros no, y pueden incluir elementos tales como edad, raza, sexo, factores genéticos, dieta y exposición a sustancias químicas, radiación y tabaco.

La genética desempeña una gran función para la mayoría de los cánceres, como es el caso del cáncer de mama y el cáncer de colon, esto significa que la historia de salud de una familia puede constituir un factor de riesgo para algunos tipos de Cáncer.

- *Tabaco:* Treinta por ciento de todos los cánceres se atribuyen a fumar o mascar tabaco, el consumo de cigarrillos se asocia también con cánceres de boca, faringe, laringe, esófago, páncreas, riñón y vejiga.
- *Dieta:* Los investigadores descubrieron que tipos diferentes de alimentos consumidos repercuten en el riesgo de contraer cáncer, aproximadamente 30% de los cánceres se relacionan con la dieta
- *Agentes infecciosos:* Algunos virus tienen la capacidad de transformar células en cáncer, ejemplos incluyen a) el virus del papiloma humano o VPH y el cáncer del cuello del útero y b) el virus de Epstein-Barr y el linfoma.
- *Exposición en el trabajo:* La exposición en el trabajo incluye ocupaciones de alto riesgo como mineros de uranio, trabajadores de plantas de asbesto, ciertos obreros de plantas químicas y obreros de plantas nucleares.
- *Factores reproductivos:* La categoría de los factores reproductivos hace referencia a los factores de riesgo entre mujeres, por ejemplo, el riesgo de cáncer de mama aumenta si una mujer no tiene hijos antes de los 30 años de edad, enfermedades de transmisión sexual incrementan también el riesgo de cáncer del cuello uterino.

- *Estilo de vida sedentario:* La falta de movimiento adecuado durante el día puede aumentar el riesgo de cáncer, las propias defensas del cuerpo funcionan mejor cuando la persona realiza ejercicios y mantiene el peso ideal, ejercicios moderados como caminar o subir escaleras pueden ayudar.
- *Alcohol o Drogas:* El alcohol contribuye al riesgo de contraer cáncer, las personas que beben demasiado o que abusan de las drogas indebidamente, tal vez no comen bien o se cuidan.
- *Contaminación:* A pesar de que las personas consideran que la contaminación ambiental es una causa importante de cáncer, de hecho, pocos casos se han relacionado con la contaminación, pero la investigación no ha concluido, la causa de muchos cánceres es desconocida, otros factores que interactúan para aumentar el riesgo de cáncer son edad, equilibrio hormonal, respuesta a la tensión y condición del sistema inmune.

Tipo de Cáncer	Alcohol	Obesidad	Uso de tabaco	Exposición ambiental
Pulmón	X		XXX	XX
Colon / Recto	XX	X	X	
Mama	XX	XX		
Próstata				X
Estómago				X
Boca / Faringe	X		XXX	X
Riñón		XX	X	
Ovario				
Páncreas			XXX	
Hígado	XXX			X
Cuelo del útero			XXX	
Vejiga			XXX	XX
Esófago	XXX		XXX	X
Laringe	XXX		XXX	X
Tiroides				XX
Útero			XXX	
Vesícula		X		
Nasofaringe			XX	X

Leyenda:

**XXX:** Aumenta considerablemente el riesgo

**XX:** Aumenta levemente el riesgo

**X:** Puede aumentar el riesgo

**Cuadro Clínico del cáncer.**

El cáncer puede causar una variedad de síntomas, los posibles signos de cáncer pueden ser los siguientes:

- Engrosamiento o bulto en el seno o en cualquier otra parte del cuerpo
- Lunar nuevo o un cambio obvio de una verruga o de un lunar ya existente
- Llaga que no sana
- Tos o ronquera persistente
- Cambios en los hábitos del intestino o vejiga
- Indigestión que no se quita o dificultad al pasar alimentos
- Cambio de peso sin razón aparente
- Hemorragia o secreción no acostumbradas

Cuando surgen estos síntomas u otros, no siempre son causados por cáncer. Pueden ser causados por infecciones, tumores benignos u otros problemas, la persona que tiene estos síntomas u otros no debe esperar a sentir dolor, el Cáncer al principio generalmente no causa dolor<sup>27</sup>.

## **Diagnostico del cáncer**

La evaluación del cáncer comienza con una historia clínica y una exploración física, ambos, ayudan al personal de salud en especial al medico a evaluar el riesgo de cáncer que tiene una persona y a determinar los estudios necesarios para detectarlo, en general, la búsqueda del cáncer forma parte del examen médico de rutina y se realiza fundamentalmente para detectar los cánceres de tiroides, de testículo, de boca, de ovario, de piel y de ganglios linfáticos.

Ya que existen varios tipos diferentes de cáncer y que sus tratamientos varían, diagnosticar su presencia y determinar la específica variedad a la que pertenecen es esencial.

Esto requiere, prácticamente siempre, la obtención de una muestra del tumor sospechoso para examinarla al microscopio, puede ser necesario efectuar varias pruebas especiales sobre la muestra para caracterizar más detalladamente el Cáncer, conocer el tipo de Cáncer ayuda al médico a determinar los estudios que debe realizar, ya que cada cáncer tiende a seguir un patrón propio de crecimiento y de extensión.

En más del 7 por ciento de los pacientes con Cáncer, los estudios identifican metástasis incluso antes de que se distinga el cáncer original, algunas veces el cáncer original puede no ser descubierto, sin

---

<sup>27</sup>

I. M. Ariel, progresos en cancerología clínica. Vol. III edit. Científico-medica, Mex 1986

embargo, habitualmente se puede identificar el tipo del tumor primario realizando una biopsia de las metástasis y examinando el tejido al microscopio.

No obstante, la identificación no es siempre fácil o segura, la intensidad de la búsqueda del tumor primario está determinada por el diagnóstico realizado sobre el tejido, en general el personal de salud buscan el tumor primario si al tratarlo se puede influir significativamente en la supervivencia, por ejemplo, en el cáncer de mama, si identificar el tumor primario no cambia el programa de tratamiento o la supervivencia, no tiene sentido efectuar más pruebas.

Las pruebas de detección precoz tratan de identificar el cáncer antes de que provoque síntomas. Si una prueba da un resultado positivo, se necesitan otras pruebas posteriormente para confirmar el diagnóstico.

Un diagnóstico de Cáncer debe hacerse siempre con absoluta certeza, lo cual habitualmente requiere una biopsia, es también esencial determinar el tipo específico de Cáncer. Cuando se detecta el cáncer, otras pruebas para determinar el estadio del mismo ayudan a conocer su exacta localización y si se ha extendido a otros órganos.

### **Tratamiento del cáncer.**

El cáncer puede tratarse con cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal o con terapia biológica, dependiendo del tipo y ubicación del cáncer, de si la enfermedad se ha extendido, la edad y salud general del paciente y de otros factores, puesto que el tratamiento para el cáncer puede dañar también células y tejidos sanos, con frecuencia causa efectos secundarios, algunos pacientes se pueden preocupar de que los efectos secundarios sean peores que la enfermedad, sin embargo, generalmente hay discusión sobre las opciones de tratamiento comparando los beneficios probables de destruir las células cancerosas y los riesgos de efectos secundarios posibles.

- a) La cirugía: es un procedimiento para extirpar el cáncer, los efectos secundarios de la cirugía dependen de muchos factores, inclusive del tamaño y lugar del tumor, el tipo de operación y el estado general de salud del paciente, los pacientes tienen algo de dolor después de la cirugía, pero este dolor se puede controlar con medicina, también es común que los pacientes se sientan cansados o débiles por un tiempo después de la cirugía, los pacientes se pueden preocupar de que se extienda la enfermedad al tener una biopsia u otro tipo de cirugía por cáncer, esto sucede muy raras veces porque los cirujanos toman precauciones especiales para impedir que el cáncer se disemine durante la cirugía, exponer el cáncer al aire durante la

cirugía no causa que se disemine la enfermedad<sup>28</sup>.

- b) La radioterapia usa rayos de alta energía para destruir las células cancerosas en un área determinada, la radiación puede administrarse en forma externa por medio de una máquina que apunta la radiación al área del tumor, también se puede administrar internamente; agujas, semillas, alambres o catéteres que contienen una sustancia radioactiva se implantan cerca del cáncer, los tratamientos de radiación no causan dolor, los efectos secundarios son ordinariamente temporales y la mayoría pueden tratarse y controlarse.

Es posible que los pacientes se sientan muy cansados, especialmente en las últimas semanas del tratamiento, la radioterapia puede causar también la disminución del número de glóbulos blancos en la sangre, los cuales ayudan a proteger el cuerpo contra la infección, con radiación externa, es también común perder el pelo temporalmente en el área tratada y que la piel se ponga roja, reseca, sensible y con picazón<sup>29</sup>.

- c) La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir células cancerosas en todo el cuerpo, las células sanas también pueden ser dañadas, especialmente las que se dividen rápidamente, se pueden usar un fármaco o una combinación de fármacos, los efectos secundarios de la quimioterapia dependen principalmente de los fármacos y de la dosis que recibe el paciente, la pérdida de pelo es un efecto secundario común de la quimioterapia; sin embargo, no todos los fármacos contra el cáncer causan pérdida de pelo.

Los fármacos anticancerosos pueden también causar fatiga temporal, pérdida del apetito, náuseas y vómitos, diarrea, o llagas en la boca y labios, los fármacos para impedir o reducir las náuseas y vómitos pueden ayudar con algunos de estos efectos secundarios, las células normales generalmente se recuperan cuando ha terminado la quimioterapia, por lo que la mayoría de los efectos secundarios desaparecen gradualmente después de que termina el tratamiento<sup>30</sup>.

- d) La terapia hormonal se usa para tratar ciertos cánceres que dependen de hormonas para su crecimiento, la terapia hormonal impide que las células cancerosas utilicen las hormonas que necesitan para crecer, este tratamiento puede incluir el uso de fármacos que detienen la producción de ciertas hormonas o que cambian la forma como funcionan las hormonas, otro

---

<sup>28</sup> Ricardo Plancarte Sánchez, Medicina peri operatoria, en el paciente con cáncer. , Edit. Manual moderno Mex 2006.

<sup>29</sup> Kamuel Said y Abosalf. "Incidencia de la infecciones en pacientes cancerosos en la comarca de Linares". Tesis Doctoral. Jaén, 1999. Pag: 2-15.

<sup>30</sup> Atlas de Mortalidad por Cáncer y Otras Causas en España 1978-1992". Fundación Científica de la Asociación Española Contra el Cáncer. Madrid, España. 1996. Material Especial: Disquete.

tipo de terapia hormonal es la cirugía para extirpar los órganos que producen hormonas.

Por ejemplo, los ovarios pueden ser extirpados para tratar el cáncer de seno. Los testículos pueden ser extirpados para tratar el cáncer de próstata, la terapia hormonal puede causar un número de efectos secundarios, los pacientes pueden sentirse cansados o retener líquidos, subir de peso, tener bochornos o sofocos, náuseas y vómitos, cambios de apetito y, en algunos casos, coágulos de sangre.

- e) La terapia biológica utiliza directa o indirectamente el sistema inmune del cuerpo para combatir la enfermedad y puede aminorar algunos de los efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer, los anticuerpos monoclonales, el interferón, la interleucina-2 y los factores estimulantes de colonias son algunos tipos de terapia biológica.

## **Dolor en pacientes con cáncer**

Según la “Asociación Internacional para el Estudio del Dolor” el dolor se define como "Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño real o potencial del tejido, o se describe en términos de dicho daño", sin embargo, para todos nosotros, el dolor es simplemente una sensación desagradable de que algo nos hace daño<sup>31</sup>.

Tener cáncer no siempre significa tener dolor, que un paciente tenga o no dolor puede depender del tipo de cáncer, de la extensión de la enfermedad y de la tolerancia del paciente al dolor, la mayoría de las veces, el dolor ocurre cuando el cáncer crece y presiona contra los huesos, órganos y nervios, el dolor puede ser también un efecto secundario del tratamiento, sin embargo, el dolor puede aliviarse o aminorarse generalmente con medicamentos que requieren receta o con fármacos recomendados por el médico pero que no necesitan receta.

Otra forma de reducir el dolor, es por medio de los ejercicios de relajación, pueden también ser útiles, no se debe aceptar el dolor como algo que no se puede evitar por el hecho de tener Cáncer, es importante que los pacientes hablen del dolor para que se tomen las medidas necesarias para ayudar a aliviarlo, el miedo de hacerse adicto o de perder el control no debe impedir que los pacientes tomen medicamentos para el dolor, los pacientes que toman medicamentos para el dolor causado por el Cáncer, según lo ordene el médico, rara vez se hacen adictos a ellos. Además, si el paciente tiene efectos secundarios problemáticos, el cambio de dosis o de tipo de medicamento puede ayudar generalmente<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Dolor - Janssen-Cilag  
[www.janssen-cilag.es/disease/detail.jhtml?itemname=pain\\_about](http://www.janssen-cilag.es/disease/detail.jhtml?itemname=pain_about)  
Noviembre 25 2011

<sup>32</sup> Vicent T. Devita Jr./ Samuel Hellman/ Steven A. Rosenberg. Ed. Medica Panamericana, quinta edición. Vol.2

De los enfermos con Cáncer avanzado, el 60-80% tiene dolor de moderado a severo. La prevalencia del dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad y éste va a ser uno de los factores que más afecte a la calidad de vida del paciente.

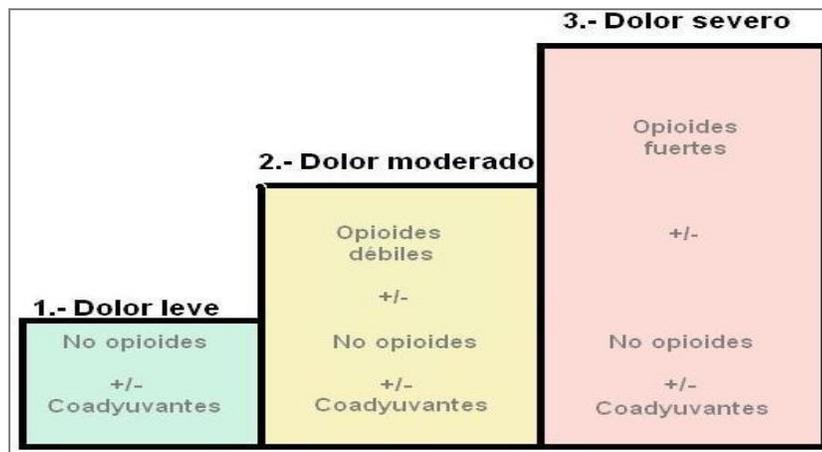
## Escalera analgésica de la OMS

La Escalera Analgésica de la Organización Mundial de la Salud, también denominada 'Escalera del dolor de la OMS', 'Escalera terapéutica del dolor de la OMS' o simplemente 'Escalera analgésica', es una expresión original acuñada en el año 1984 en Ginebra y publicada en 1986 por la Organización Mundial de la Salud, para describir un método o protocolo de tratamiento y control del dolor en el cáncer, no debe confundirse con las escalas de dolor que se utilizan para conocer el grado y evolución del dolor.<sup>33</sup>

1º Escalón (dolor leve): No opioides +/- coadyuvantes

2º Escalón (dolor moderado): Opioides débiles +/- No opioides +/- coadyuvantes

3º Escalón (dolor severo): Opioides fuertes +/- No opioides +/- coadyuvantes



### 1. Fármacos del primer escalón:

- No opioides - Dolor leve, estos analgésicos tienen un límite en el alivio del dolor, es el denominado techo analgésico, es decir, llega un momento que aunque se aumente la dosis del medicamento no aumenta el alivio del dolor (analgesia). Además no mejora su eficacia administrando varios medicamentos de este tipo a la vez, AINES (Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos) y derivados: aspirina, ibuprofeno, diclofenaco,

<sup>33</sup> Escalera analgésica de la OMS - Wikipedia, la enciclopedia libre  
es.wikipedia.org/wiki/Escalera\_analgésica\_de\_la\_OMS  
Noviembre 28 de 2011

ketorolaco, otros: paracetamol o acetaminofén, metamizol (o dipirona).

## 2. Fármacos del segundo escalón

- Opioides débiles - Dolor moderado, en este escalón se incorporan como analgésicos los opioides débiles y se mantienen los AINES del primer escalón ya que los opioides actúan en el sistema nervioso central y los analgésicos no opioides en el sistema nervioso periférico, el tramadol ha mostrado una mayor eficacia y menores efectos secundarios en este nivel, la dosis puede incrementarse hasta llegar al techo de eficacia ya que los opioides débiles también tienen un techo analgésico Opioides débiles: Tramadol, codeína, hidrocodona (o dihidrocodeinona, vicodina), dihidrocodeína (dicodin), oxicodona a dosis bajas, dextropropoxifeno, propoxifeno (darvon), y buprenorfina
- Hay autores que sitúan la buprenorfina en el tercer escalón pero es importante señalar que al ser un agonista no puro tiene techo analgésico, a diferencia de los agonistas puros (opioides fuertes como la morfina, fentanilo y metadona).

## 3. Fármacos del tercer escalón:

- Opioides fuerte - Dolor grave “Molécula de la morfina” en este escalón se sustituyen los opioides débiles por los opioides fuertes como analgésicos y se mantienen los AINES del primer escalón, cuando la administración no es posible por vía oral se aplicarán los medicamentos por vía transdérmica o subcutánea, en este escalón el cambio o la rotación de un medicamento a otro del mismo escalón debe hacerse si se produce fallo en el control del dolor, toxicidad, tolerancia o dolor refractario. Opioides fuertes: Morfina, hidromorfona, metadona, fentanilo, diamorfina, oxicodona de liberación retardada, heroína, levorfanol.
- Dolor grave refractario - Analgesia radical Cuando el dolor no desaparece con las soluciones anteriores y se vuelve refractario u ocasiona unos efectos secundarios indeseables debe considerarse la aplicación de procedimientos más radicales, estos procedimientos pueden incluirse en un amplio tercer escalón o, considerarse medidas analgésicas de un cuarto y hasta un quinto escalón

## **Principio del doble efecto en el manejo del dolor**

El uso de opioides y otras drogas que pueden alterar el estado de vigilia del paciente es habitual en Medicina Paliativa, no es infrecuente que el recurso a este tipo de terapias genere dudas en la familia y/o en el equipo de salud; se teme que los efectos adversos de estas drogas como hipotensión, depresión respiratoria, etc. podrían representar una forma de eutanasia, ante esta inquietud cabe

recordar, en primer lugar, que cuando se utilizan en forma adecuada, los efectos secundarios de estas drogas no son tan frecuentes como se solía afirmar en el pasado; sin embargo, aun cuando en algún caso se pueda prever la ocurrencia de ciertos efectos adversos, ello no significa que usar estas terapias sea moralmente reprobable<sup>34</sup>.

El clásico principio ético conocido como doble efecto o voluntario indirecto es la regla de actuación moral que, correctamente aplicada permite saber si es correcto realizar una acción que produce, simultáneamente, efectos buenos y malos; y señala algunas condiciones que deben darse para que un acto que tiene dos efectos uno bueno y uno malo sea moralmente lícito; estas condiciones son:

- La acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente
- El efecto malo previsible no sea directamente querido, sino solo tolerado
- El efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo;
- El bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido.

Si se aplica este principio, por ejemplo, al tratamiento analgésico con dosis altas de opioides, vemos que, si lo que se busca directamente es aliviar el dolor, efecto bueno habiendo agotado otras terapias que carecen de efectos negativos, no habría inconvenientes éticos en administrar opioides, siempre y cuando los efectos adversos, como una eventual hipotensión, depresión del centro respiratorio y/o sedación, no sean directamente buscados, sino solo tolerados dado que no se dispone de otras alternativas eficaces de tratamiento. En estas condiciones, esta forma de terapia representaría el mayor bien posible para ese paciente.

En relación con la supresión de la conciencia, necesaria a veces, por ejemplo, en pacientes muy agitados, se aplicaría el mismo principio, dado que las facultades superiores se consideran un bien objetivo de la persona, no sería lícito privar a nadie de su conciencia sin una razón justificada. Para que sea moralmente lícita, esta privación de conciencia tiene que obedecer a un motivo terapéutico proporcionado y no debe ser directamente querida, sino solo tolerada. No sería lícito, por ejemplo, sedar a un paciente por razones como falta del personal necesario para la atención.

---

<sup>34</sup> Principios éticos relevantes en la atención de pacientes terminales  
escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica12/PrincipiosEticos.html  
Dra Paulina Taboada Rodríguez Directora del Centro de Bioética. Noviembre 2011

# **CAPITULO III**

# **DUELO**

La muerte no solamente limita la vida, sino que la abarca; no solo la interrumpe, sino la consume; no solo la amenaza, sino le da sentido.

Cebodevilla

## DUELO

El duelo del latín *dolium*, dolor o aflicción es la 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.<sup>35</sup>

El duelo es una reacción a la muerte de una persona querida acompañada por síntomas característicos de un episodio de depresión mayor como la tristeza, insomnio o pérdida del apetito; sin embargo ese estado de ánimo depresivo es considerado como normal

De la misma forma son varios los autores que se han interesados en analizar el duelo para tratar de comprender sus causas, manifestaciones y su curso, como Freud el cual se refirió a la experiencia del duelo como “La reacción frente a la pérdida de una persona amada o de un abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad o un ideal.”

El duelo es como una reacción extremadamente dolorosa, pero normal, que se desencadena a partir de la raíz de un rompimiento de una relación personal, cuyo proceso cumple una función homeostática, pues su finalidad es lograr la adaptación del duelo a la pérdida.

Desde la perspectiva de los cognitivos conductuales el duelo es definido como “Un síndrome específico, entendiéndolo como la emancipación de los lazos existentes con la persona fallecida, la readaptación al medio ambiente y la forma de nuevas relaciones”, así el duelo es percibido como una crisis, como un estado temporal de trastornos y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo, para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo<sup>36</sup>.

La resolución inadecuada de las crisis en la vida puede conducir a un deterioro psíquico a largo plazo, o limitar la posibilidad de una adaptación futura; mientras que por otro lado la crisis es también entendida como una oportunidad para el desarrollo, en un sentido positivo, es decir, que le sirva para quedar un mejor nivel de bienestar para tener más estrategias de resolución, solucionar asuntos pendientes, nuevas perspectivas para la vida.

Como ya se menciona anteriormente la definición de duelo, para poder entender de una forma más amplia el concepto, se menciona a continuación las diferentes etapas de duelo por las que atraviesa un ser humano.

---

<sup>35</sup>

García-Pelayo GR. Pequeño Larousse en color. México Ediciones Larousse, 1993; p:333

## El proceso del duelo.

Se entiende como la pérdida, el examen de realidad dice al individuo que al sujeto amado ya no existe, exhortándolo a desligarse de él, la persona se muestra renuente, ya que es un proceso largo y doloroso desunirse de un objeto que continúa existiendo dentro de su mundo psíquico, por lo tanto, es normal que el sujeto trate de retener el vínculo afectivo que une al objeto perdido, y solo le es posible retirar la libido del objeto muy lentamente hasta que el yo es libre nuevamente.

La elaboración del duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia, por lo tanto, un duelo se completa cuando somos capaces de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor<sup>37</sup>.

Si se permite que la elaboración del duelo siga su curso natural, es posible anticipar un marco característico de tiempo<sup>38</sup>

- Etapa I: Ruptura de los antiguos hábitos: Que abarca de un día hasta 8 meses.
- Etapa II: Inicio de la reconstrucción de la vida: Abarca de la octava semana hasta un año.
- Etapa III: Búsqueda de nuevos objetos de amor, o valorar los que se tiene: A partir del primer año hasta los dos años.
- Etapa IV: Terminación del reajuste: Después de los primeros dos años.

Según James Worden concibe al duelo como un proceso que se resolverá con cuatro tareas principales, y sostiene que de no completarse estas cuatro tareas, los sujetos presentarían un duelo patológico.

Las cuatro tareas son:

1. Primera tarea: Aceptar la realidad de la pérdida, la persona que sufre la pérdida debe aceptar que esta es irreversible
2. Segunda tarea: Viviendo el dolor de la pérdida, obliga al doliente a ponerse en contacto con sus emociones. Involucra sentimientos de ira y culpa.
3. Tercera tarea: Adaptación al medio ambiente sin la persona perdida, la readaptación es complicada porque el sujeto no se da cuenta del gran número de roles que juega la persona.

---

<sup>37</sup>

Jorge Bucay, El camino de la felicidad, edit. Grijalbo.

<sup>38</sup>

O'Connor, Déjalos ir con amor, la aceptación del duelo. editorial Trillas Mex

4. Cuarta tarea: Retiro de la energía emocional de la persona querida y reinventarla en una nueva relación.

De acuerdo con Montoya. J. , desarrollo una serie de fases que según él, son necesarias para elaborar el duelo:

- Primera fase: la aflicción aguda. Sus características más importantes son: incredulidad, negación, inquietud, llanto, repetición mental de los eventos que condujeron a la pérdida.
- Segunda fase: conciencia de la pérdida. Los síntomas y reacciones iniciales gradualmente pierden intensidad y la persona acepta intelectualmente la nueva situación.
- Tercera fase: Conservación-aislamiento la aflicción se parece a una depresión.
- Cuarta fase: cicatrización. Aceptación intelectual y emocional de la pérdida que permite a la persona desarrollar nuevas actividades y madurar
- Quinta fase: la persona recupera su nivel normal de autoestima y logra encontrar sustitutos.

De acuerdo con Kübler-Ross, Medico tanatologa y conferenciante sobre el arte de acompañar a los enfermos terminales, desarrollo 5 etapas las cuales las denomino etapas de agonía:

1. Negación:

- La mayoría de las personas responden con impacto cuando están próximas a morir “Oh, no, esto no me puede estar sucediendo a mí”, cuando las personas que rodean al paciente también niegan la realidad, éste no tiene con quién hablar y, como resultado, se siente solos y aislados, cuando existe alguna esperanza y se le asegura que él no estará solo no importa lo que ocurra, las personas pueden reducir el impacto y la negación inicial más bien rápidamente.

2. Ira:

- Después de darse cuenta de que están muriendo, las personas se ponen iracundas, preguntan: “¿Por qué yo?”, se vuelven envidiosas con los que están a su alrededor que son jóvenes y sanos, sienten ira no hacia las personas sino hacia la juventud y la salud que no tienen, no necesitan expresar su rabia para liberarse de ella

3. Negociación:

- El próximo paso puede ser: “Si, me está ocurriendo a mí, pero”, pero es una tentativa de negociar el tiempo, las personas pueden rezarle a Dios: “Si tú sólo me permitieras vivir

para ver a mi hija graduada o a mi hijo casado o nacer a mi nieto seré una persona mejor o yo no pediría más o yo aceptaré mi suerte en la vida”, estos pactos representan el conocimiento de que el tiempo es limitado y la vida es finita, cuando las personas dejan escapar el *pero*, son capaces de decir “sí, yo”.

#### 4. Depresión:

- En esta etapa, las personas necesitan llorar, afligirse por la pérdida de su propia vida, al expresar la profundidad de su angustia, pueden sobrellevar la depresión más rápidamente que si se sintieran presionadas a esconder su dolor.

#### 5. Aceptación:

- Finalmente, las personas pueden reconocer: “Mi tiempo está muy cercano ahora, y está bien”, no es necesariamente una época feliz, pero la gente que ha trabajado a través de su ansiedad y su cólera con la muerte y ha resuelto sus asuntos incompletos, fallecen con un sentimiento de paz consigo mismos y con el mundo<sup>39</sup>.

Un vez comprendido en que consiste el duelo y sus diferentes etapas, es de suma importancia hacer una comparación entre duelo normal y duelo patológico, que se menciona a continuación.

### **Duelo normal y patológico**

La atención o la necesidad de tratamiento se centra en una reacción normal ante la muerte de un ser querido y son comunes reacciones típicas de episodios de depresión mayor, la duración y la forma de expresar un duelo normal, puede variar dependiendo de la cultura.

Sin embargo, hablamos de un episodio depresivo mayor conocido como duelo patológico, si se mantienen por más de dos meses a partir de la pérdida, síntomas tales como: sentimientos de culpa, pensamientos de muerte, preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad, enlentecimiento psicomotor, deterioro funcional y prolongado, y experiencias alucinatorias distintas de las escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona perdida, aun que las fases del duelo son comunes, el duelo es un proceso individual, determinado por la historia y la personalidad de cada sujeto en donde además influyen las características particulares en las que ocurrió la pérdida <sup>40</sup>.

Al sufrir una pérdida el individuo pone en marcha diferentes procesos defensivos que constituyen una parte del duelo “sano”, la patología en el duelo es determinada por las formas que pueden adoptar dichas defensas y por el grado en que resulten irreversibles, es decir, el duelo patológico consiste en exageraciones o deformaciones del proceso normal.

---

39

Elisabeth Kubler-Ross, Sobre la muerte y los moribundos. Editorial Castalleno 2003

40

Navarro Serer, M. 2006. la muerte y el duelo como experiencia de vida. Acompañando el proceso de morir. Información Psicológica

Para considerar lo normal o lo patológico del proceso de duelo es necesario considerar los diferentes factores que intervienen, sobre todo el hecho de que el proceso consiga o no su finalidad: que el doliente sea capaz de reorganizar su vida a partir de la experiencia de la pérdida y logre una nueva adaptación al mundo sin el objeto amado

Se menciona que el duelo patológico sucede cuando voluntario o involuntariamente se interrumpe el proceso del duelo normal, la herida nunca llega a cicatrizar, el duelo patológico se puede deber a alguno de los siguientes factores.

- Cuando el proceso de duelo nunca empieza
- Cuando se detiene en algunas de las etapas
- Progresa hasta alguna de ellas y regresa recurrentemente hacia alguna anterior
- Se estanca intentando evitar otra etapa

Cabe mencionar que existen ciertos preeditores para el duelo patológico, tales como:

- Muertes repentinas
- Circunstancias traumáticas de muerte
- Historias de pérdidas múltiples
- Muerte de un niño
- El sujeto que sufre la pérdida se encuentra en etapa temprana o tardía.
- El sujeto sobreviviente es demasiado dependiente.
- Historias previas de duelos difíciles
- Depresiones mayores
- Poco apoyo socio familiar.

Se establece que existen manifestaciones del duelo sano que en la vida cotidiana se consideran anormales, algunas de estas manifestaciones son<sup>41</sup>:

Síntomas emocionales:

- Incluyen sentimientos de tristeza, enojo, culpa, ansiedad, soledad, impotencia, shock,

---

<sup>41</sup> Gómez Sancho, M. 2004. (1999). Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid: Ed Arán.

anhelo, alivio e irritabilidad o bloqueo.

Síntomas físicos:

- Malestares corporales tales como la opresión en el pecho, dolores de cabeza, dificultad para respirar, necesidad de suspirar, falta de energía y fatiga.

Síntomas cognitivos:

- Comportamiento distraído, aislamiento, conducta de búsqueda caracterizada por la inquietud.

En el duelo normal, se espera que estas manifestaciones vayan cediendo paulatinamente al irse elaborando el duelo, pues si no ocurre y su duración se extiende, las mismas situaciones pueden considerarse anormales.

Del mismo modo se establecen manifestaciones de un proceso de duelo que ha tomado un curso patológico y estas se pueden agrupar de la siguiente manera:

- Duelo crónico: Respuestas intensas y prolongadas del duelo, caracterizadas por un estancamiento en la depresión y resistencia a aceptar la pérdida como un hecho definitivo, este tipo de duelo está asociado con personas que son extremadamente dependientes en sus relaciones.
- Ausencia o inhibición del duelo: No se expresan sentimientos de aflicción, permanecen en un estado de negación que se extiende a las esferas cognitiva y emocional.
- Duelo aplazado: Se niega por largo plazo la pérdida, pero tarde o temprano, se cae en crisis de intensa depresión por algunos factores desencadenantes menores a la pérdida que no se elaboro.

Los factores predisponentes para que se tenga un duelo patológico pueden dividirse en tres tipos:

1. Factores externos: Circunstancias específicas antes, durante y después de la pérdida, así como el contexto social y cultural.
2. Factores relacionados al vínculo: Duelos patológicos pueden presentarse cuando se pierde a una persona con quien se tenía una relación familiar o íntima estrecha.
3. Factores personales: Características individuales de la persona que sufrió la pérdida tales como sexo, edad, personalidad, historia de vida, cada persona cuenta con un historial de pérdidas que también constituye un determinante en el curso de duelo, si en el pasado se han vivido ya duelos patológicos o episodios depresivos, es muy probable que aparezca la

patología de enfrentar nuevas pérdidas.

Existen tres tipos de personalidad que son propensas al duelo patológico.

- Quienes establecen relaciones ansiosas y ambientales, por lo general, provienen de familias en donde se sintieron rechazados. Pudieron tener padres que los amenazaban con abandonarlos o dejarlos de amar.
- Quienes prodigan cuidados de manera culposa, son personas que desde la niñez o la adolescencia se otorgan a si mismos la manera de cuidar al otro, ante una perdida en la edad adulta, tienden a caer en lo crónico.
- Quienes afirman independencia de los lazos afectivos, al perder a algunos de los padres durante la niñez, tuvieron que ver por si mismos o crecieron en un ambiente donde la conducta de apego o la expresión de los sentimientos fueron criticados; por lo tanto, se ven obligados a contener sus sentimientos y mostrarse duros.

También se ha revelado, que las crisis de duelo desemboque positiva o negativamente dependen de tres factores.

- La severidad del suceso que la estas precipitando.
- Los recursos personales (de afrontamiento).
- Los recursos sociales presentes en el momento de la crisis.

Ya se han explicado una gran cantidad de palabras encaminadas hacia el tema, los humanos experimentan procesos de duelo durante su vida por diferentes causas, pero que es lo que pasa cuando un humano experimenta este proceso debido o a causa de la enfermedad, como a continuación se menciona.

## PROCESO DE DUELO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

El diagnostico medico del cáncer provoca un cambio radical a nivel emocional tanto de los pacientes como de sus familiares, hay una ruptura en la rutina, y los niveles de estrés que experimentan la familia se incrementan, la familia y el personal de salud, como las enfermeras son sometidos a demandas de distintos tipos, desde proporcionar apoyo emocional a la persona enferma, hasta enfrentar un contexto totalmente desconocido y con un alto costo financiero, además, si con anterioridad al diagnostico habría problemas dentro del ambiente familiar, estos conflictos se exacerban en la mayoría de los casos.

Durante el tiempo que se diagnostica y médica a los pacientes con cáncer , sus familiares y ellos mismos encaran problemas psicológicos que aparecen al tener que lidiar con la enfermedad y su tratamiento, el diagnostico del cáncer es una experiencia dramática para una familia, aun cuando se han logrado grandes procesos en su tratamiento pero que pasa cuando no es así, y el paciente está en la fase terminal de su enfermedad, la familia tiene que cargar con un gran peso, mucha gente todavía piensa en él como una sentencia automática de muerte ya que comparada con otras enfermedades, el cáncer tiene aun, una tasa de mortalidad muy alta<sup>42</sup>

Uno de los problemas más comunes a los que se tienen que enfrentar el paciente y su familia son las emociones que el diagnostico de cáncer provoca, las más comúnmente mencionadas en la literatura son la ansiedad, culpa, enojo, y depresión, que constituyen estrés, producido por diversas razones, además de la manera como afrontan esta situación nueva, inesperada y que probablemente rebase sus capacidades emocionales, por tal motivo debemos de entender ciertas circunstancias por las que el paciente oncológico atraviesa, ya que la palabra cáncer se entiende como algo progresivo que va acabando con la salud de paciente, y si no se trata oportunamente puede terminar en la defunción del que la padece; por tal motivo es importante definir los conceptos de ansiedad, estrés, afrontamiento, solución de problemas y por supuesto actitud que van de mano con el paciente oncológico y su familia.

## ANSIEDAD.

Es necesario comprender como se desarrolla específicamente la ansiedad, el estrés y la forma como se afrontan estas situaciones, la ansiedad es una reacción que se puede presentar o no, dependiendo de la propensión que las personas tengan al experimentar o sumergirse en una situación potencialmente intimidante, el proceso que experimenta el individuo, desde el momento de la percepción de un evento amenazante, se puede apreciar cuando su nivel de atención se eleva con rapidez y comienza un sondeo general que se enfocara intensamente a la amenaza.

La atención de la persona se orientara estrecha e intensamente en la situación de amenaza, con una sensibilidad y distorsión perceptible acrecentada; los síntomas físicos de la ansiedad están producidos por una serie de estructuras cerebrales intermedias donde residen las bases neurofisiológicas de las emociones, siendo el hipotálamo el indispensable para su expresión, además, la ansiedad se produce por descargas de adrenalina, que pasan a la sangre circulante y de ahí a todo nuestro organismo, sus efectos se dirigen al sistema nervioso simpático, donde se generan los síntomas físicos como taquicardia, dilatación pupilar, boca seca, nauseas, opresión en el pecho, pesadillas, insomnio, entre

---

<sup>42</sup>

Dr. Pedro Pablo Amenábar Edwards. "Reflexiones sobre el dolor y sufrimiento humano", Ars Medica Vol. 1

otros síntomas.<sup>43</sup>

**Así mismo podemos también apreciar síntomas conductuales característicos de la ansiedad, se llama conducta a todo aquello que se puede observar desde fuera de una persona. Es lo que se registra al ver su comportamiento, tanto en el aspecto general como en el plano comunicativo o lenguaje no verbal como ejemplo podemos considerar lo siguiente**

- Híper vigilancia
- Dificultad para la acción
- Estado de atención expectante
- Disminución o ausencia de eficacia operativa
- Bloque afectivo, sorpresa, no saber qué hacer.
- Dificultad para llevar a cabo tareas simples.
- Inquietud motora
- Expresión facial congelada
- Tensión mandibular
- Frente fruncido
- Voz cambiante y con altibajos en su tono.

En el procesamiento de la información, los más comunes se refieren a: por último, la ansiedad también se manifiesta cognitivamente, es decir, afecta los procesos mentales superiores como la atención, concentración, memoria, juicio, raciocinio, aprendizaje, percepción, etc. La manera en que se elaboran los pensamientos y se procesan las percepciones, dan como resultado errores o distorsiones

1. Generalización
2. Falsas interpretaciones de la realidad
3. Pensamiento absolutista
4. Catastrofizar
5. Pensamiento del todo o nada
6. Problemas de memoria
7. Visión de túnel
8. Personalización
9. Continuos juicios de valor

---

<sup>43</sup> Rojas, E. La Ansiedad: como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y obsesiones. Editorial temas de hoy. 2008

## 10. Dificultad para concentrarse

**Los objetivos o situaciones amenazantes pueden ser claros, engañosos y prolongados; la localización de los detonantes y la inhibición de las conductas en proceso se pueden apreciar en forma de quietud y claridad mental, posteriormente la información percibida puede ser interna o externa y se interpreta como peligrosa o segura.**

**Cuando se percibe una amenaza los esquemas cognitivos se activan, y se utilizaran para evaluar y asignar un significado a dicho evento, si es seguro, la persona puede reanudar su actividad, pero si hay un peligro de daño, la ansiedad surge y puede estar seguida por actitudes de escape, evitación, enfrentamiento o bloqueo<sup>44</sup>**

Pero el paciente oncológico y su familia no solo atraviesan por lo que es la ansiedad sino también experimentan un gran sobre carga y están sometidos a un intenso estrés

## ESTRÉS

Las investigaciones determinantes sobre el estrés las desarrollo Hans Selye a mediados del siglo XX en la universidad de McGill en Montreal, estos estudios se basaron en el análisis de ciertos enfermos que sufrían preocupaciones intensas sobre situaciones importantes para ellos, manifestando síntomas como: cansancio físico muy marcado pérdida de peso, disminución de la fuerza muscular, malestar general, entre otros. Seyle investigo en animales reacciones mediante una inyección que producía cambios hormonales y posteriormente lo extrapolo a humano, comprobando que se obtenían las mismas reacciones, estos síntomas fueron definidos como índices objetivos del estrés, denominando al fenómeno síndrome general de adaptación<sup>45</sup>.

El estrés se diferencia básicamente de la ansiedad, porque en el periodo que se presenta es provocado por algunas experiencias traumáticas y en cambio la ansiedad es un estado relativamente constante de miedo y preocupación a cualquier situación o cosa.

El estrés es una respuesta adaptativa que puede resultar benéfica para incrementar y mantener el rendimiento y la salud, sin embargo, el exceso cuantitativo o cualitativo del estrés, provocado por la exposición a múltiples o muy impactantes situaciones y, la falta de recursos apropiados para hacer frente a tales situaciones o como resultado de agotamiento de un organismo que con frecuencia esta

---

<sup>44</sup> Robles, R., Varela., R Jurado, S y Paez, F. (2001) Versión Mexicana del inventario de ansiedad de Beck: Propiedades psicometricas

<sup>45</sup> Otero Martínez, H. *EL ESTRÉS DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES TERMINALES*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Ciudad de la Habana. 2000.

sobre funcionando para manejarlas, puede perjudicar seriamente la salud de las personas, constituyendo uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades graves.

Son potencialmente estresantes las situaciones que puedan tener trascendencia para las personas, que implican cambios significativos en su vida cotidiana, que obligan a un sobre desempeño para manejarlas o adaptarse a ellas.

algunas de las características que tienen estas situaciones hacen referencia a:

Exigir un sobre esfuerzo físico y mental.

Amenazar la seguridad de las personas

Atentar con principios, valores y creencias fundamentales.

Plantear problemas o conflictos difíciles para su solución

Implica someterse a una evaluación social

Conlleva a la exposición a algo desagradable, doloroso, molesto o incomodo.

Suponer la restricción de la actividad normal.

Conlleva la realización de tareas monótonas, aburridas o poco interesantes

Producir la aparición de sentimientos de inutilidad o fracaso.

Según richard stanley lazarus, un psicólogo cuyas teorías e investigaciones tienen un impacto importante en la psicología del deporte y folkman quien descubrió que los tumores generan los vasos sanguíneos minúsculos para alimentarse; consideran al estrés como efecto de una relación entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos que pone en peligro su bienestar.

La presencia de situaciones potencialmente estresantes no es condición suficiente para que se manifieste el estrés, se debe de considerar la interacción que tenga con variables personales que han demostrado ser relevantes en este contexto .

Las variables personales van a ser determinadas por los patrones de conducta y estilos de afrontamiento relativamente estable, valores, creencias y actitudes que pueden afectar la atención selectiva, el procesamiento de la información y el juicio sobre los propios recursos, la experiencia o ausencia reales de recursos eficaces para controlar las situaciones estresantes y la disponibilidad o ausencia de apoyo social.

Como se menciona anteriormente, un proceso psicológico de gran importancia en cualquier transición vital o situación estresante como el matrimonio, nacimiento de hijos, enfermedad, etc. Es la forma en cómo nos adaptamos, es decir como afrontamos estos momentos, las estrategias de afrontamiento son conductas, cogniciones y percepciones en las que se ocupan la gente cuando encaran lo

problemas de la vida, en este sentido los recursos psicológicos representan características que posee la gente independientemente de los roles particulares que juega, piensa y siente. Así, y las estrategias de afrontamiento representan algunos de los casos que la gente hace, son los esfuerzos concretos para manejar las tensiones de la vida que surgen en diferentes roles, tales estrategias pueden estar influenciadas por los recursos psicológicos de los individuos, pero estos parecen ser conceptuales y empíricamente independientes.

Las teorías que buscan explicar los mecanismos utilizados para afrontar el estrés destacan la apreciación del individuo y la autorregulación que ejerce sobre la situación estresante. La teoría de la crisis de Moos y Schaeffer plantean que el estilo de afrontamiento de un sujeto necesita ajustarse con la situación. Aborda como el individuo afronta sus crisis y transiciones vitales, así como las perturbaciones en patrones establecidos de identidad personal y social.

Cuando las personas enfrentan un evento que afecta sus patrones característicos de conducta y estilo de vida requieren emplear mecanismos de solución de problemas para restaurar el equilibrio, una persona no puede permanecer en un estado extremo de desequilibrio, por eso la crisis por definición es auto limitada, aun cuando el equilibrio alcanzado sea temporal, este nuevo equilibrio puede representar una adaptación saludable que promueve el crecimiento y la maduración personal o puede ser una respuesta poco adaptativa aceptada del deterioro psicológico, pero para todo esto se tiene que dar el afrontamiento de las dificultades y problemas que se presenten..

## AFRONTAMIENTO.

Afrontamiento se define como " aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo "

Como se observa el afrontamiento es un proceso a mejorar una situación estresante; lo que implica un cambio en los pensamientos y actos a medida en que el sujeto se va involucrando

Al darse la separación de dos personas vivas, se presentan los mecanismos del morir, que Caruso, Psicoanalista austríaco; representante de la corriente de la psicoterapia existencial y fundador de una internacional Freudiana original lo describe de la siguiente manera:

- Catástrofe del Yo, el objeto de amor es del mismo tiempo objeto de identificación para el Yo; al romperse el vínculo con dicho objeto el Yo se siente mutilado y lo vive como la pérdida de identidad, surge la desesperación, lo cual lo puede conducir a manifestaciones psicósomáticas o al suicidio.

- Agresión: El ser amado era para el yo parte importante del ideal del Yo, el cual se ve decepcionado por la separación; la agresividad surge para lograr la desidentificación con el amante por medio de su desvalorización, aunque al mismo tiempo le permite a la persona continuar unida a su objeto transformando el amor en odio.
- Búsqueda de indiferencia: Se trata de restar importancia a la separación por medio de una disminución del ideal del Yo e inflación del narcisismo, conlleva a una fuerte inhibición depresiva y no exitoso contra la desesperación.
- Huida hacia delante: su objetivo es lograr su conservación del Yo al dirigir la libido flotante hacia un nuevo objeto, puede estar dirigida hacia la actividad al buscar ocupación laborales, sociales, de juego o bien dirigida hacia la búsqueda del placer o vicios.
- Ideologización: por medio de la racionalización y la ayuda de creencias, religiosidad e ideologías le es posible legitimar la muerte e incluso lograr un enriquecimiento psíquico.

Se ha considerado que existen ocho modos diferentes de afrontamiento en una situación de pérdida.

- Confrontación: Intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas.
- Distanciamiento: Intentos de apartarse del problema, no pensar en el, o evitar que lo afecte.
- Autocontrol emocional: Esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
- Búsqueda del apoyo social: Acudir a otras personas como amigos, familiares, etc. para buscar ayuda, información y también comprensión y apoyo emocional.
- Aceptación de la responsabilidad: Conocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema
- Huida-avoidance: Implementar acciones orientadas a evitar las situaciones de estrés, con conductas tales como dormir, ingerir drogas o tomar alcohol y fumar más de lo común.
- Planificación: Pensar y desarrollar estrategias analíticas para solucionar el problema.
- Reevaluación positiva: Percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación presente.

Los estilos de afrontamiento tiene como objetivo desarrollar recursos adaptativos el concepto de afrontamiento se encuentra en dos clases de literatura: uno es el que se deriva de la experimentación tradicional con animales y la otra es la teoría psicoanalítica del ego; el primer planteamiento se ve influenciado por la teoría de Darwin, según la cual, la supervivencia de los animales depende de sus habilidades para descubrir lo que es predecible y controlable en el entorno, y así poder evitar, escapar

o vencer a la fuerza amenazadora; el segundo planteamiento que es el modelo psicoanalítico del la psicología del ego define al afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas, y por tanto, reducen el estrés.

La diferencia principal entre la forma de tratar el afrontamiento en este modelo y en el modelo animal, radica en el modelo de percibir y considerar la relación entre el individuo y el entorno; los recursos que los seres humanos necesitamos para sobrevivir pueden aprenderse a través de la experiencia; una observación útil sobre la adaptación humana es que cuando más rápidamente puede el individuo aplicar estos recursos de forma automática, más eficazmente podrán mejorar sus relaciones con el entorno; es donde se ve una importante diferencia entre las primeras fases de la adquisición de recursos, que requieren un enorme esfuerzo y concentración y las fases últimas, en las que tales recursos se han vuelto ya automáticos

El afrontamiento son actividades adaptativas que implican esfuerzos y que no influyen todo aquello que hacemos en relación al entorno; ante la amenaza o pérdida de algo significativo se presentan ciertas etapas en el proceso del afrontamiento; como primer lugar surge en el individuo un aumento de esfuerzo y de nivel de concentración, si la amenaza continua, la frustración y el enfado también aumentan la posibilidad inmediata de responder primitivamente con protestas y actos estereotipados, finalmente de no conseguir el objetivo o no lograr acercarse a el, la depresión se presenta.

El afrontamiento incluye mucho más que la mera resolución de problemas, las funciones del afrontamiento, no son lo mismo que el resultado, hay formas de afrontamiento dirigidos a la emoción, por lo general aparecen cuando ha habido una evolución de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes; en el trabajo de Richard Stanley y Folkman , se definen que existen dos funciones principales del afrontamiento: a) dirigido a la emoción y b) dirigido al problema.

Entre las funciones del afrontamiento dirigido a la emoción están:

- Reducir el estrés emocional manteniendo un estado emocional satisfactorio
- Cambiar el estado emocional que acompañe al estresor.
- Cambiar la relación emoción-estresor, dar soluciones emocionales, estrategias de afrontamiento como escape, evitación y/o distanciamiento.

Dentro de las funciones del afrontamiento dirigido al problema están:

- Tratando de disminuir el estrés haciendo cambios conductuales cambiar o modificar las fuentes del estrés

- Cambiar la relación paciente-ambiente.
- Cambiar las estrategias emocionales como afrontamiento confróntativo o planteamiento de solución de problemas

Las formas en que una persona enfrenta o afronta una situación estresante, depende principalmente de los recursos que dispone, y de las limitaciones que dificulten el uso de dichos recursos dentro del contexto de una interacción determinada los recursos para el afrontamiento pueden ser personales, sociales o ambientales; dentro de los recursos personales del afrontamiento encontramos la subdivisión entre físicos como la salud, y la energía, y los recursos psicológicos tales como las creencias positivas y condiciones personales; los recursos sociales del afrontamiento, incluyen las habilidades sociales, apoyo social, recursos materiales y los recursos para el afrontamiento de tipo ambientales son el grado de amenaza, estrés e importancia.

Las habilidades de afrontamiento pueden organizarse en tres Afrontamiento centrado en la apreciación incluye los intentos para lograr entender y encontrar un patrón de significado en la crisis, tal como el análisis lógico, redefinición cognitiva y evitación cognitiva o negación

- Afrontamiento centrado en el problema: Busca afrontar la realidad de la crisis, lidiando con las consecuencias tangibles e intentando construir una situación más satisfactoria, incluye acciones como la búsqueda de información y apoyo, tomar acciones en la solución de problemas e identificar consecuencias positivas alternas.
- Afrontamiento centrado en la emoción: Busca manejar las emociones provocadas por las crisis y mantener un equilibrio afectivo. Incluye la regulación afectiva, descarga emocional y aceptación.

## SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

El duelo constituye una reacción psicológica normal frente a una situación de pérdida la mayoría de los sujetos afectados muestran una serie de síntomas característicos y le sigue un conjunto de etapas para la elaboración del mismo, sin embargo, en ocasiones este proceso se altera y se presenta complicaciones en su resolución el duelo significa desconsuelo y tristeza, es por ello que implícitamente queda entendido que el duelo es un proceso que requiere un gran trabajo que dificulta el trámite necesario para cualquier separación.

Toda separación va acompañada de un duelo. Pero en el caso de las separaciones amorosas, cabe cuestionarse: ¿qué significa para cada uno de los involucrados tal separación? ¿desde qué momento y de qué manera se vive el duelo? ¿es un acuerdo sin dificultad alguna?

Los problemas a los que no se encuentran soluciones resultan en un malestar crónico cuando las estrategias de afrontamiento ordinarias fracasan aparece un sentimiento de indefinición que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones. Disminuye la posibilidad de alivio, el problema empieza a aparecer sin solución y la ansiedad y la desesperación puede llegar hasta niveles paralizantes.

Las técnicas para la resolución de problemas incluyen habilidades para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado, estas técnicas se derivan de otros recursos, con experiencias previas, almacenamiento de información, habilidades cognitivas e intelectuales para aplicar esa información y capacidad de autocontrol

En 1971 se ideó una estrategia de solución de problema en cinco pasos, para hallar soluciones nuevas a cualquier tipo de problema, definiendo al problema como el fracaso para encontrar una respuesta eficaz.

La habilidad para solucionar problemas ha sido considerado como un proceso meta cognitivo a través del cual los pacientes entienden la naturaleza de los problemas que viven y encaminan sus esfuerzos de afrontamiento hacia alteración de la situación, las reacciones que le puedan generar o ambas

Los problemas son situaciones específicas de la vida que exigen respuesta para un funcionamiento adaptativo, pero que no puede ser afrontados por las personas de manera afectiva debido a la presencia de ciertos obstáculos; estos obstáculos pueden implicar ambigüedad, incertidumbre, contradicciones carencia de recursos o novedad, las soluciones son respuestas de afrontamiento dirigidas a cambiar la naturaleza del problema, las reacciones emocionales o ambas una solución eficaz son aquellas respuestas de afrontamiento que no solo cumplen con lo anterior, simultáneamente maximiza los beneficios y reduce los costos además de obtener beneficios a corto y largo plazo.

La orientación positiva al problema puede dar lugar a:

- Ver los problemas como retos.
- Ser optimista en el sentido de que los problemas tienen solución
- Percibir que se tiene una fuerte capacidad para enfrentar los problemas.
- Estar dispuesto a invertir tiempo y esfuerzo en su solución.

Una orientación negativa al problema implica ver los problemas como amenazas.

- Creer que son insolubles.
- Dudar de la propia habilidad para solucionarlos.

- Frustrarse y estresarse cuando se encuentran frente a un problema.

En resumen y de forma más importante, una orientación positiva al problema induce al sujeto a enfrentarse a él, mientras que la orientación negativa le prepara para evitarlo.

Para lograr una solución de problemas efectiva se mencionan los siguientes pasos:

1. Definición y formulación del problema

- Consiste en la declaración en forma clara y precisa de los diversos elementos del problema, así que queden bien precisados al igual que sus relaciones mutuas, la formulación presenta el objetivo fundamental del estudio en sus dimensiones exactas, mediante una exposición formalmente explícita, indicando por medio de ella qué información debe obtener el investigador para resolver el problema.

2. Generación de alternativas

- Elaborar una lista de todas las alternativas disponibles para la solución de un determinado problema.

3. Toma de decisiones

- Nos indica que un problema o situación es valorado y considerado profundamente para elegir el mejor camino a seguir según las diferentes alternativas y operaciones.

4. Puesta en práctica de la solución y verificación

- Una vez seleccionada la mejor alternativa se llega al final del proceso de la toma de decisiones, en el proceso racional. Esta selección es bastante simple. El tomador de decisiones solo tiene que escoger la alternativa que tuvo la calificación más alta en el paso número cinco.

El tomador de decisiones debe ser totalmente objetivo y lógico a la hora de tomarlas, tiene que tener una meta clara y todas las acciones en el proceso de toma de decisiones llevan de manera consistente a la selección de aquellas alternativas que maximizarán la meta.

Ya que se mencionaron ciertos términos como estrés, afrontamiento, etc. es importante describir cuales la actitud que adquieren este tipo de pacientes durante la enfermedad.

## **Actitud**

La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas; en este sentido, puede considerarse como cierta forma de motivación social que

impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.<sup>46</sup>

Desde el punto de vista de la Psicología se le considera como la postura que adopta el cuerpo humano según los diferentes movimientos del ánimo, sin embargo, la forma más común de entender aquello que se conoce por actitud es aquella disposición anímica del ser humano expresada de algún modo en particular.<sup>47</sup>

Este concepto proviene de la palabra latina “actitudo” y, como ya se mencionaba, se define desde la psicología como aquella motivación social de las personas que predisponen su accionar hacia determinadas metas u objetivos, existen actitudes personales que sólo guardan relación con si mismo, mientras que existen ciertas actitudes sociales que inciden en las conductas de un grupo o colectivo.

La actitud se desarrolla, al interior de la Psicología en el campo de la Psicología de la Personalidad y la Psicología Social, dentro de el contexto de esta última disciplina Gordon Allport Psicólogo estadounidense creador de la teoría de la Personalidad, comenzó sus investigaciones en torno a las actitudes sociales, pero fue gracias a Erich Fromm, cuando en 1940, con la publicación de su obra “El miedo a la libertad”, que dicho concepto logró instalarse como parte fundamental de las teorías de la Personalidad.

La actitud que adopta una persona o grupo de individuos depende de muchos factores, depende de las múltiples experiencias y relaciones que hayan ido acumulando a lo largo de su historia de vida, de este modo, las actitudes toman forma a partir del conjunto de creencias que se vaya conformando, comprendiendo por esto a aquella única predisposición a actuar de cierta forma ante ciertas situaciones o circunstancias, como vemos una persona adoptará una actitud particular frente a determinada situación, la que variará de un individuo a otro ante un contexto similar, lo mismo ocurre con determinados grupos de personas o colectivos como podría ser un gobierno o un partido político.

## **Componentes de la actitud**

Se distinguen tres componentes de las actitudes:

### 1. Componente cognoscitivo:

- Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto, está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto en este caso se habla de

---

<sup>46</sup> Actitud - Wikipedia, la enciclopedia libre  
es.wikipedia.org/wiki/Actitud  
Octubre2011

<sup>47</sup> ¿Qué es la actitud ? - Mis respuestas.com  
www.misrespuestas.com/que-es-la-actitud.html  
Octubre 2011

modelos actitudinales de expectativa por valor.

2. Componente afectivo:

- Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

3. Componente conductual:

- Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

## Las funciones de las actitudes

Las actitudes están en la base de los procesos cognitivos-emotivos prepuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente. Las actitudes pueden tener funciones instrumentales, expresivas, de adaptación social<sup>48</sup>

Este concepto resulta central en toda la psicología social porque tiene una aplicación en muchos campos distintos:

- Frente a objetos o conductas específicas con finalidad predictiva de la conducta, en los estudios de mercado.
- Grupos o minorías étnicas, mediante el estudio de los prejuicios y de los estereotipos.
- Fines y objetivos abstractos, donde este tipo de actitud está definido como valor personal.
- La actitud en relación a sí mismo, definida como autoestima.

## Actitud del paciente Oncológico

1) Experiencia vivencial del paciente con cáncer

- El diagnóstico de cáncer supone en la vida de los pacientes afectados y sus familiares una ruptura brusca con la vida cotidiana, este proceso de ruptura presenta aspectos comunes a todos los pacientes y diferencias en función del tipo de tumor, la edad, la gravedad de la enfermedad y el capital relacional. Como aspectos comunes destacan la despersonalización, la pérdida del equilibrio emocional, el miedo y las tensiones asociadas a los tiempos de espera, el proceso de despersonalización implica la

---

<sup>48</sup> ¿Qué es la actitud ? - Mis respuestas.com  
[www.misrespuestas.com/que-es-la-actitud.html](http://www.misrespuestas.com/que-es-la-actitud.html)

adopción de un yo-enfermo de cáncer que sustituye al yo-persona e invade el conjunto de relaciones que el paciente tiene consigo mismo y con su entorno.

La enfermedad se vive como una amenaza y con ello aparece la especulación constante con la idea de la muerte, ello implica que "decir cáncer sea sinónimo de sentencia de muerte" y, por lo tanto, la palabra cáncer se convierte en tabú, la respuesta al proceso de despersonalización varía según la edad.

En pacientes jóvenes se abre un paréntesis vital en el que se destina toda la energía a la lucha contra la enfermedad, mientras que en pacientes mayores se busca una "convivencia" con el cáncer, el proceso de lucha, desesperanza y resignación asociado al yo-cáncer aparece de forma cíclica a lo largo del ciclo evolutivo de la enfermedad y está asociado a la auto-percepción del enfermo

A lo largo de este proceso suele presentarse una visión diferente entre enfermos y familiares. Así, mientras que los enfermos mantienen una visión parcial, a veces reforzada por conductas de negación de la realidad, esperanzada y de lucha; los familiares adoptan una visión más global, desesperanzada y de sufrimiento, además, la actitud del enfermo frente al cáncer depende del capital relacional que tenga, es decir, de su nivel de interacción y relación social con otras personas.

La ausencia de un buen capital relacional puede suponer el aislamiento y estigmatización de los pacientes, el tipo de cáncer y la gravedad del mismo también condiciona la actitud de los pacientes frente a la enfermedad, de esta forma, en pacientes con leucemia, existe una gran afectación emocional y una cierta sensación de ausencia de control sobre la enfermedad.

En cáncer de pulmón, suele existir una gran incapacitación física y una percepción de gravedad extrema, sin embargo, en el caso de los de tumores de colon, los pacientes se mostraron más esperanzados debido a las diferentes expectativas pronósticas asociadas y al hecho de identificar los pacientes el tratamiento como curativo, a pesar de ello, la colostomía se vivía como una terapia que podía afectar su vida social. Las personas afectadas por tumores de mama o de próstata expresaban como hecho diferencial respecto a otros tumores su preocupación por cambios en la identidad de género.

## 2) Actitud durante el ciclo evolutivo de la enfermedad

- En el ciclo evolutivo de la enfermedad, adquiere un significado importante el proceso previo a la comunicación del diagnóstico, en general, se vivía como un proceso largo, dificultoso, lleno de incertidumbre y en el que parecía que los médicos no consideraban la posibilidad de detectar un cáncer, la vivencia del momento de la comunicación del

diagnóstico es al inicio de derrumbe emocional a la que sigue el proceso de lucha, desesperanza y resignación antes citado.

Se recordaba que el momento de la comunicación del diagnóstico se circunscribía a los Servicios de Oncología --dónde el cáncer puede ser nombrado y escuchado-- y que representaba el inicio del proceso terapéutico, el tratamiento adquiría para los pacientes una significación de "limpieza de la enfermedad" que variaba según el tipo de cáncer y tratamiento, asumiéndose los efectos secundarios como "un mal menor", destacaba la enorme confianza que se depositaba en el equipo médico al que se identificaba como responsable del tratamiento.

### 3) Actitud durante la atención médica.

- Una característica diferencial del tratamiento de los pacientes con cáncer aparecía asociada a la gestión de los tiempos de espera, en este sentido, los pacientes y sus familiares manifestaron su preocupación sobre la angustia y tensión asociada a la ausencia de información e incertidumbre de los tiempos de espera: conocimiento de resultados de pruebas diagnósticas, urgencias médicas, abordaje terapéutico, visita médica, etc. Esta angustia asociada a la espera ponía de manifiesto la tensión latente existente entre la agenda del profesional, que incluye diferentes enfermos, y la del paciente y sus familiares, que sólo incluye un enfermo, también pone en evidencia la necesidad de reducir la incertidumbre en los tiempos de espera mediante el establecimiento de una buena relación y comunicación médico-paciente.

# **CAPITULO IV**

## **DISEÑO DE INVESTIGACION<sup>N</sup>**

## JUSTIFICACIÓN

Desde tiempos muy remotos se ha tenido o se ha padecido diversos tipos de enfermedades mortales, entre ellas, el cáncer, independientemente de que tipo, las cuales no respetan la edad, el idioma, la raza o el nivel sociocultural, tal vez se deba al estilo de vida en la población o a una mala e inadecuada alimentación, sanidad, etc. por tal motivo, es la realización del presente trabajo, para hacer un estudio en la población mexicana en especial a los pacientes oncológicos y su familia del Hospital Juárez de México para identificar cuáles son las actitudes positivas y negativas ya sean externas e internas que desencadena el paciente oncológico y su familia; ya que el personal de Enfermería esta en contacto con los pacientes y sus familiares, por ello, es importante que se conozcan las actitudes que tienen estos pacientes y así saber como actuar y que no decirles durante el proceso de la perdida y duelo.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Actualmente en la población Mexicana se ha presentado un mayor incremento de Cáncer, ya que esta se encuentra dentro de las cinco primeras causas de muerte en el país en adultos afectando ambos sexos. Por lo cual se formulo la siguiente pregunta.

¿Cuál es la actitud que toma el paciente oncológico y su familia ante el proceso de duelo?

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Conocer las características que describan la actitud del paciente oncológico y su familia ante el proceso de duelo en los servicios de oncología hospitalización y urgencias oncológicas del Hospital Juárez de México.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar cuáles son las manifestaciones que transcurren en las familias, durante el proceso de duelo y su repercusión sobre la salud familiar
- Identificar los cambios emocionales que sufre el paciente y su familia en el proceso de la enfermedad y hasta su culminación.
- Identificar el comportamiento de algunos de los elementos que influyen en la expresión del duelo

## HIPÓTESIS

Si tenemos mayor conocimiento sobre la actitud del paciente oncológico y su familia sobre el proceso de duelo; entonces mayor será el apoyo brindado a los involucrados.

## VARIABLES

Variable dependiente: Conocimiento sobre la actitud en el paciente oncológico y su familia sobre el proceso de duelo.

Variable independiente: Apoyo brindado al paciente oncológico y su familia.

### Operacionalidad de las variables

#### ➤ VARIABLE DEPENDIENTE

CONCEPTO	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES
Conocimiento	Es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal.	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección.	✓ Información ✓ Contexto ✓ Experiencia ✓ Aprendizaje
Actitud	Es la disposición anímica del ser humano expresada de algún modo en particular.	Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas	✓ Forma de actuar ✓ Comportamiento ✓ Persona ✓ Hacer las cosas

Enfermería	Es una profesión que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.	Es el cuidado de la salud integral del ser humano.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Profesión</li> <li>✓ Cuidado integral</li> <li>✓ Salud</li> <li>✓ Ser humano</li> <li>✓ Procesos de desarrollo.</li> </ul>
Proceso de duelo	Es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida.	Reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida de un ser querido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reacción</li> <li>✓ Adaptativa</li> <li>✓ Natural</li> <li>✓ Emocional</li> <li>✓ Perdida</li> <li>✓ Ser querido</li> </ul>
Paciente en fase terminal	Es la persona que sufre una enfermedad irreversible, cuya muerte se espera ocurra a pesar de todos los esfuerzos.	Es el proceso final de vida de una persona que sufre una enfermedad irreversible.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proceso final</li> <li>✓ Vida</li> <li>✓ Enfermedad irreversible</li> <li>✓ Muerte</li> </ul>

➤ VARIABLE INDEPENDIENTE

CONCEPTO	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES
Apoyo de Enfermería en el paciente	Es la actuación del personal de enfermería enfocada a la ayuda del paciente en su proceso de adaptación a la nueva situación	Actitudes altruistas o desinteresadas enfocadas al paciente en su proceso de adaptación a la nueva situación.	2. Actitudes 3. Altruistas 4. Desinteresadas 5. Adaptación 6. Paciente
Apoyo de la familia	Es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas.	Actitudes altruistas o desinteresadas enfocadas a la Familia en su proceso de adaptación a la nueva situación.	7. Actitudes 8. Altruistas 9. Desinteresadas 10. Adaptación ▲ Familia.

## DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO: Observacional, Transversal y Descriptivo

POBLACION: Pacientes con diagnostico de Cáncer y familiares de los servicios urgencias oncología y oncología hospitalización, del Hospital Juárez de México de la Secretaria de Salud.

MUESTRA: 20 Pacientes con diagnostico de Cáncer y su familiar que acudan a consulta o estén internados en el Hospital Juárez de México de la SSA

TIPO DE MUESTREO: Muestreo por conveniencia y cuota.

CRITERIOS DE INCLUSION: Familiares y pacientes con diagnostico de Cáncer que no acudan a consulta o no se encuentren hospitalizados del Hospital antes mencionado

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN: Familiar y pacientes con diagnostico de Cáncer que acudan a consulta o estén internados en los servicios de urgencias oncología y oncología hospitalización.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Todos los familiares y/o pacientes que no tengan diagnostico de Cáncer y/o diagnósticos de otra índole.

CRITERIOS DE ELIMINACION: Todos aquellos cuestionarios que no estén contestados correctamente.

FORMULA DE POBLACIÓN CONOCIDA

$$n = \frac{z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 PQ}$$

N= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza

p= Variable positiva

q= Variable negativa

n= Tamaño de la población

E= Porcentaje

INTERVALO DE CONFIANZA: 95%

VALOR DE P: 0 .05

#### MODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se desarrollaron 2 tipos de cuestionarios uno especial para los pacientes y otro para su familia.

El cuestionario para el paciente esta basado en el inventario de Depresión de Beck (BAI) el cual fue desarrollado inicialmente como una escala de 21 ítems para evaluar la gravedad e intensidad sintomática de la depresión, sin embargo, se adapto el cuestionario para indagar sobre la actitud del paciente y solamente se tomaron en cuenta 14 preguntas que expresaban la actitud del paciente.

El cuestionario para su familia del paciente oncológico esta basado en la escala de carga de Zarit la cual describe como se sienten a veces las personas que cuidan a otra persona, el cuestionario cuenta con 22 preguntas, las cuales darán respuesta a la actitud que refleja el familiar ante el cuidado que le brinda al paciente oncológico; algunas preguntas tendrán la letra A, B o C las cuales tendrán el siguiente significado:

- ✓ Las preguntas que tengan la letra A significa las consecuencias del cuidado en el cuidador.
- ✓ Las preguntas que tengan la letra B creencias y expectativas sobre capacidad para cuidar.
- ✓ Las preguntas que tengan las preguntas con la letra C relación del cuidador con su familiar.

#### PROCEDIMIENTO:

El paciente y el familiar tienen que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana, con su respectivo cuestionario.

#### RECURSOS:

- ✓ Humanos: Pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia: Cruz Flores María del Rosario y Rosas Valencia José Roberto; y Tutor de tesis: M.C: Díaz Hoffay Juana Laura.
- ✓ Materiales: Hojas, impresiones, computadora, lápiz, pluma, cartuchos de tinta,
- ✓ Financieros: Todos los gastos fueron cubiertos por los integrantes de esta tesis

TABULACION: Los resultados se presentaran por medio de tablas y graficas; y también se uso el programa Excel.

#### CONSIDERACIONES ETICAS:

Consentimiento informado

El Hospital Juárez de México de la SSA. y la escuela de la secretaria de salud del hospital Juárez de México, sustenta la práctica de protección para sujetos humanos participantes en la investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aun si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia alguna como usuarios de los

servicios del Hospital o de cualquier otra índole.

El propósito del estudio es conocer las distintas formas en que usted reacciona y sobrelleva el diagnóstico de la enfermedad de su familiar. Para ello se le pedirá que llene un cuestionario en el que se le preguntara sus sentimientos, reacciones y actitudes que ha tenido en este proceso. Es probable que pueda sentirse incómodo con algunas preguntas pero si fracasa nos permitirá y contribuirá a un mejor entendimiento y manejo de la enfermedad de su familiar.

Las preguntas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. La información que nos proporcione será anónima y no habrá forma de identificarlo (a) a través de ella. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS

### ➤ EN EL PACIENTE

Primera pregunta Al enfrentar dificultades ¿De que manera reacciona? Los resultados de la encuesta muestran que el 48% se mantiene sereno y busca una solución, el 36% menciona que se angustia y el 16% se encuentra triste.

Segunda pregunta Ahora que sabe sus diagnostico ¿Cómo ve su futuro? .Los resultados de la encuesta muestran que el 52% se siente descorazonado por su futuro, el 20% no se siente descorazonado por su futuro, el 16% siente que ya no tiene nada que esperar por su futuro y el 12% siente que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

Tercera pregunta Al realizar las cosas de la vida cotidiana ¿Cómo se siente? .Los resultados de la encuesta muestran que el 48% ya no disfruta de las cosas como solía hacerlo, el 28% obtiene tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo, el 16% se encuentra insatisfecho o aburrido todo el tiempo y el 8% ya no tiene verdadera satisfacción de nada.

Cuarta pregunta ¿Se siente culpable de su padecimiento? Los resultados de la encuesta muestran que el 68% no se siente culpable de su padecimiento y el 32% se siente culpable una gran parte del tiempo.

Quinta pregunta ¿Cree que esta siendo castigado(a) por el simple hecho de padecer su enfermedad? Los resultados de la encuesta muestran que el 76% no siente que este siendo castigado y el 24% siente que podría ser castigado.

Sexta pregunta ¿Se siente disgustada consigo misma (o) por su enfermedad? Los resultados de la encuesta muestran que el 60% no se siente desilusionado de si mismo, el 24% se encuentra desilusionado de si mismo y el 16% esta disgustada consigo mismo.

Séptima pregunta ¿Tiene pensamientos que salen más allá de su realidad? Los resultados de la encuesta muestran que el 80% no tiene pensamientos suicidas, el 12% tiene pensamientos suicidas pero no las llevaría a cabo y el 8% le gustaría suicidarse.

Octava pregunta ¿Se irrita por cosas sin importancia? Los resultados de la encuesta muestran que el 52%se enoja o se irrita mas fácilmente que antes, el 25% no esta irritable como solía estar, el 16% se siente irritado todo el tiempo y el 4% se irrita por cualquier cosa.

Novena pregunta ¿Ha tenido alteraciones importantes a la hora de dormir? Los resultados de la

encuesta muestran que el 56% ya no puede dormir tan bien como solía hacerlo, el 20% se despierta muchas horas de lo que solía hacerlo y ya no puede volver a dormir, el 16% puede dormir tan bien como antes y el 8% se despierta una o dos horas mas temprano de lo normal y le cuesta trabajo volver a dormirse.

Decima pregunta: En estos últimos meses ¿Ha sentido que se cansa más de lo que debería? Los resultados de la encuesta muestran que el 52% se cansa mas fácilmente de lo que solía hacerlo, el 12% no se cansa mas de lo habitual, el otro 12% con cualquier cosa que haga se cansa y el 24% se cansa al realizar cualquier cosa.

Onceava pregunta ¿Ha notado cambios importantes en cuánto a su apetito? Los resultados de la encuesta muestran que el 36% su apetito no es tan bueno como solía serlo, el 24% no tiene apetito de nada, el 20% su apetito no es peor de lo habitual y el otro 20% su apetito esta muy mal ahora.

Doceava pregunta ¿Ha bajado de peso considerablemente durante su enfermedad? Los resultados de la encuesta muestran que el 36% ha perdido más de cinco kilogramos, el 32% ha perdido más de dos kilogramos, el 28% no ha perdido de peso últimamente y el 4% ha perdido más de ocho kilogramos.

Treceava pregunta ¿Se siente preocupado sobre su salud? Los resultados de la encuesta muestran que el 44% esta preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación, el 24% esta muy preocupado por problemas físicos que no puede pensar en algo mas, el 16% no esta preocupado por su salud y el otro 16% esta tan preocupado por sus problemas físicos que no pueden pensar en ninguna otra cosa.

Catorceava pregunta ¿Ha notado cambios importantes en cuanto a su apetito sexual? Los resultados de la encuesta muestran que el 32% no ha notado cambios recientes en su interés por el sexo, el 32% esta menos interesado en el sexo de lo que esperaba, el 20% he perdido totalmente el interés al sexo y el 16% esta mucho menos interesado en el sexo ahora.

## ANÁLISIS DE DATOS

### ➤ EN EL FAMILIAR

Con respecto a la pregunta ¿Cree que su familiar le pide mas ayuda de la que realmente necesita? Los resultados de la encuesta muestran que el 36% algunas veces, el 28% rara vez, el 24% nunca, el 8% casi siempre y el 4% Bastante veces.

Con respecto a la pregunta ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted? Los resultados de la encuesta muestran que el 24% nunca, el 32% rara vez, el 28% algunas veces, el 8% bastante veces y el 8% casi siempre.

Con respecto a la pregunta ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia? Los resultados de la encuesta muestran que el 20% nunca, el 28% rara vez, el 28% algunas veces y el 24% bastante veces.

Con respecto a pregunta ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar? Los resultados de la encuesta muestran que el 68% nunca, el 16% rara vez junto con el 16% que menciona algunas veces.

Con respecto a la pregunta ¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar? Los resultados de la encuesta muestran que el 64% nunca, el 24% rara vez, el 8% algunas veces y el 4% bastante veces.

Con respecto a la pregunta ¿Siente que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia? Los resultados de la encuesta muestran que el 60% nunca, el 28% rara vez, el 8% algunas veces y el 4% bastante veces.

Con respecto a la pregunta ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar? Los resultados de la encuesta muestran que el 8% nunca, el 16% rara vez, el 36% algunas veces, el 20% bastante veces y el 20% casi siempre.

Con respecto a la pregunta ¿Cree que su familiar depende de usted? Los resultados de la encuesta muestran que el 8% nunca, el 16% rara vez, el 20% algunas veces, el 36% bastante veces y el 20% casi siempre.

Con respecto a la pregunta ¿Se siente tenso cuando esta cerca de su familiar? Los resultados de la encuesta muestran que el 28% nunca, el 36% rara vez, el 20% algunas veces, el 4% bastante veces y el 12% casi siempre.

Con respecto a la pregunta ¿Cree que usted sea resentido por cuidar a su familiar? Los resultados de la encuesta muestran que el 52% nunca, el 32% rara vez y el 16% algunas veces.

Con respecto a la pregunta ¿Cree que no tiene intimidad, como le gustaría debido a su familiar? Los resultados de la encuesta muestran que el 36% nunca, el 32% rara vez, el 24% algunas veces, el 4% bastante veces y el 4% casi siempre.

Con respecto a la pregunta ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar? Los resultados de la encuesta muestran que el 48% nunca, el 32% rara vez, el 8% algunas veces y el 12% bastante veces.

Con respecto a la pregunta ¿Se siente incomodo por desatender a sus amistades debido a su familiar? Los resultados de la encuesta muestran que el 40% nunca junto con el otro 40% que menciona rara vez y el 20% algunas veces.

Con respecto a la pregunta ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide como si usted fuese la única persona de quien depende? Los resultados de la encuesta muestran que el 20% nunca, el 32% rara vez, el 28% algunas veces, el 12% bastante veces y el 4% casi siempre.

Con respecto a la pregunta ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros negocios? Los resultados de la encuesta muestran que el 20% rara vez, el 36% algunas veces, el 20% bastante veces y el 24% casi siempre.

Con respecto a la pregunta ¿Cree que será incapaz de cuidarle por mucho mas tiempo? Los resultados de la encuesta muestran que el 36% nunca, el 32% rara vez, el 12% algunas veces, el 8% bastante veces y el 12% casi siempre.

Con respecto a la pregunta ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar? Los resultados de la encuesta muestran que el 48% nunca, el 32% rara vez, el 16% algunas veces y el 4% casi siempre.

Con respecto a la pregunta ¿Desearía dejar el cuidado de su familiar a otros? Los resultados de la encuesta muestran que el 44% nunca, el 28% rara vez, el 24% algunas veces y el 4% bastante veces.

Con respecto a la pregunta ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar? Los resultados de la encuesta muestran que el 36% nunca, el 36% rara vez, el 12% algunas veces, el 12% bastante veces y el 4% casi siempre.

Con respecto a la pregunta ¿Cree que debería hacer mas por su familiar? Los resultados de la encuesta muestran que el 0% nunca, el 12% rara vez, el 64% algunas veces y el 24% bastante veces.

Con respecto a la segunda pregunta ¿Cree que podría cuidar mejor a su familiar? Los resultados de la encuesta muestran que el 8% rara vez, el 60% algunas veces, el 24% bastante veces y el 8% casi siempre.

Con respecto a la pregunta Globalmente ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? Los resultados de la encuesta muestran que el 12% nunca, el 20% rara vez, el 36% algunas veces, el 24% bastante veces y el 8% casi siempre.

## INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

### ➤ En el paciente

Con respecto a la primera pregunta, el mayor porcentaje menciona que al enfrentar algún tipo de problema reacciona manteniéndose sereno y tratando de buscar una solución para dicho problema, mientras que una minoría respondió que se entristece y se angustia ante los problemas y no sabe como evitarlos.

En cuanto a esta opción la menor parte de los pacientes encuestados, ahora que saben su diagnóstico no se sienten descorazonados y creen que podrían recuperarse, mientras que la mayor porción de los encuestados respondieron que si se sienten descorazonados y que no tiene nada que esperar de su futuro por que mencionan que las cosas ya no podrían estar peor.

Con respecto a esta cuestión, la mayoría de las personas encuestadas contestaron que ya no disfrutan de las cosas que hacían como solían hacerlo, y la menor parte respondió que realmente ya no obtienen satisfacción de nada de lo que realizan.

En esta cuestión un porcentaje superior respondió que no se sienten culpables de su padecimiento ya que es algo que no pudieron evitar, y la minoría respondió que de cierta manera se siente culpable por no haber cambiado su estilo de vida.

En este punto la mayor parte de las personas coincidieron en que de cierta manera no están siendo castigados por su padecimiento, y por lo tanto, la minoría considera la posibilidad de que podrían estar siendo castigados.

Se reporto un índice superior de que no se sienten desilusionados y/o disgustados consigo mismos, y una porción menor si se sienten enfadados con ellos mismos.

En esta cuestión casi la totalidad de los encuestados respondieron que no tiene pensamientos que salen mas allá de su realidad, mientras una porción inferior si han considerado otras alternativas para poner fin a su vida y ya no seguir sufriendo.

En cuanto a este rubro la mayor parte de la gente encuestado respondió que ahora que tiene su padecimiento se irrita más fácilmente que antes, mientras que la minoría se observo con una conducta favorable y serena.

Por otra parte en este punto se menciona que debido a las alteraciones en su cuerpo, estrés, ansiedad y otros factores externos, la mayor parte de los pacientes ya no duermen tan bien como solían hacerlo, por que se despiertan durante la noche varias veces y ya no pueden conciliar el sueño.

Debido al estrés e irritabilidad que presentaban los pacientes la mayoría respondió afirmativamente que se cansan más de lo habitual o por pequeñas tareas que realizan durante el día, y un menor porcentaje no ha notado cambios importantes.

En cuanto a su alimentación de los pacientes encuestados se observó que hubo cambios importantes reportando la mayor parte de estos una disminución en su alimentación por el simplemente hecho de no tener apetito por pensar en su padecimiento y por el tratamiento de la quimioterapia que les provoca náuseas y vómito

En el siguiente rubro el mayor porcentaje de los pacientes encuestados nos mencionaron que debido a su enfermedad han tenido una pérdida de peso de dos a cinco kilogramos, y la parte restante no ha notado cambios de importancia en cuanto a su peso.

La porción superior de los pacientes entrevistados nos comentan, por obvias razones que se sienten preocupados por su salud física tales como dolor o malestar general.

Y por último en este apartado la mayor parte de los pacientes nos mencionaron que debido a su padecimiento han disminuido su apetito sexual o es nulo, mientras que la minoría no ha notado cambio alguno.

## INTERPRETACION DE DATOS

### ➤ EN EL FAMILIAR

En cuanto a esta pregunta ¿Cree que su familiar le pide mas ayuda de la que realmente necesita?; la porción superior de los familiares encuestados nos mencionan que su paciente trata de no pedirle más ayuda de la necesaria o solo la que él requiere de verdad para su cuidado.

Por otra parte los familiares encuestados, nos comenta la mayor parte de estos, que no les importa no tener tiempo para ellos y que realmente se siente tranquilos el ser ellos quien cuide de su paciente y una pequeña parte de estos nos comento que no tienen suficiente tiempo para ellos mismos como les gustaría

En cuanto a la cuestión de sentirse agobiados los familiares de los pacientes, la mayoría coincidió en que de cierta manera se sienten agobiados en tratar de cumplir con todos sus deberes en su trabajo y con los demás miembros de la familia y en tener que cuidar a su paciente la mayor parte del día.

Por consiguiente la porción superior de estas personas encuestadas mencionaron que nunca se sentirían avergonzados por la conducta que llegara a tener su paciente en algunas ocasiones.

Casi del total de todas las personas encuestadas nos refieren que nunca se han sentido enfadadas por el simple hecho de estar cerca de su paciente, y una porción muy reducida nos percatamos de que en algunas ocasiones sean sentido enfadadas cuando están cerca de su paciente.

Al cuidar a su paciente, casi del total de los encuestados mencionaron que su paciente no influye negativamente en su relación con otros miembros de su familia.

En cuanto a este rubro tener miedo del futuro de su familiar la mayoría de los familiares analizados mencionaron que de cierta manera se tiene temor de lo que le depare a su paciente durante el transcurso de su enfermedad, mientras que un porcentaje menor mencionaron que no tienen miedo de lo que le depare a su paciente por que tienen la esperanza de que se cure por completo.

En cuanto a la pregunta donde se menciona si su familiar depende de ellos los resultados muestran que una mayoría opina que bastantes veces aunque un poco minoría menciona que nunca.

Por otra parte la mayor parte de los familiares analizados nos refieren que no se sienten tensos por el hecho de cuidar a su paciente y que lo hacen de la mejor manera. Y la porción restante si se siente tenso y estresado por el hecho de cuidar a su paciente.

Los familiares encuestados arrojaron los siguientes datos, siendo el porcentaje mayor, que no se han resentido en su vida diaria, por el hecho de cuidar a su paciente, y el porcentaje menor que en algunas ocasiones si lo han hecho.

En cuanto a la pregunta que habla acerca de la intimidad del familiar se analizo que la mayor parte de los familiares no tienen cambios en cuanto su intimidad solo una mínima parte opina que si ha habido cambios.

Por otra parte la porción mayoritaria nos menciona que en cuanto a su vida social no sea resentido por el hecho de cuidar a su familiar, por que los de más miembros de la familia y amigos los apoyan en todo momento.

En cuanto al siguiente análisis del cuestionario de los familiares la mayor parte nos refirió que al tener el cuidado de su paciente, sus amistades pasaron a segundo término, por que en este caso tiene mayor prioridad su paciente, y por otra parte han recibido un gran apoyo de sus amigos y demás familiares.

Al revisar este punto nos percatamos de que la mayoría de los familiares encuestados tiene la impresión de que su paciente no espera que ellos sean que los cuiden toda la vida, pero si fuese necesario lo harían con mucho gusto.

En relación a los familiares encuestados la mayor parte de ellos no pueden cubrir todos sus gastos necesarios desde el padecimiento de su paciente y requieren la ayuda económica, de algún otro miembro de la familia.

Debido al tiempo que le dedica a su familiar experimenta una gran cantidad de estrés, pero la mayor parte de ellos mencionaron que están preparados para seguir cuidando a su familiar por mucho más tiempo, si fuese necesario, y una parte muy reducida menciona que será incapaz de cuidar más tiempo a su paciente

Debido al cuidado de su familiar han dejado de lado otros aspectos de su vida, pero una gran cantidad de los encuestados nos mencionan que no han perdido el control de su vida desde la enfermedad de su paciente, por que los apoyan otros miembros de la familia.

Desde el diagnostico de su paciente han tenido que pasar por muchas situaciones de gran estrés, ansiedad y desesperanza, pero la mayor parte de los pacientes encuestados no están de acuerdo en dejar el cuidado de su familiar a otra persona, por que comentan que con ellos su paciente esta mejor que con cualquier otra persona.

La mayor parte de los familiares encuestados nos mencionaron que tienen algún grado de temor en que hacer por su familiar, pero que simplemente seguirán apoyando a su paciente y no lo dejarán solo.

Casi del total del porcentaje evaluado reportan que se sienten de la mejor manera, así como están cuidando a su paciente, pero que podrían todavía más hacer algo por él.

Por consiguiente la porción superior de los encuestados comentan que ellos cuidan a su familiar de la mejor manera y con mucho gusto, pero que todavía podrían hacer más por su cuidado.

Por el simple hecho de tener un familiar enfermo y cuidarlo las personas experimentan un grado de sobrecarga, y la mayoría de los familiares encuestados respondieron que tienen un grado de sobrecarga moderado por todo lo que conlleva tener a un paciente enfermo con este tipo de patología; sin embargo es mas grande el amor familiar que la carga de trabajo pasa a segundo plano.

## CONCLUSIÓN

El Proceso de Duelo es una reacción normal en el ser humano y no solamente aparece cuando existe la muerte sino también cuando se siente que se a perdido algo como en este caso la salud; este proceso puede ser mas o menos largo y doloroso hasta encontrar la adaptación a esta nueva situación, por lo cual es importante estar en contacto con el paciente así como su familiar pues es fundamental en el proceso de duelo por el que atraviesa su ser querido y valorar su importancia.

Durante este proceso de investigación se llevo a la conclusión de que la actitud en este caso del paciente dependerá de factores como la edad y el sexo; las personas mayores de 50 años se resignan más fácilmente a padecer la enfermedad obviamente con miedo, sin embargo, como ellos mencionan ya vivieron su vida; en pacientes menores de 40 años se deprimen con facilidad pues sienten que están a un paso de la muerte sobretodo pacientes jóvenes que mencionan que todavía les falta mucho por hacer; el sexo de igual manera influye pues los hombres tienden a ser mas vulnerables con el diagnostico de cáncer ya que la mayoría tiene que dejar su trabajo para seguir llevando su tratamiento por lo que dependen de sus familiares eso los hace sentirse dependientes a sus familias por que antes ellos eran los proveedores de su hogar, sin embargo, las mujeres suelen ser mas fuertes y optimistas aunque esto en una minoría es preocupante ya que no demuestran con sinceridad sus sentimientos.

Es importante mencionar que el apoyo que tienen los pacientes de sus familiares es fundamental ya que se motivan en su tratamiento el cual es largo y tedioso, por tal motivo los familiares cursan por ansiedad, desesperanza, temor, angustia al ver a su familiar en un hospital, aquí también es importante mencionar que el parentesco también influye ya que las personas que son muy cercanas al paciente como padres, hijos o hermanos son las que mas sufren de estos sentimientos.

Así mismo nos percatamos que si los pacientes junto con sus familiares tienen mayor conocimiento acerca del proceso de duelo se facilitara más el apoyo entre ambos por eso es importante que el personal de Salud sobretodo Enfermería tenga mínimo un curso de Tanatología para saber como actuar ante el paciente, escucharlo y junto con sus familiares apoyarlo.

## SUGERENCIAS

Durante la investigación falta información entre los pacientes y su familia acerca de cómo poder llevar a cabo el proceso de duelo, entre ambos, ya que no solamente el proceso de duelo se presenta durante la muerte de un familiar, sino también, durante la pérdida de la salud, como es en este caso; por tal motivo, es necesario que el equipo multidisciplinario de salud que son pilares para llevar a cabo el tratamiento exitosamente obtengan información acerca de este tema.

Ante los resultados arrojados se propone desarrollar un curso con duración de 30 horas durante 5 días de 8 a 14 horas con valor curricular para el paciente y su familiar oncológico; así, como también para el personal de salud, ya que como se menciona con anterioridad, es importante tener el conocimiento, de cómo relacionarse con este tipo de pacientes; en donde se encuentren temas relevantes acerca del proceso de duelo.

Con los temas a desarrollar de gran interés se pretende que el lazo familiar entre el paciente y su familiar logre hacerse más fuerte; y que el personal de salud tome en cuenta estas propuestas para poder alcanzar dicho objetivo y así el apoyo para el paciente oncológico y su familiar sea más favorable.

Este curso es solo una sugerencia que se obtuvo tras los datos arrojados durante la investigación y después de haber asistido a 2 cursos sobre Tanatología y Cuidados Paliativos, el cual fue asesorado por la asesora de esta tesis, no se llevo a cabo, en tal caso que se quisiera llevar a cabo se consultaría con personal capacitado para asesoramiento del mismo

El desarrollo de la misma se encuentra en la parte de anexos.

# **ANEXOS**

Ago-11	Sep-11	Oct-11	Nov-11	Dic-11	Ene-12	Feb-12	Mar-12	Abr-12	May-12	Jun-12	Jul-12
Capítulo I											
Capítulo II											
Capítulo III											
Diseño. de Investigación											
Diseño Metodológico											
Instrumento de valoración											
Cuadros y Graficar											
Análisis de los datos											
Interpretación de los datos											
Conclusiones											
sugerencias											
Bibliografías											
Introducción											



**Secretaría de Salud  
Hospital Juárez de México  
Escuela de Enfermería  
Con Estudios Incorporados a la UNAM**



FORMULARIO PARA EL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones, por favor lea cada una cuidadosamente, posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se siente actualmente, encierre en un círculo el número que se encuentre al lado de la oración que usted escogió, asegúrese de leer todas las oraciones de cada grupo antes de hacer su elección.

1. Al enfrentar dificultades ¿de que forma reacciona?
  - a) Salgo corriendo
  - b) Me angustio
  - c) Me siento triste
  - d) Me mantengo sereno y buscar una solución
  
2. Ahora que sabe su diagnostico ¿Cómo ve su futuro?
  - a) En general no me siento descorazonado por el futuro
  - b) Me siento descorazonado por mi futuro
  - c) Siento que no tengo nada que esperar por el futuro
  - d) Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
  
3. Al realizar las cosas de la vida cotidiana ¿Cómo se siente?
  - a) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
  - b) Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
  - c) Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
  - d) Estoy insatisfecho o aburrido con todo.

4. ¿Se siente culpable de su padecimiento?
- a) En realidad yo no me siento culpable
  - b) Me siento culpable una gran parte del tiempo
  - c) Me siento realmente culpable la mayor parte del tiempo
  - d) Me siento culpable todo el tiempo
5. Cree que esta siendo castigado(a) por el simple hecho de padecer su enfermedad
- a) Yo no siento que este siendo castigado
  - b) Siento que podría ser castigado
  - c) Espero ser castigado
  - d) Siento que he sido castigado
6. Se siente disgustado consigo mismo(a), por su enfermedad
- a) Yo no me siento desilusionado de mi mismo
  - b) Estoy desilusionado de mi mismo
  - c) Estoy disgustado con migo mismo
  - d) Me odio
7. ¿Tiene pensamientos que salen más allá de su realidad?
- a) Yo no tengo pensamientos suicidas
  - b) Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría acabo
  - c) Me gustaría suicidarme
  - d) Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
8. Se irrita por cosas sin importancia
- a) Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.
  - b) Me enojo o irrito más fácilmente que antes
  - c) Me siento irritado todo el tiempo
  - d) Me irrito por cualquier cosa.
9. ¿Ha tenido alteraciones importantes a la hora de dormir?.
- a) Puedo dormir tan bien como antes
  - b) Yo no puedo dormir tan bien como solía hacerlo.
  - c) Me despierto una o dos horas mas temprano de lo normal y me cuesta trabajo volver a dormirme.
  - d) Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.

10. En estos últimos meses ¿ha sentido que se cansa mas de lo que debería?
- a. Yo no me canso mas de lo habitual
  - b. Me canso mas fácilmente de lo que solía hacerlo
  - c. Con cualquier cosa que haga me canso
  - d. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
11. ¿Ha notado cambios importantes en cuanto a su apetito?
- a) Mi apetito no es peor de lo habitual
  - b) Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
  - c) Mi apetito esta muy mal ahora
  - d) No tengo apetito de nada
12. ¿Ha bajado de peso considerablemente durante su enfermedad?
- a) Yo no he perdido peso últimamente
  - b) He perdido más de dos kilogramos
  - c) He perdido más de cinco kilogramos
  - d) He perdido más de ocho kilogramos
13. ¿Se siente preocupado sobre su salud?
- a) Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
  - b) Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal, o constipación.
  - c) Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
  - d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en Ninguna otra cosa
14. ¿A notado cambios importantes es cuanto a su apetito sexua?l
- a) Yo no he notado ningún cambio resiente en mis intereses por el sexo
  - b) Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que estaba
  - c) Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
  - d) He perdido completamente el interés en el sexo.

GRACIAS



Secretaría de Salud  
Hospital Juárez de México  
Escuela de Enfermería  
Con Estudios Incorporados a la UNAM



FORMULARIO PARA EL FAMILIAR

SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

**0= Nunca    1= Rara vez    2= Algunas veces    3= Bastantes veces    4= Casi siempre**

1A ¿Cree que su familiar le pide mas ayuda de la que realmente necesita? ( )

2A ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted? ( )

3A ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia? ( )

4B ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar? ( )

5B ¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar? ( )

6B ¿Siente que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia? ( )

7A ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar? ( )

8A ¿Cree que su familiar depende de usted? ( )

9B ¿Se siente tenso cuando esta cerca de su familiar? ( )

10A ¿Cree que usted sea resentido por cuidar a su familiar? ( )

11A ¿Cree que no tiene intimidad, como le gustaría debido a su familiar? ( )

12A ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar? ( )

- 13A ¿Se siente incomodo por desatender a sus amistades debido a su familiar? ( )
- 14A ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide como si usted fuese la única persona de quien depende? ( )
- 15C ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos? ( )
- 16C ¿Cree que será incapaz de cuidarle por mucho mas tiempo? ( )
- 17B ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar? ( )
- 18B ¿Desearía dejar el cuidado de su familiar a otros? ( )
- 19B ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar? ( )
- 20C ¿Cree que debería hacer mas por su familiar? ( )
- 21C ¿Cree que podría cuidar mejor a su familiar? ( )
- 22A Globalmente ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? ( )

GRACIAS

TABULACION DE DATOS DEL PACIENTE						
PREGUNTA	A	B	C	D	TOTAL	
1		9	4	12	25	
2	5	13	4	3	25	
3	7	12	2	4	25	
4	17	8			25	
5	19	6			25	
6	15	6	4		25	
7	20	3	2		25	
8	7	13	4	1	25	
9	4	14	2	5	25	
10	3	13	3	6	25	
11	5	9	5	6	25	
12	7	8	9	1	25	
13	4	11	6	4	25	
14	8	8	4	5	25	
TABULACION DE DATOS DEL FAMILIAR						
PREGUNTAS	0=nunca	1= Rara vez	2= Algunas veces	3= Bastantes veces	4= Casi siempre	TOTAL
1A	6	7	9	1	2	25
2A	6	8	7	2	2	25
3A	5	7	7	6		25
4B	17	4	4			25
5B	16	6	2	1		25
6B	15	7	2	1		25
7A	2	4	9	5	5	25
8A	2	4	5	9	5	25
9B	7	9	5	1	3	25
10A	13	8	4			25
11A	9	8	6	1	1	25
12A	12	8	2	3		25
13A	10	10	5			25
14A	5	8	7	4	1	25
15C		5	9	5	6	25
16C	9	8	3	2	3	25
17B	12	8	4		1	25
18B	11	7	6	1		25
19B	9	9	3	3	1	25
20C		3	16	6		25
21C		2	15	6	2	25
22A	3	5	9	6	2	25



➤ **PACIENTE**

**CUADRO # 1**

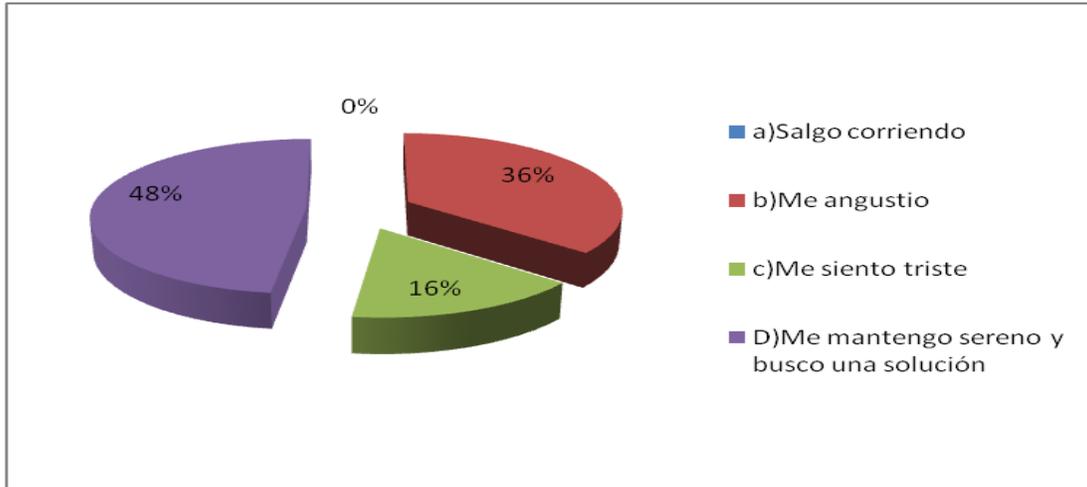
**Enfrentar dificultades**

RESPUETAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a)Salgo corriendo	0	0%
b)Me angustio	9	36%
c)Me siento triste	4	16%
D)Me mantengo sereno y busco una solución	12	48%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 1**

**Enfrentar dificultades**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 2**

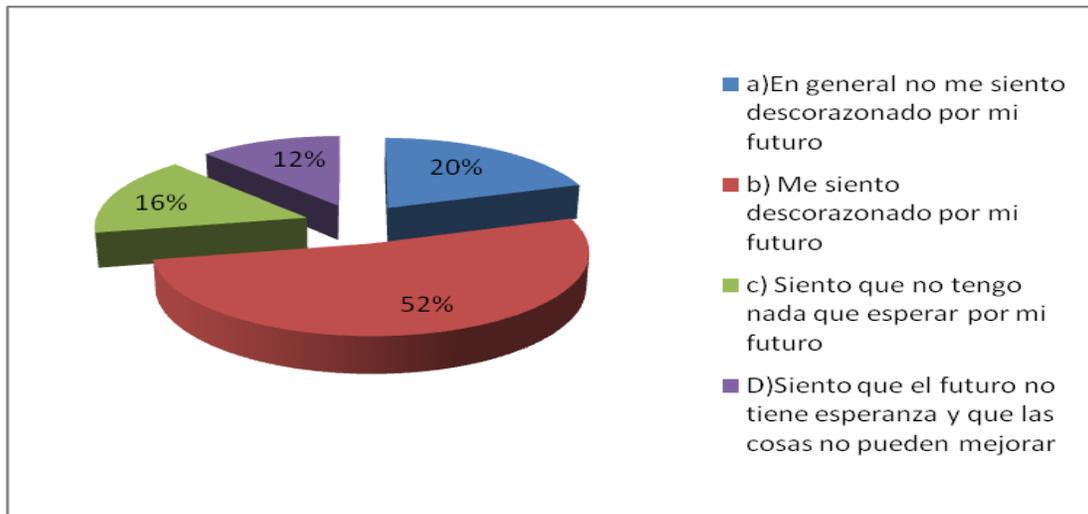
**Futuro**

RESPUETAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a)En general no me siento descorazonado por mi futuro	5	20%
b) Me siento descorazonado por mi futuro	13	52%
c) Siento que no tengo nada que esperar por mi futuro	4	16%
D)Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar	3	12%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA #2**

**Futuro**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 3**

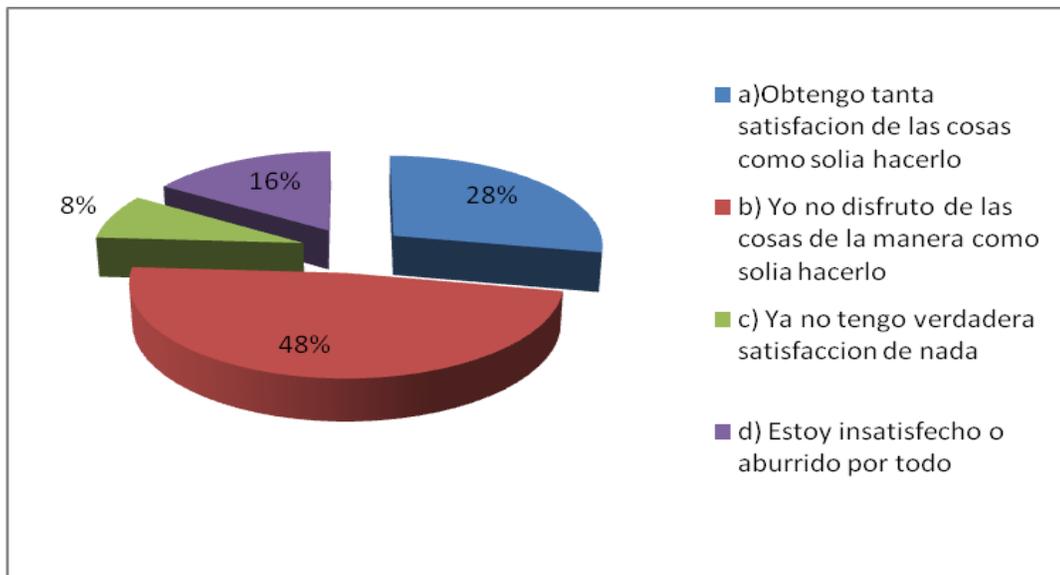
**Se siente**

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo	7	28%
b) Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo	12	48%
c) Ya no tengo verdadera satisfacción de nada	2	8%
d) Estoy insatisfecho o aburrido por todo	4	16%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 3**

**Se siente**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 4**

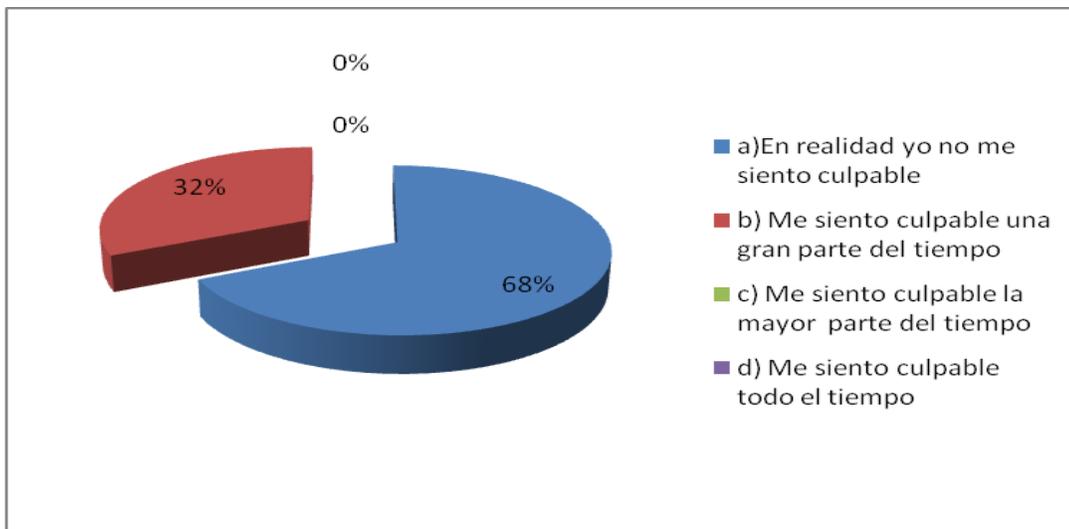
**Culpable**

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) En realidad yo no me siento culpable	17	68%
b) Me siento culpable una gran parte del tiempo	8	32%
c) Me siento culpable la mayor parte del tiempo	0	0%
d) Me siento culpable todo el tiempo	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 4**

**Culpable**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 5**

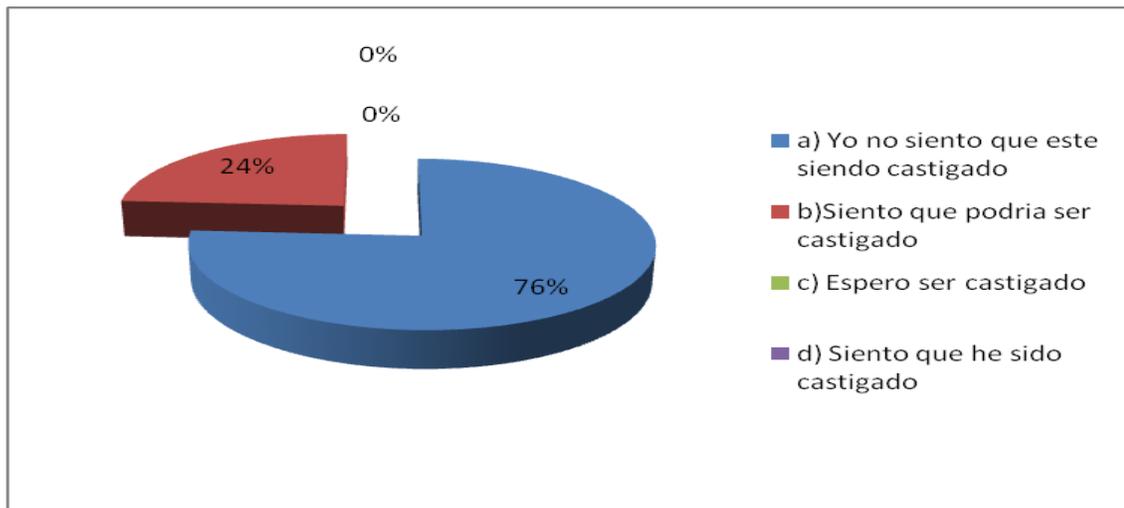
**Castigo**

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Yo no siento que este siendo castigado	19	76%
b) Siento que podría ser castigado	6	24%
c) Espero ser castigado	0	0%
d) Siento que he sido castigado	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 5**

**Castigo**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 6**

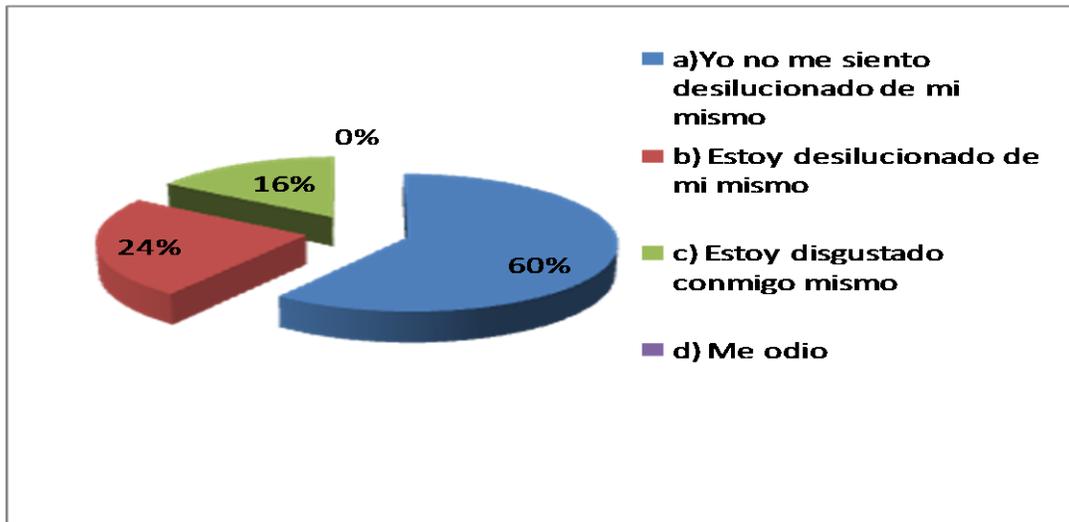
**Disgustado consigo mismo (a)**

a) Yo no me siento desilusionado de mi mismo	15	60%
b) Estoy desilusionado de mi mismo	6	24%
c) estoy disgustado conmigo mismo	4	16%
d) Me odio	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 6**

**Disgustado consigo mismo (a)**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 7**

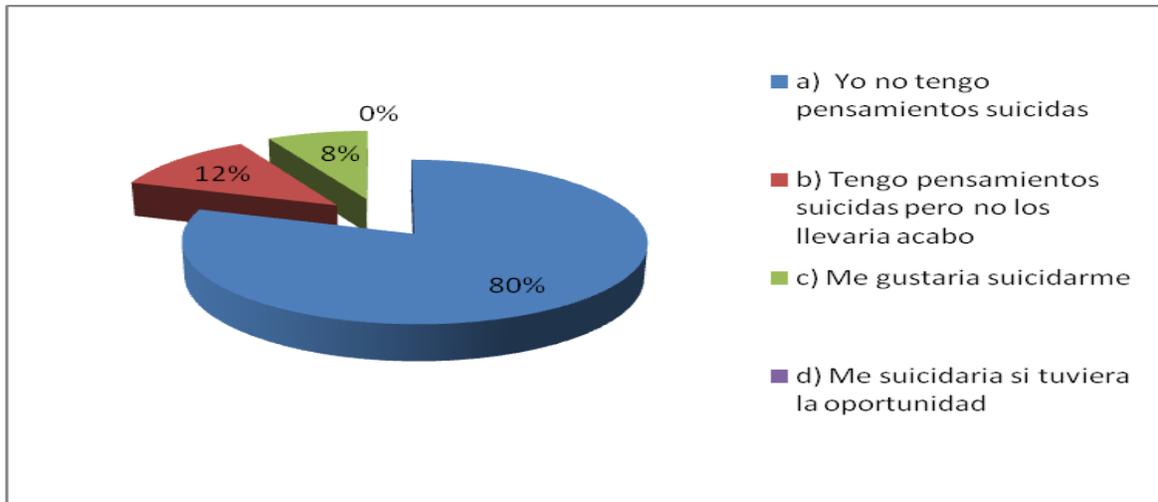
**Pensamientos que salen de su realidad**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Yo no tengo pensamientos suicidas	20	80%
b) Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría acabo	3	12%
c) Me gustaría suicidarme	2	8%
d) Me suicidaría si tuviera la oportunidad	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 7**

**Pensamientos que salen de su realidad**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Oncología Hospitalización a 25 pacientes del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 8**

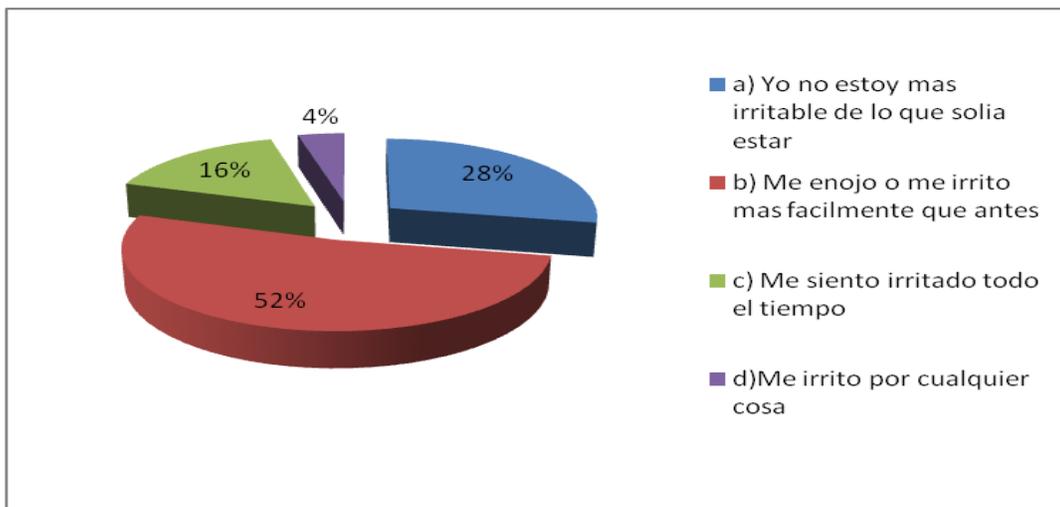
**Se irrita**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Yo no estoy mas irritable de lo que solía estar	7	28%
b) Me enoja o me irrito mas fácilmente que antes	13	52%
c) Me siento irritado todo el tiempo	4	16%
d) Me irrito por cualquier cosa	1	4%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 8**

**Se irrita**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 9**

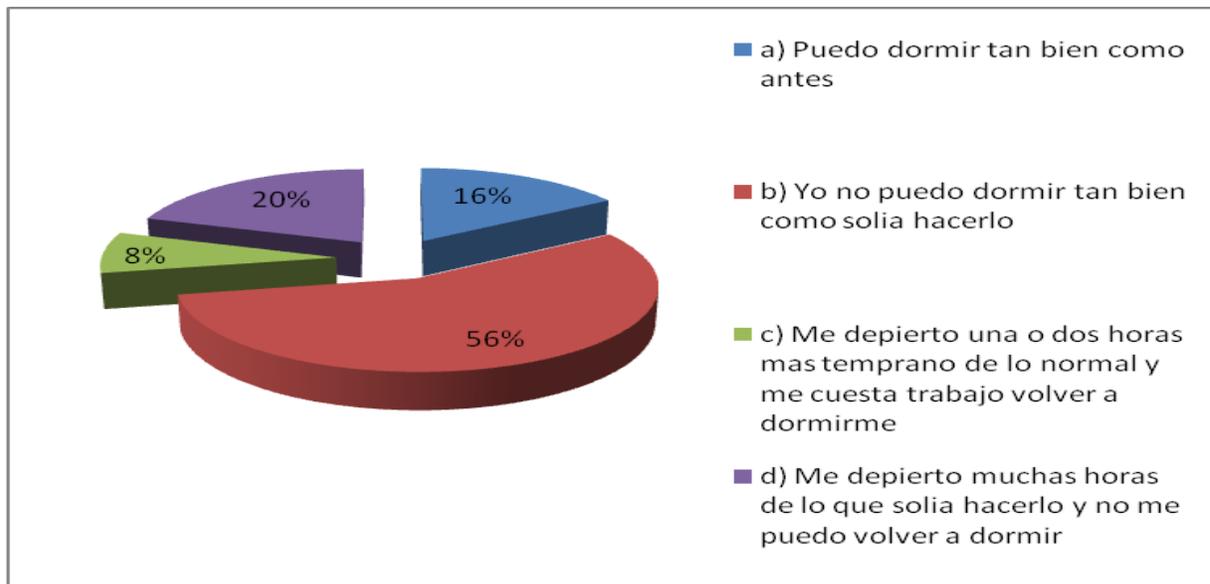
**Alteraciones a la hora de dormir**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Puedo dormir tan bien como antes	4	16%
b) Yo no puedo dormir tan bien como solía hacerlo	14	56%
c) Me despierto una o dos horas mas temprano de lo normal y me cuesta trabajo volver a dormirme	2	8%
d) Me despierto muchas horas de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir	5	20%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 9**

**Alteraciones a la hora de dormir**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 10**

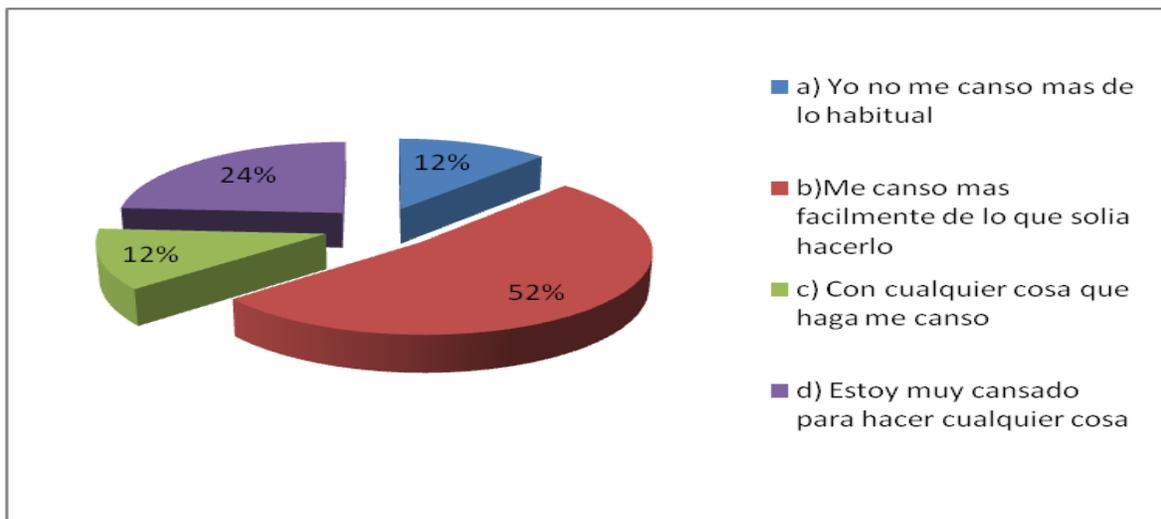
**Cansancio**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Yo no me canso mas de lo habitual	3	12%
b) Me canso mas fácilmente de lo que solía hacerlo	13	52%
c) Con cualquier cosa que haga me canso	3	12%
d) Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa	6	24%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 10**

**Cansancio**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Oncología Hospitalización a 25 pacientes del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 11**

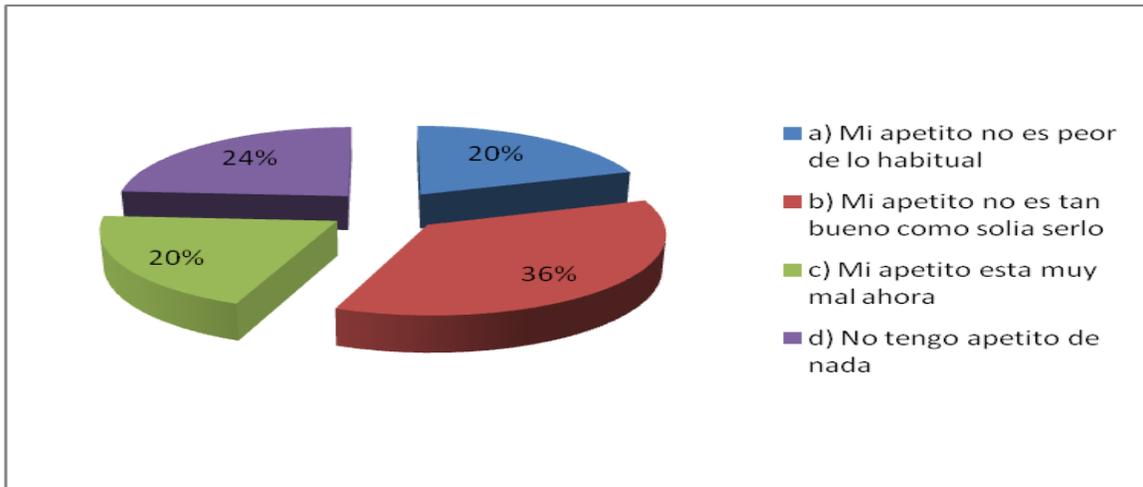
**Apetito**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Mi apetito no es peor de lo habitual	5	20%
b) Mi apetito no es tan bueno como solía serlo	9	36%
c) Mi apetito esta muy mal ahora	5	20%
d) No tengo apetito de nada	6	24%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 11**

**Apetito**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 12**

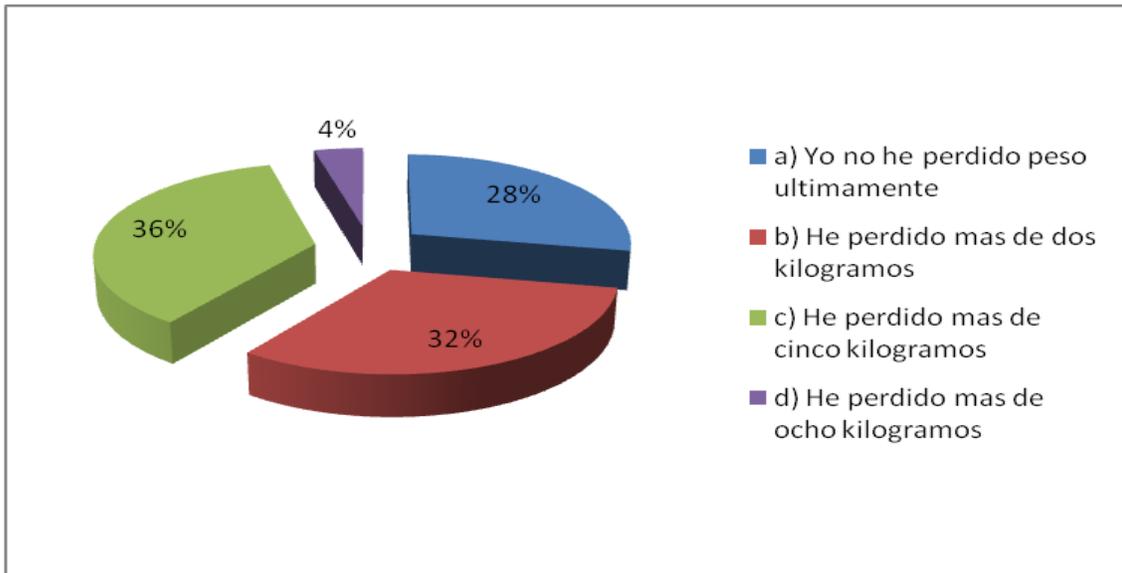
**Perdida de peso**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Yo no he perdido peso últimamente	7	28%
b) He perdido mas de dos kilogramos	8	32%
c) He perdido mas de cinco kilogramos	9	36%
d) He perdido mas de ocho kilogramos	1	4%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 12**

**Perdida de peso**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 13**

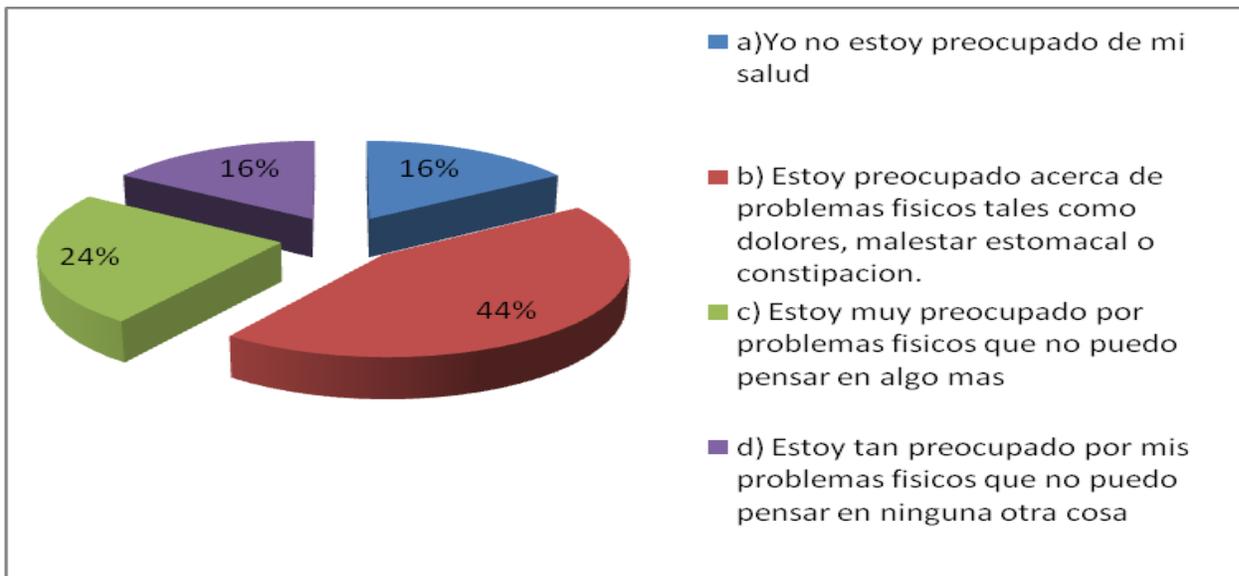
**Preocupado por su salud**

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Yo no estoy preocupado de mi salud	4	16%
b) Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.	11	44%
c) Estoy muy preocupado por problemas físicos que no puedo pensar en algo mas	6	24%
d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa	4	16%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 13**

**Preocupado por su salud**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 14**

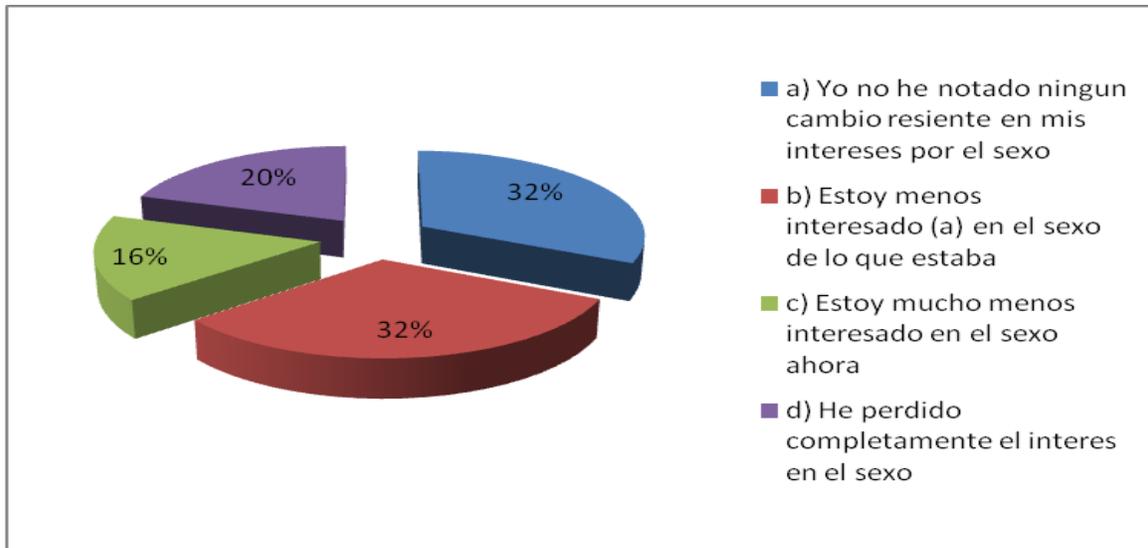
**Apetito sexual**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Yo no he notado ningún cambio resiente en mis intereses por el sexo	8	32%
b) Estoy menos interesado (a) en el sexo de lo que estaba	8	32%
c) Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora	4	16%
d) He perdido completamente el interés en el sexo	5	20%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 14**

**Apetito sexual**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



➤ **Familiar**

**CUADRO # 1**

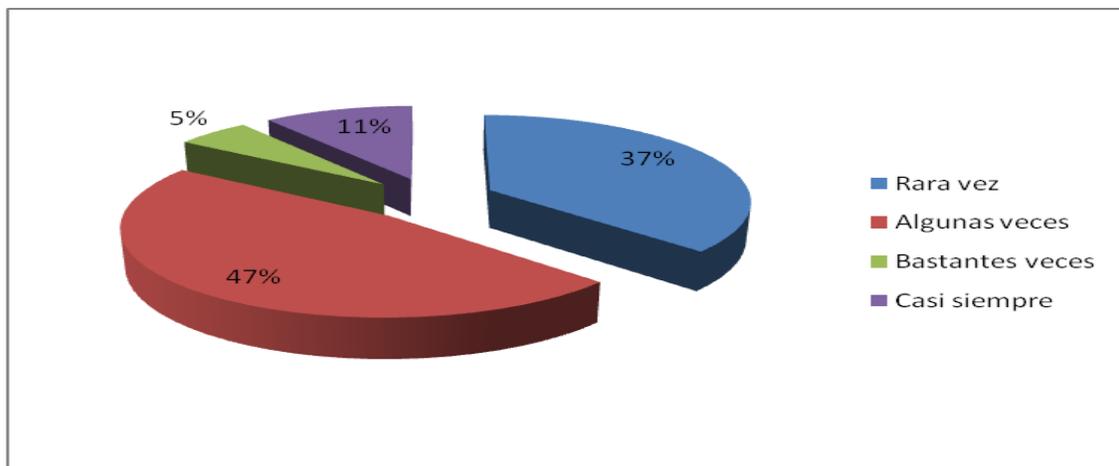
**Mas ayuda de la que realmente necesita**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	6	24%
Rara vez	7	28%
Algunas veces	9	36%
Bastantes veces	1	4%
Casi siempre	2	8%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 1**

**Mas ayuda de la que realmente necesita**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 2**

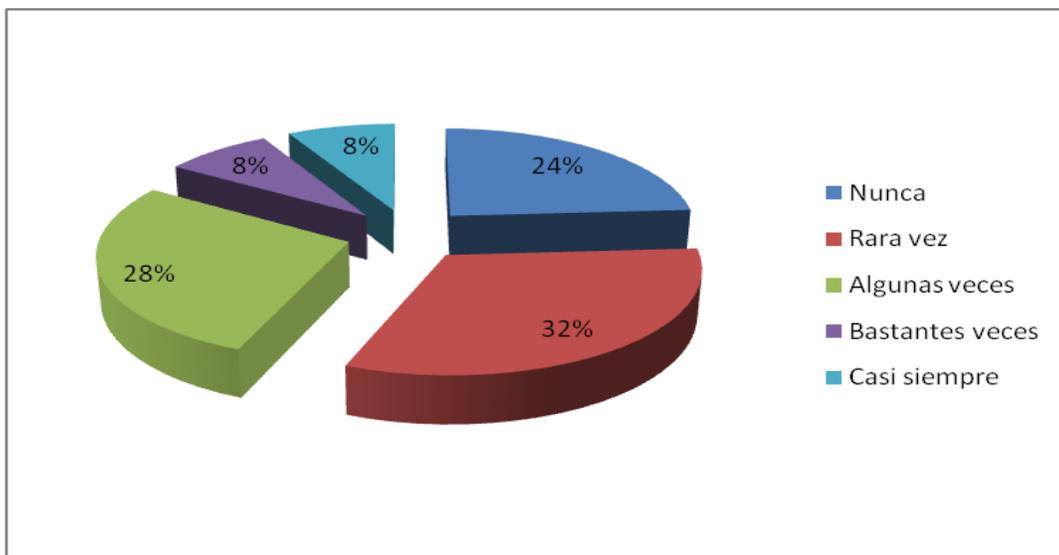
**Tiempo para usted**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	6	24%
Rara vez	8	32%
Algunas veces	7	28%
Bastantes veces	2	8%
Casi siempre	2	8%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 2**

**Tiempo para usted**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 3**

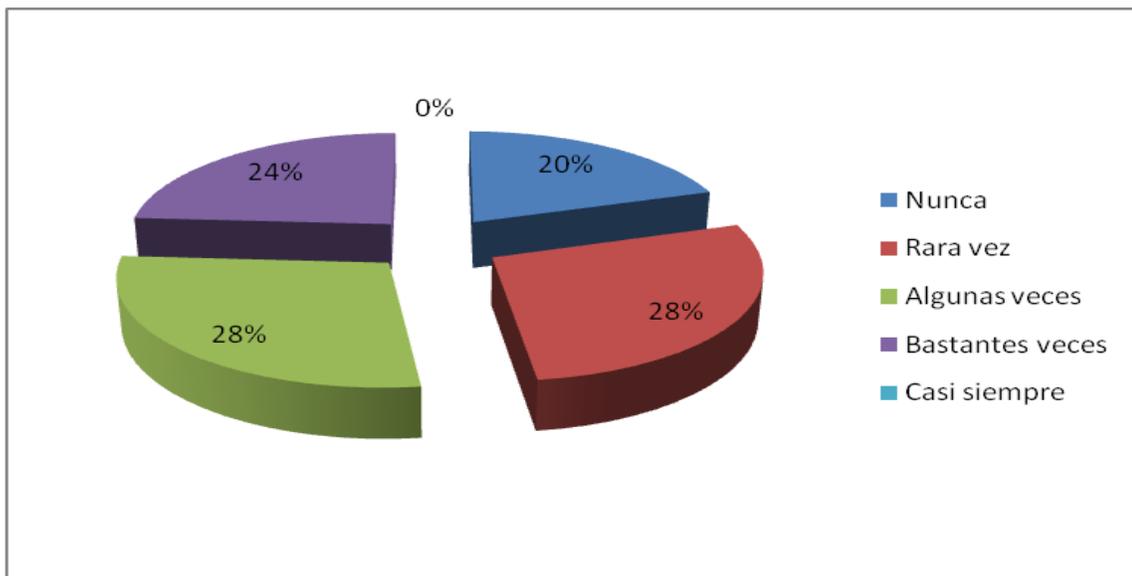
**Agobiado**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	5	20%
Rara vez	7	28%
Algunas veces	7	28%
Bastantes veces	6	24%
Casi siempre	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 3**

**Agobiado**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 4**

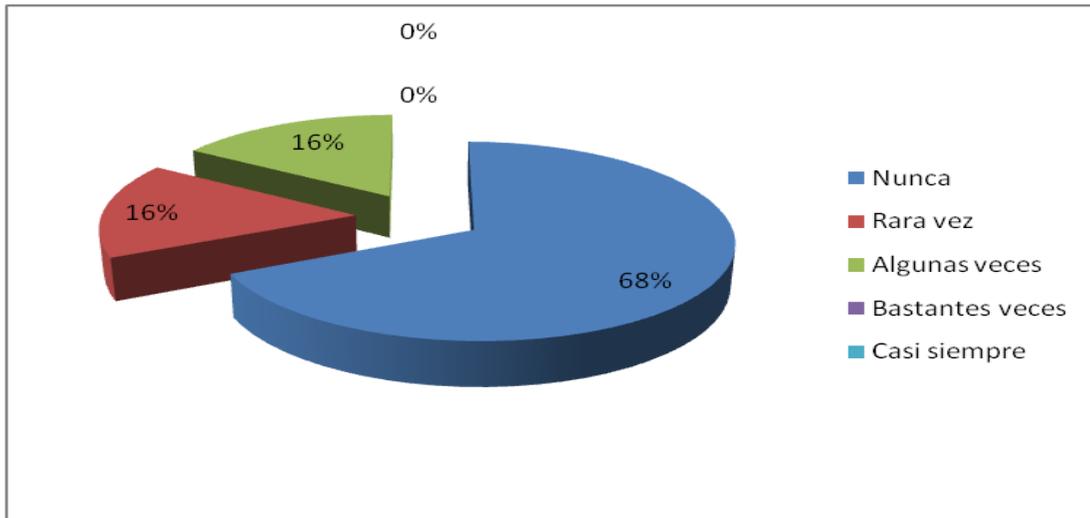
**Avergonzado**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	17	68%
Rara vez	4	16%
Algunas veces	4	16%
Bastantes veces	0	0%
Casi siempre	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 4**

**Avergonzado**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 5**

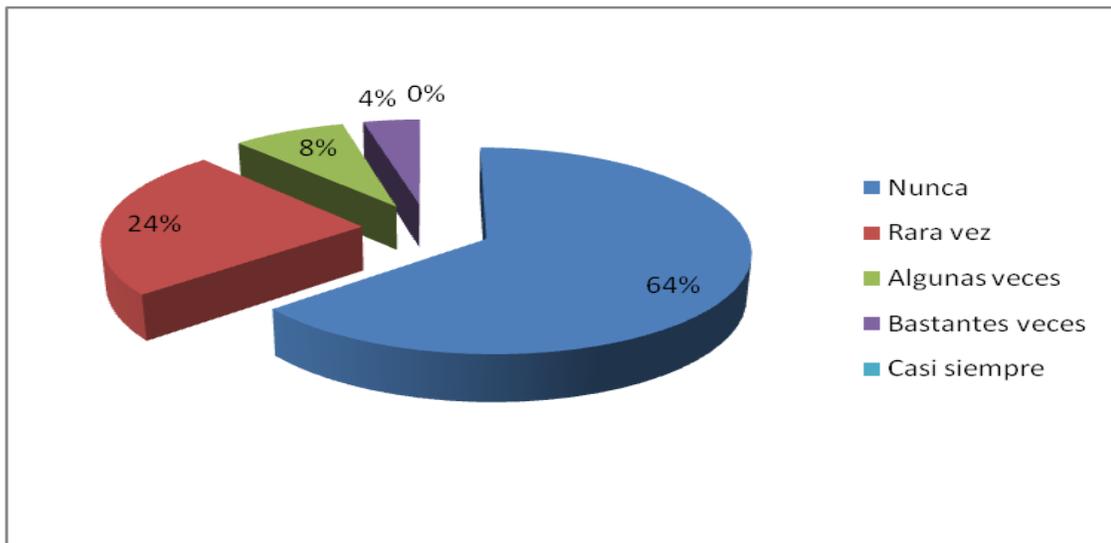
**Enfadado con su familiar**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	16	64%
Rara vez	6	24%
Algunas veces	2	8%
Bastantes veces	1	4%
Casi siempre	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 5**

**Enfadado con su familiar**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO #6**

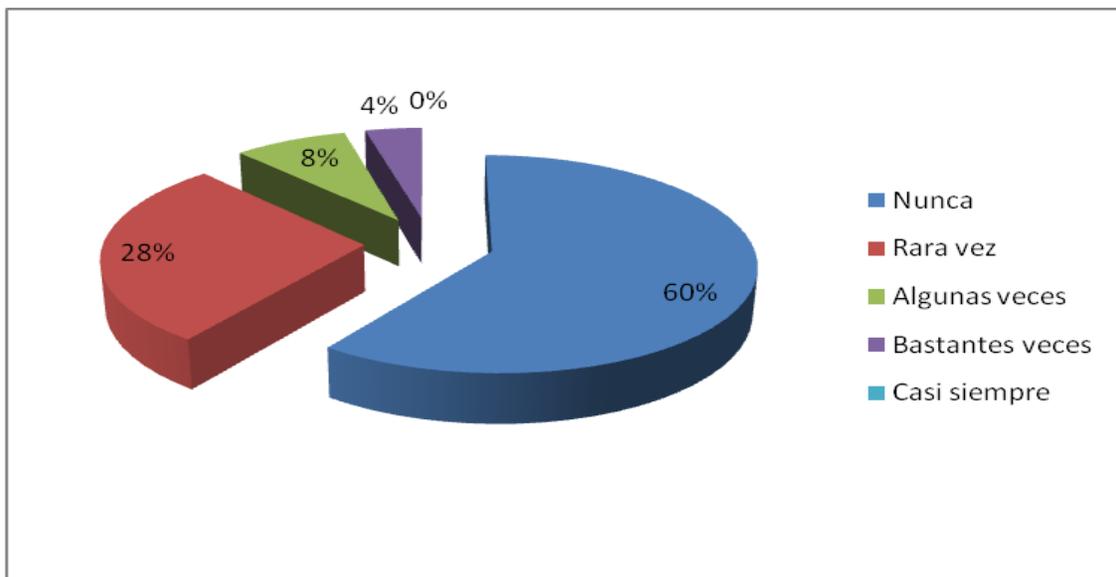
**Afecta negativamente su relación con otros miembros**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	15	60%
Rara vez	7	28%
Algunas veces	2	8%
Bastantes veces	1	4%
Casi siempre	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 6**

**Afecta negativamente su relación con otros miembros**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 7**

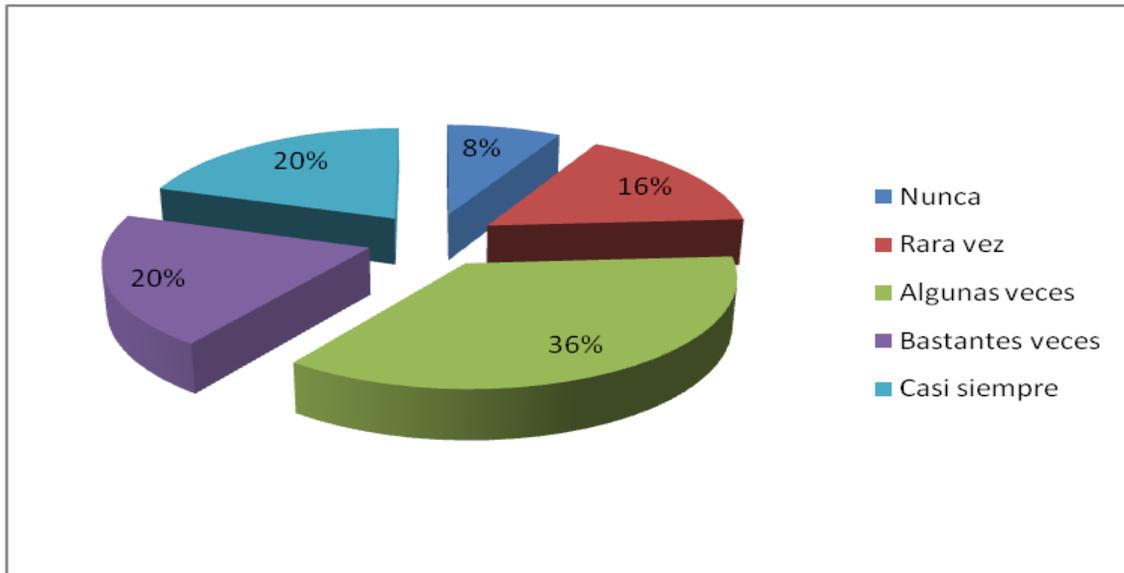
**Miedo al futuro**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	2	8%
Rara vez	4	16%
Algunas veces	9	36%
Bastantes veces	5	20%
Casi siempre	5	20%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 7**

**Miedo al futuro**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 8**

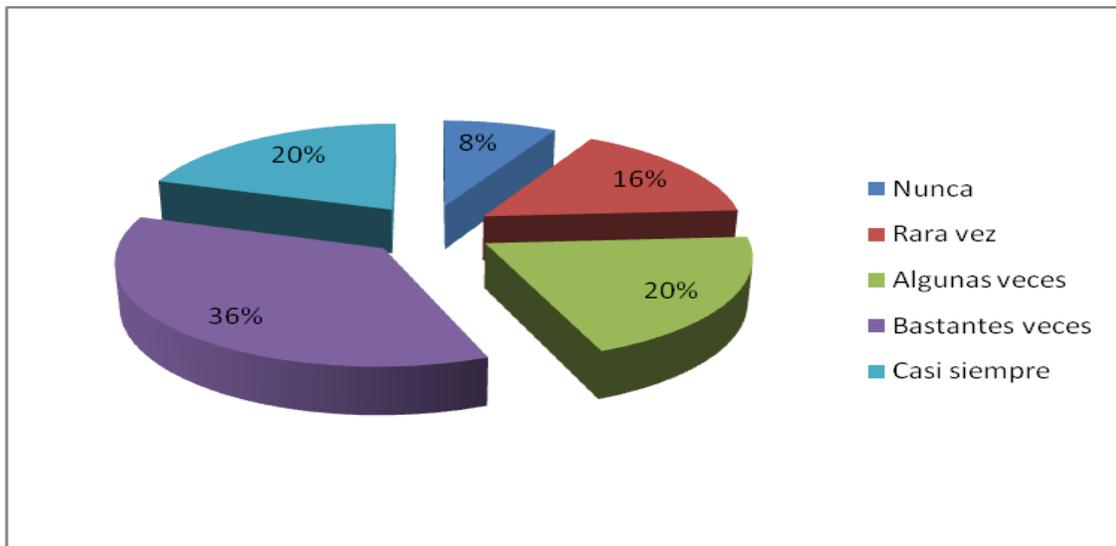
**Su familiar depende de usted**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	2	8%
Rara vez	4	16%
Algunas veces	5	20%
Bastantes veces	9	36%
Casi siempre	5	20%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 8**

**Su familiar depende de usted**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 9**

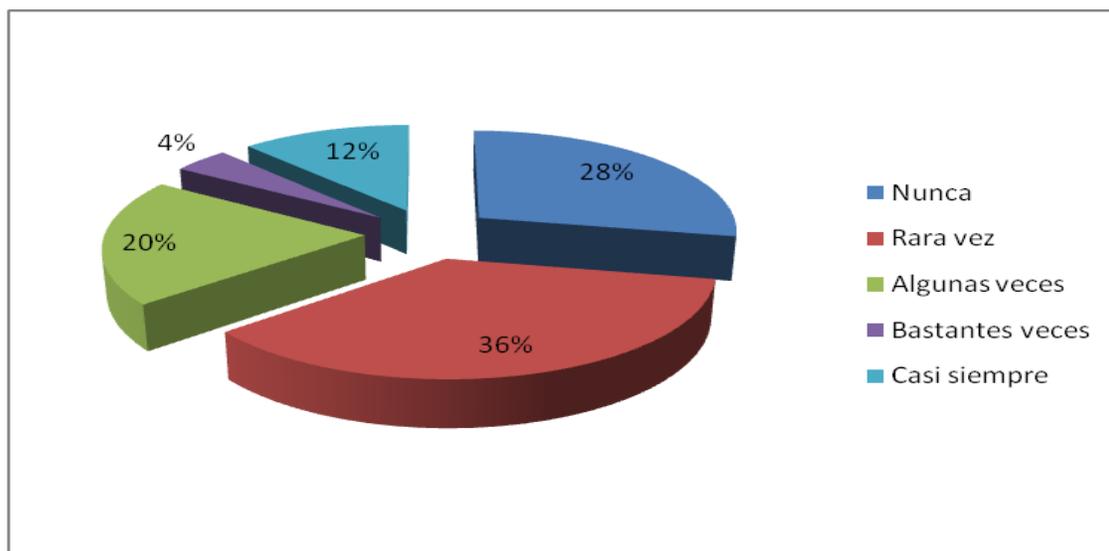
**Se siente tenso**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	7	28%
Rara vez	9	36%
Algunas veces	5	20%
Bastantes veces	1	4%
Casi siempre	3	12%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 9**

**Se siente tenso**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 10**

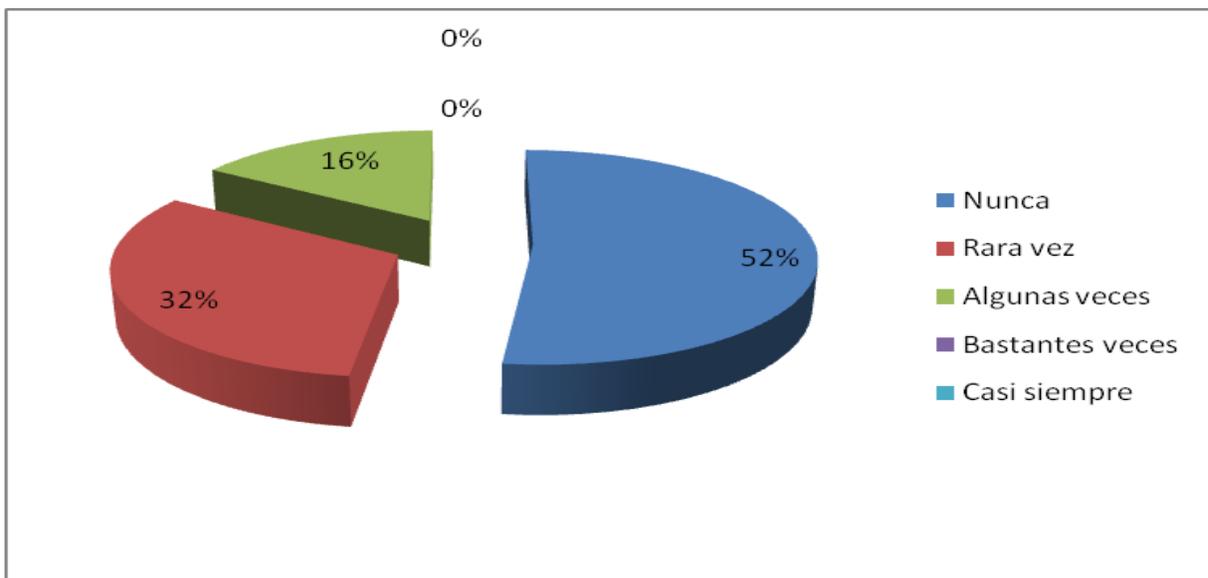
**Resentido**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	13	52%
Rara vez	8	32%
Algunas veces	4	16%
Bastantes veces	0	0%
Casi siempre	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 10**

**Resentido**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 11**

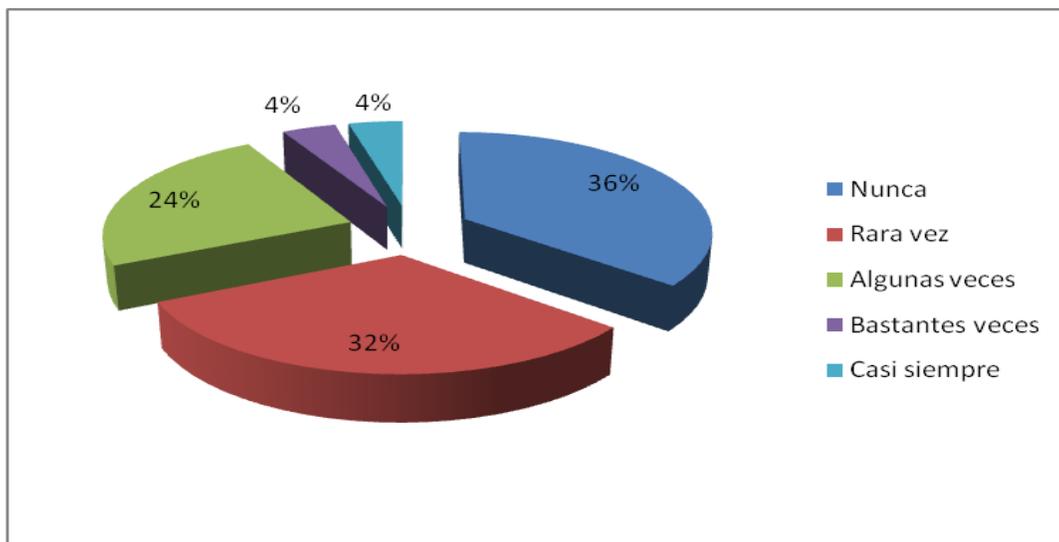
**Intimidad**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	9	36%
Rara vez	8	32%
Algunas veces	6	24%
Bastantes veces	1	4%
Casi siempre	1	4%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 11**

**Intimidad**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 12**

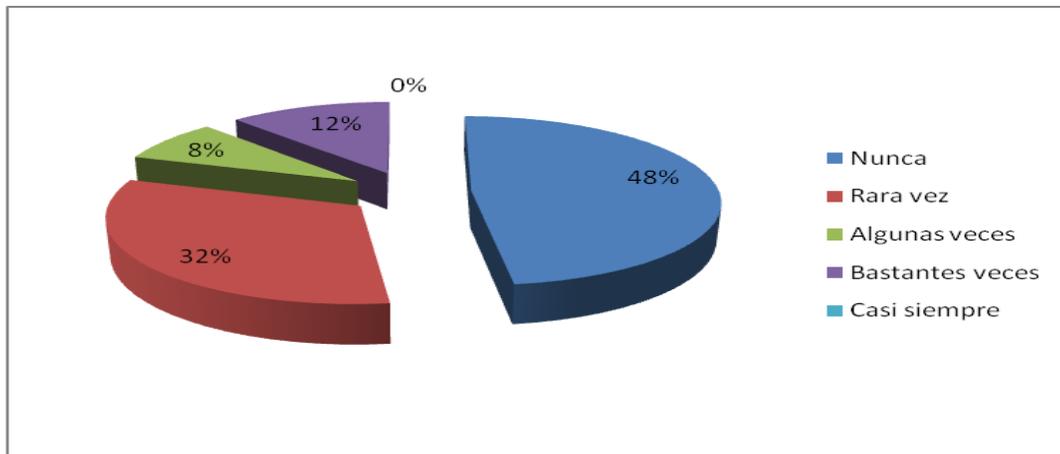
**Vida social**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	12	48%
Rara vez	8	32%
Algunas veces	2	8%
Bastantes veces	3	12%
Casi siempre	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 12**

**Vida social**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 13**

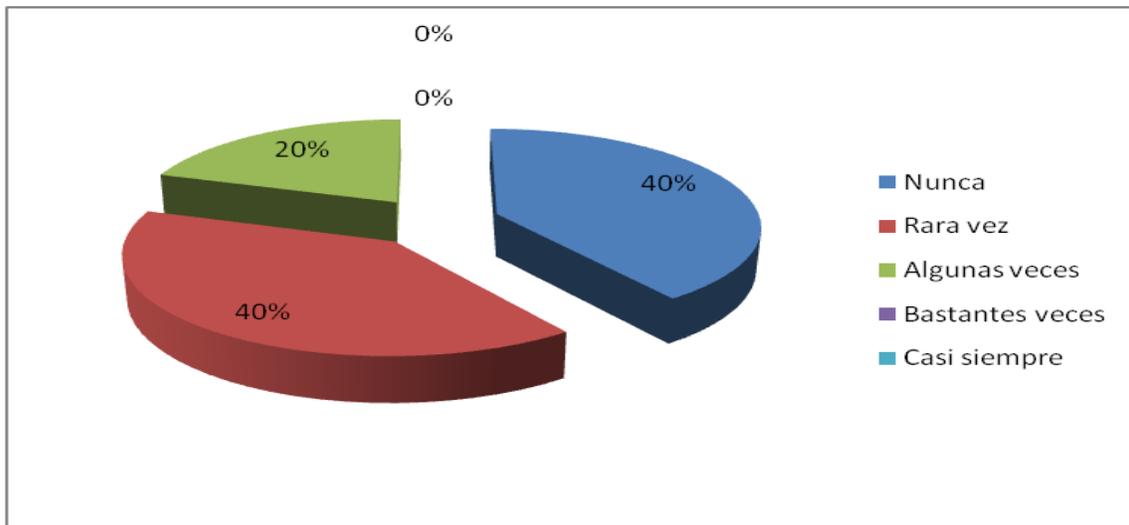
**Incomodo**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	10	40%
Rara vez	10	40%
Algunas veces	5	20%
Bastantes veces	0	0%
Casi siempre	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 13**

**Incomodo**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 14**

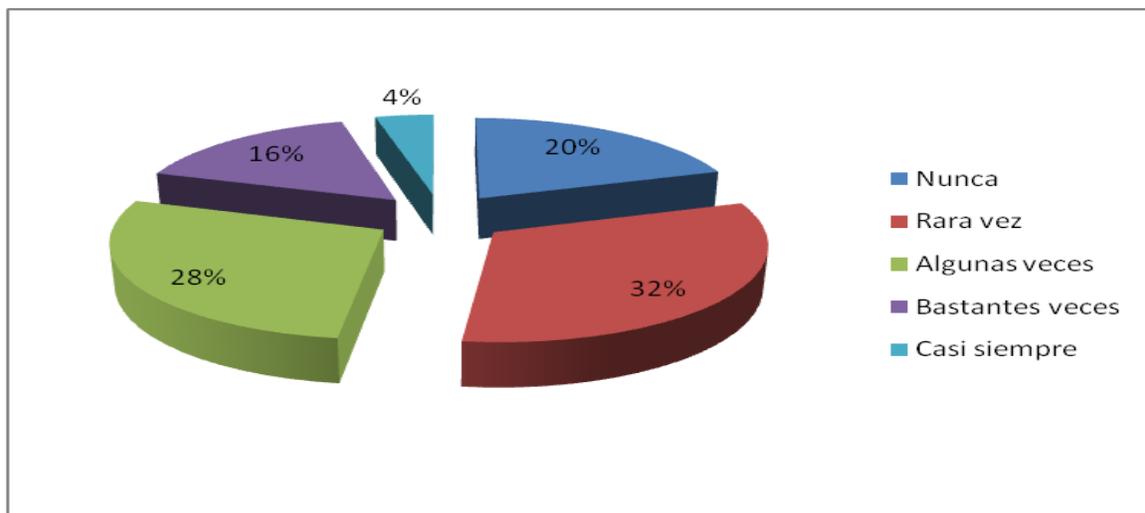
**Es la única persona de quien depende**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	5	20%
Rara vez	8	32%
Algunas veces	7	28%
Bastantes veces	4	12%
Casi siempre	1	4%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 14**

**Es la única persona de quien depende**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 15**

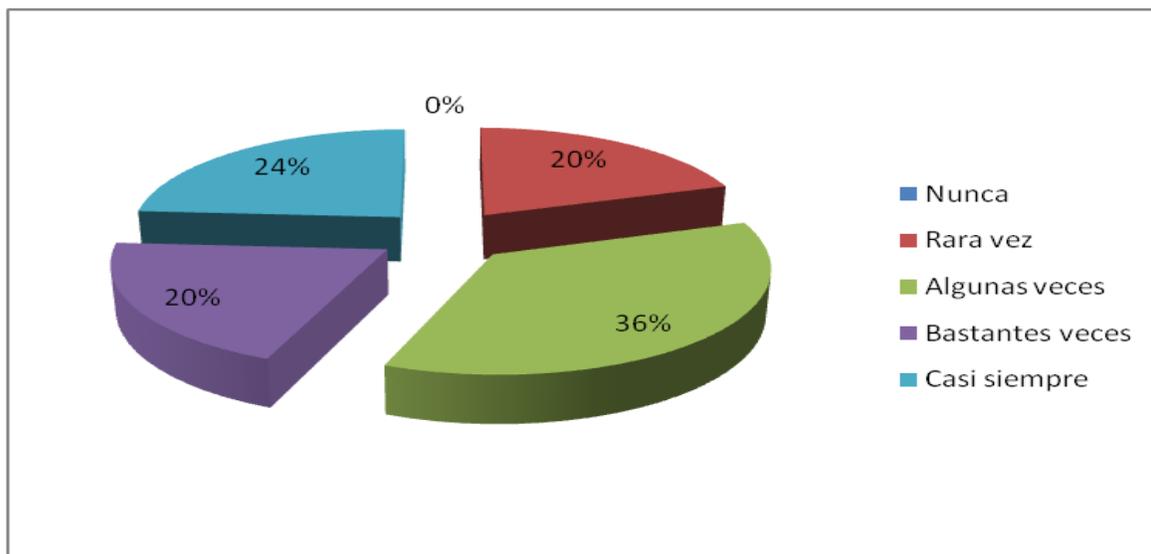
**Suficiente dinero para cuidar a su familiar**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	0	0%
Rara vez	5	20%
Algunas veces	9	36%
Bastantes veces	5	20%
Casi siempre	6	24%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 15**

**Suficiente dinero para cuidar a su familiar**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO #16**

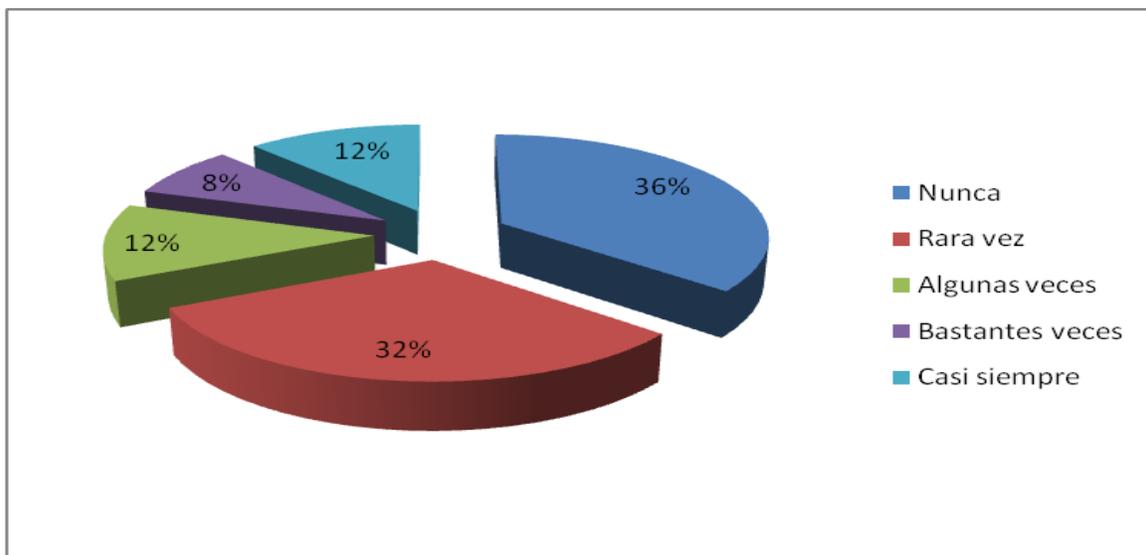
**Incapaz de cuidarle**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	9	36%
Rara vez	8	32%
Algunas veces	3	12%
Bastantes veces	2	8%
Casi siempre	3	12%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 16**

**Incapaz de cuidarle**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 17**

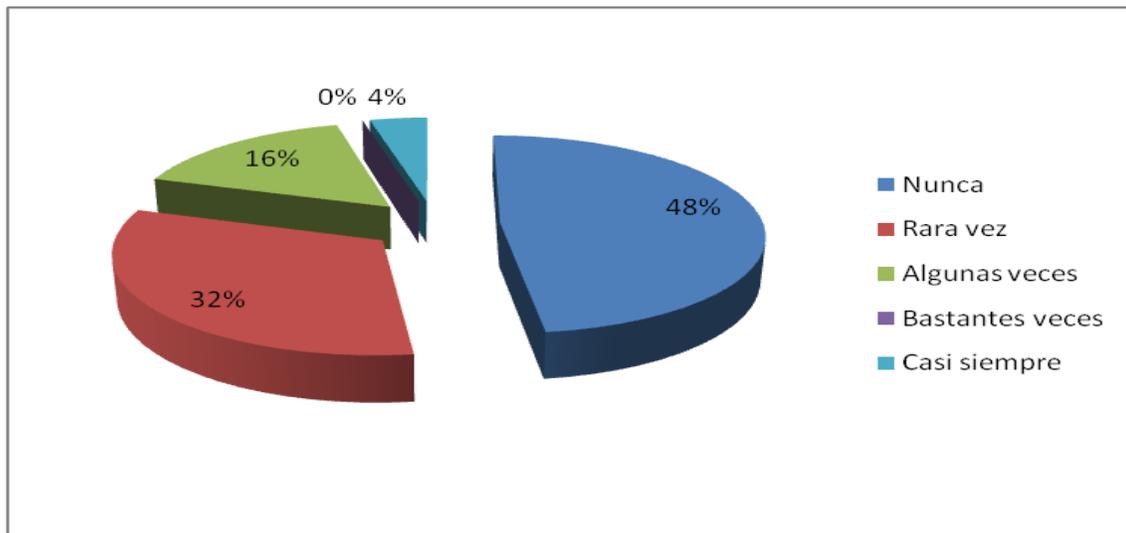
**Control de su vida**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	12	48%
Rara vez	8	32%
Algunas veces	4	16%
Bastantes veces	0	0%
Casi siempre	1	4%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 17**

**Control de su vida**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 18**

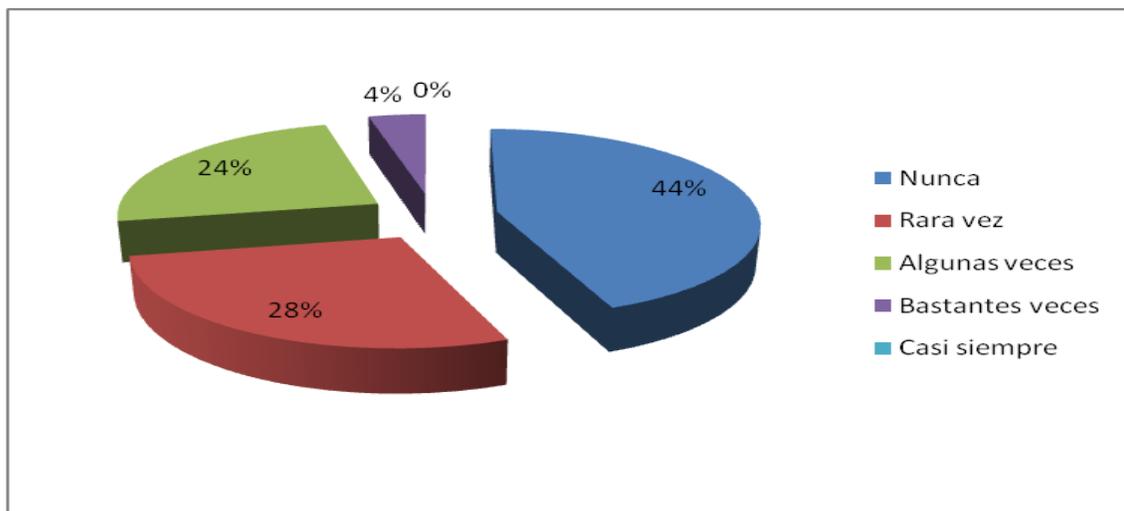
**Dejar el cuidado de su familiar**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	11	44%
Rara vez	7	28%
Algunas veces	6	24%
Bastantes veces	1	4%
Casi siempre	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 18**

**Dejar el cuidado de su familiar**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 19**

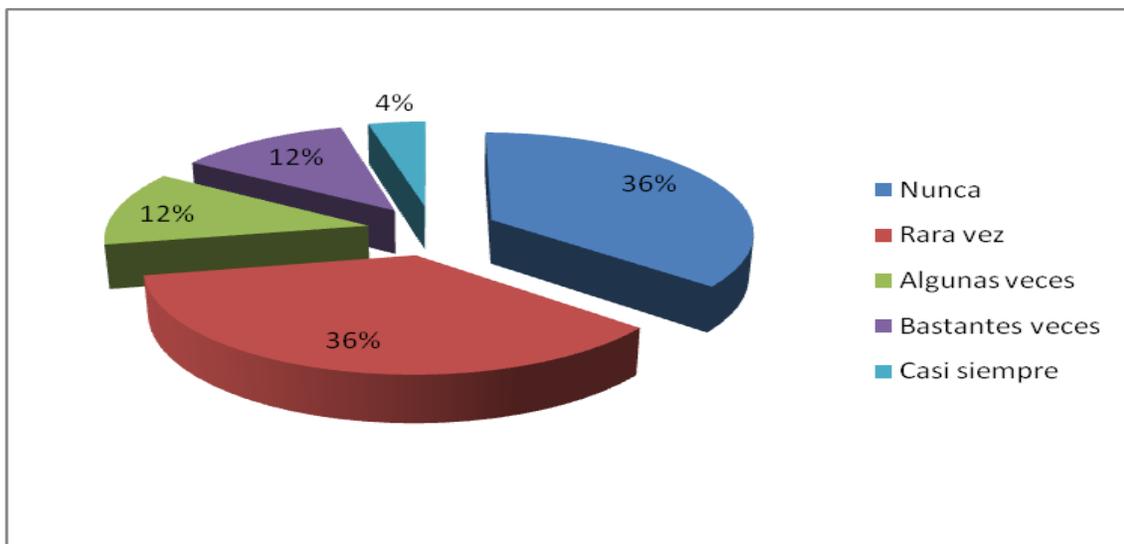
**Se siente indeciso**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	9	36%
Rara vez	9	36%
Algunas veces	3	12%
Bastantes veces	3	12%
Casi siempre	1	4%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 19**

**Se siente indeciso**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 20**

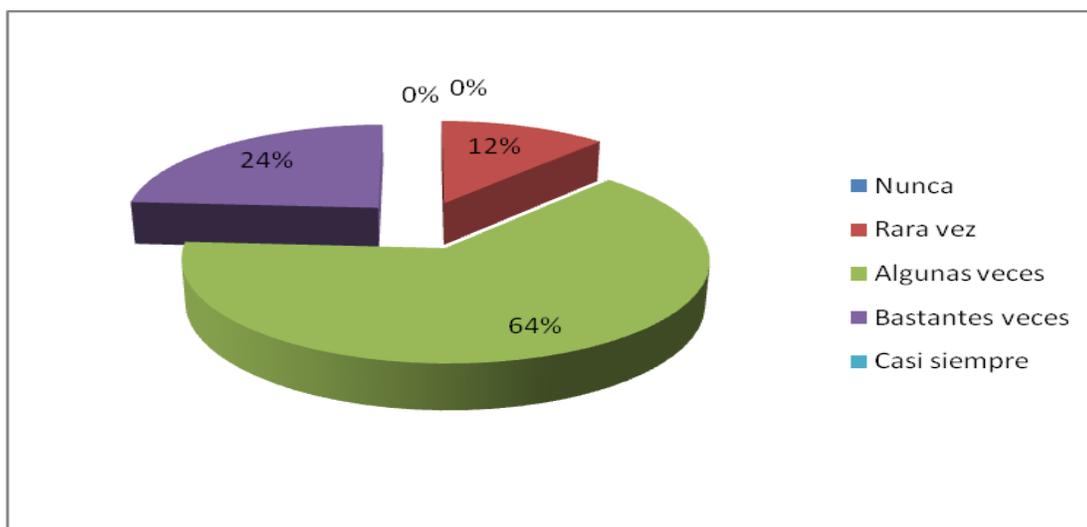
**Debería hacer más por su familiar**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	0	0%
Rara vez	3	12%
Algunas veces	16	64%
Bastantes veces	6	24%
Casi siempre	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 20**

**Debería hacer más por su familiar**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 21**

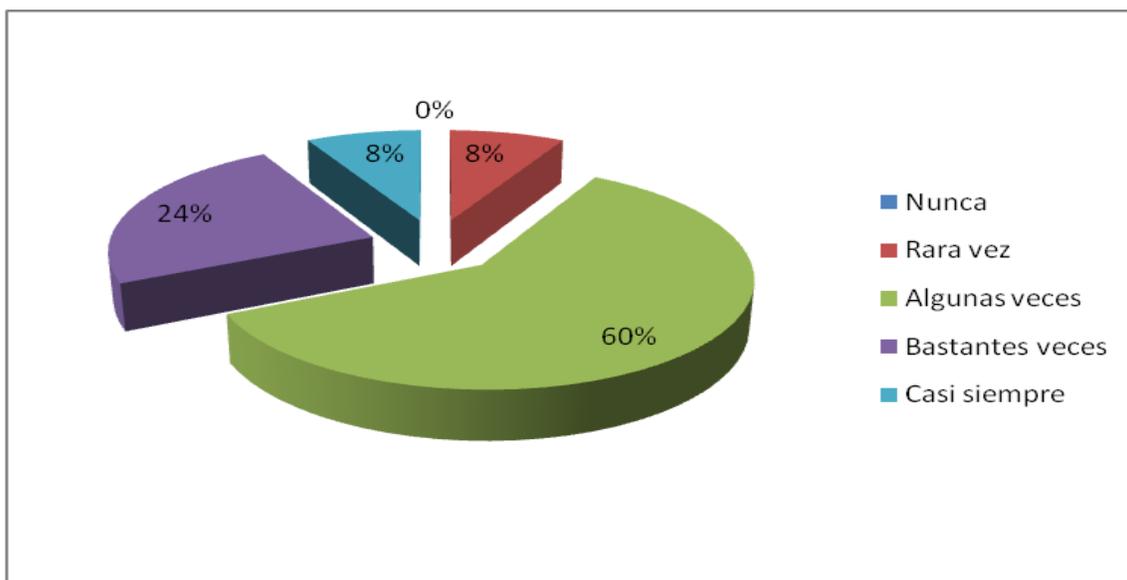
**Podría cuidar mejor a su familiar**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	0	0%
Rara vez	2	8%
Algunas veces	15	60%
Bastantes veces	6	24%
Casi siempre	2	8%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 21**

**Podría cuidar mejor a su familiar**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**CUADRO # 22**

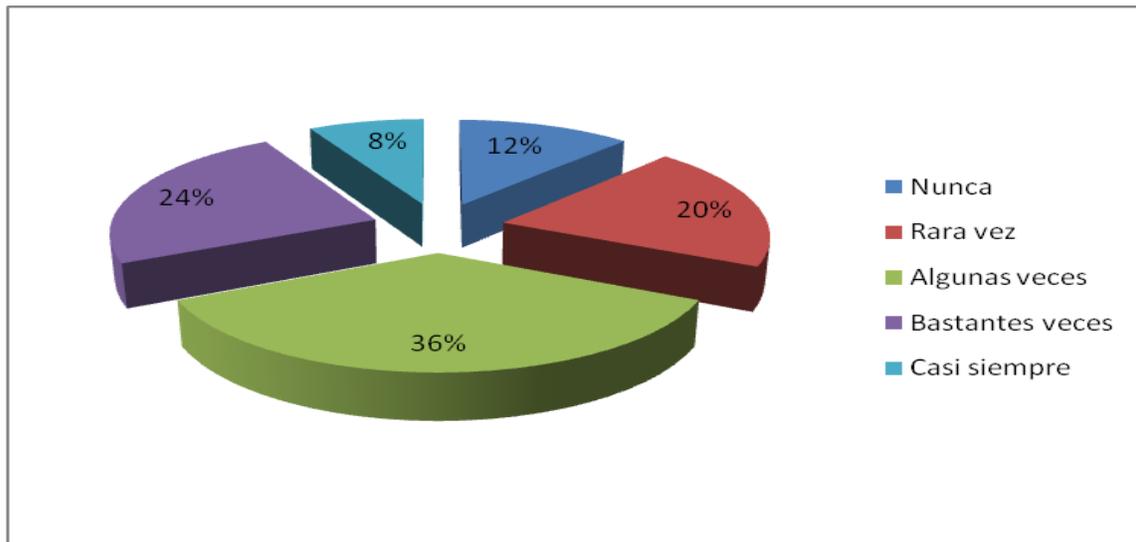
**Grado de carga experimenta**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	3	12%
Rara vez	5	20%
Algunas veces	9	36%
Bastantes veces	6	24%
Casi siempre	2	8%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012

**GRAFICA # 22**

**Grado de carga experimenta**



Fuente: Encuesta aplicada en los servicios de Oncología planta baja y Hospitalización del Hospital Juárez de México durante el periodo de Marzo-Abril de 2012



**SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**



**CURSO**

**PROCESO DE DUELO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO**

**PRESENTA:**

**Cruz Flores María del Rosario**

**Asesor: C.D.: Díaz Hoffay Juana Laura.**

México, D.F.

2012

## INTRODUCCION

Todos, como profesionales o de manera personal, hemos atravesado un proceso de duelo o hemos tenido que acompañar a alguien que se ha encontrado en dicho estado o tendremos que hacerlo en un futuro.

En ocasiones, queremos ayudar a esas personas que sufren y nos sentimos impotentes porque no sabemos cómo hacerlo de la mejor manera.

A través de este curso, aprenderemos qué es un proceso de duelo, qué podemos hacer y decir para que la persona que lo está viviendo se sienta mejor, qué síntomas son normales y qué síntomas no lo son, cómo hablar con la persona en duelo de lo que le está ocurriendo y por último, abordar un tema muchas veces olvidado, cuáles son las características específicas del proceso del duelo.

## **JUSTIFICACION**

Este curso se ha elaborado con el fin de informar a los pacientes junto con sus familiares, temas básicos y de gran relevancia que durante la investigación realizada se obtuvo, así como también fue inspirada en un curso que tome acerca de Tanatología y Cuidados paliativos para que ambos tengan este conocimiento y así juntos puedan superar este duelo que es la falta de salud, de igual manera se pretende disminuir las cifras de depresión que cursan los pacientes durante su tratamiento medico, así , como también en sus familiares los cuales presentan desesperanza de los servicios de oncología hospitalización y planta baja del Hospital Juárez de México.

## OBJETIVOS

- General

Brindar información de manera clara y precisa resolviendo las dudas de los pacientes, sus familiares y personal de salud acerca del tema Proceso de Duelo que cursan ambos ante esta enfermedad que es el Cáncer

- Específicos

Informar a los pacientes, familiares y personal de salud mediante un curso conceptos básicos acerca del tema Proceso de Duelo para que juntos superen este Duelo

Fortalecer el lazo familiar entre el paciente oncológico y su familiar.

## ORGANIZACIÓN

Limites:

➤ Dirigido a:

A pacientes oncológicos junto con sus familiares del Hospital Juárez de México que se encuentren hospitalizados o que acudan a consulta; así como también al personal de salud de diferentes instituciones.

➤ Lugar

Hospital Juárez de México.

➤ Tiempo

El curso tendrá una duración de 30 horas durante 5 días de 8:00 a 14:00 horas con valor curricular

➤ Actividades

Mediante un curso con duración de 30 horas que se llevara a cabo en el Hospital Juárez de México en pacientes y familiares de los servicios de oncología hospitalización y planta baja; así como también al personal de salud se brindaran temas acerca del proceso de duelo mediante la ayuda del cañón.

➤ Contenido temático

1. Tanatología

1.1 Finalidad de la tanatología

1.2 Muerte

1.3Evolución histórica de la muerte

1.4Enfermo terminal

1.5Enfermo en fase terminal

2Cuidados Paliativos

2.1 Función de Enfermería en los Cuidados Paliativos

2.2 Testimonios

2.3 Consejos de Especialistas.

3. Cáncer

3.1Epidemiología en México

3.2Mortalidad

3.3Incidencia

3.4Factores de riesgo

3.5Cuadro clínico

3.6Diagnostico

4. Duelo

4.1Concepto de Duelo

4.2Proceso de Duelo

4.3Duelo normal y patológico

4.4Proceso de Duelo en pacientes oncológicos

5. Actitud

5.1 Ansiedad

5.2Estrés

5.3 Afrontamiento

5.4Solución de Problemas

## Contenido programático

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
<p>Bienvenida</p> <p>1. Tanatología</p> <p>1.1 Finalidad de la tanatología</p> <p>1.2 Muerte</p> <p>1.3 Evolución histórica de la muerte</p> <p>1.4 Enfermo terminal</p> <p>1.5 Enfermo en fase terminal</p>	<p>2. Cuidados Paliativos</p> <p>2.1 Función de Enfermería en los Cuidados Paliativos</p> <p>2.3 Testimonios</p> <p>2.4 Consejos de Especialistas.</p> <p>2.5 Comentarios</p>	<p>3. Cáncer</p> <p>3.1 Epidemiología en México</p> <p>3.2 Mortalidad</p> <p>3.3 Incidencia</p> <p>3.4 Factores de riesgo</p> <p>3.5 Cuadro clínico</p> <p>3.6 Diagnostico</p>	<p>4. Duelo</p> <p>4.1 Concepto de Duelo</p> <p>4.2 Proceso de Duelo</p> <p>4.3 Duelo normal y patológico</p> <p>4.4 Proceso de Duelo en pacientes oncológicos</p>	<p>5. Actitud</p> <p>5.1 Ansiedad</p> <p>5.2 Estrés</p> <p>5.3 Afrontamiento</p> <p>5.4 Solución de Problemas</p> <p>Clausura</p>

## BIBLIOGRAFIA.

1. Alivio de dolor por cáncer y Cuidados Paliativos. OMS, Serie de Informes Técnicos N° 804, Ginebra, 1990
2. Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. De La Revilla, L. (2001). Granada: Fundesfam.
3. Atlas de Mortalidad por Cáncer y Otras Causas en España 1978-1992". Fundación Científica de muerte.
4. Debate sobre la eutanasia. Carmen Alborch, Anson, J.A. . Belloch Ed. Fibla Carla. 2006
5. Carcinogénesis: Fundamentos etiológicos del cáncer. Gil, Inmaculada. Valladolid: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Valladolid, 1997. Pag: 37-47.
6. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial. Herranz, G. EUNSA, Pamplona 1992
7. Definición de cáncer. En: Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Aguilar, J; Herla Asociación Española Contra el Cáncer. Madrid, España. 1996. 1994). Palmas de Gran Canaria: ICEPSS.1994:13-1.
8. Déjalos ir con amor, la aceptación del duelo, O connor, editorial trillas mex
9. Estadística Oncológica de la Fundación Científica de la Asociación Española Contra el Cáncer. Años 1995 y 199. Departamento Nacional de Estadística y Epidemiología de la Fundación Científica de la A.E.C.C. Calle Rebojería, 20-50002. Zaragoza (España). Pag: 268-280; 57-60; y 29-45.
10. El hombre ante la muerte. Aries, Phillipe. Madrid: Taurus Ediciones, 1984.
11. El camino de la felicidad, Jorge Bucay edit. Grijalbo
12. El cuidado del enfermo terminal (Mesa Redonda) Goic A, Florenzano R, Piñera B, Valdés S, Armas Merino R Rev Méd Chile 1997; 125: 1517-25.
13. El Cáncer en Granada. Incidencia y Mortalidad. 1988-90". Carmen Martínez García. Escuela Andaluza de Salud Pública. 1994. Pag: 1-7.
14. El Enfermo terminal. Monge MA Ed. Palabra; Madrid, 1991: 119-29.

15. El Enfermo Terminal y la Muerte. En: Ética y Bioética, ROA A. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile 1998.
16. El estrés del cuidador primario de pacientes con IRC terminal. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Otero Martínez, H. (2000). Ciudad de la Habana. 2000.
17. El estrés del cuidador primario de pacientes con IRC terminal. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Otero Martínez, H. (2000). Ciudad de la Habana. 2000.
18. El manual moderno Agonía, muerte y duelo Lorraine Sherr, Editorial;, Mex..
19. Enfermería en Cuidados Paliativos, López Eulalia. Editorial Panamericana, Madrid, España, 1998.
20. Incidencia de la infecciones en pacientes cancerosos en la comarca de Linares. Kamuel Said y Abosalf. Tesis Doctoral. Jaén, 1999. Pag: 2-15
21. La Ansiedad: como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y obsesiones. Editorial temas de hoy; Rojas, E.. 2008
22. Manual de cancerología, secretaria de salubridad y asistencia, comité técnico de la campaña nacional contra el cáncer, Mex 1992
23. Medicina peri operatoria, en el paciente con cáncer, Ricardo Plancarte Sánchez, Edit. Manual moderno Mex 2006.
24. Pequeño Larousse en color. García-Pelayo GR. México: Ediciones Larousse, 1993; p:333
25. Progresos en cancerología clínica. Vol. III edit. Científico-medica, Mex 1986
26. Reflexiones acerca de la salud familiar. González Benítez, I. (2000). Rev. Cubana. Med. Gen. Integr., 16 (5): 508 - 12.
27. Reflexiones sobre el dolor y sufrimiento humano”, Dr. Pedro Pablo Amenábar Edwards. Ars Medica Vol. 1
28. Reflexiones sobre muerte y modernidad. Cruz de Amenábar I. Humanista 1997; 8: 691-701.
29. Repercusión familiar de un diagnóstico oncológico y los cuidados a este paciente. Trabajo de Investigación para optar por el Título de Especialista en Psicología de la Salud. ISCM-H. Facultad Calixto García. Rodríguez Herrera, F. (2004).

30. Revista nacional del instituto de cancerología de México Vol. 46, Num. 2, Año 2000
31. Sobre la muerte y los moribundos. Elisabeth Kübler-Ross, Edición. Castellano 2003
32. Tesina de Licenciatura. Universidad de Granada. Facultad de Ciencias. Departamento de Estadística e Investigación Operativa. "Modelos Estadísticos de la Supervivencia Aplicados al Estudio del Cáncer" Juan Eloy Ruiz Castro.. Granada, 1995.
33. Un buen morir. Behar, Daniel. México: Editorial Pax, 2004
34. Un pésame para consolar, José rojo de la Vega y Patricia Negrete, Editorial Renacimiento, primera edición 2000

#### PAGINAS DE INTERNET.

1. Actitud - Wikipedia, la enciclopedia libre [es.wikipedia.org/wiki/Actitud](http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud)

Octubre2011

2. Dolor - Janssen-Cilag [www.janssen-cilag.es/disease/detail.jhtml?itemname=pain\\_about](http://www.janssen-cilag.es/disease/detail.jhtml?itemname=pain_about)  
Noviembre 25 2011

3. Escalera analgésica de la OMS- Wikipedia, la enciclopedia libre [es.wikipedia.org/wiki/Escalera\\_analgésica\\_de\\_la\\_OMS](http://es.wikipedia.org/wiki/Escalera_analgésica_de_la_OMS)  
Noviembre 28 de 2011.

4. ¿Qué es la actitud ? - Mis respuestas.com [www.misrespuestas.com/que-es-la-actitud.html](http://www.misrespuestas.com/que-es-la-actitud.html)  
Octubre 2011

5. Instituto Mexicano de Tanatología, A.C.- Voluntariado [www.tanatologia.org.mx/volun.html](http://www.tanatologia.org.mx/volun.html).  
25 Marzo 2012

6. Tanatología - Entorno médico.org [www.entornomedico.org/medicos/tanatologia/info/quien.html](http://www.entornomedico.org/medicos/tanatologia/info/quien.html).  
20 de Noviembre 2011