



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado e Investigación



Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Título:

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON EL
DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Y DESEO DE ADELANTAR LA MUERTE.
ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CUIDADOS
PALIATIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA.**

Presenta la Tesis para obtener el
Diploma de Especialista en Psiquiatría

KAREN BAUTISTA ORTIZ

Asesor:

Dr. Oscar R. Rodríguez Mayoral

Ciudad de México, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradezco al Dr. Rodríguez Mayoral, que confió en mí y me permitió trabajar con él, gran ser humano y uno de los psiquiatras que más admiro.

Maestra Jiménez Genchi, con usted inicie mi camino en pregrado y me ha visto crecer, solo me queda decir gracias por abrirme las puertas.

Gracias vida por tener a una familia que me ha ayudado a crecer y pese a mis locuras, siempre he tenido su apoyo y amor incondicional.

La alegría no es el éxtasis momentáneo,
sino el resplandor que acompaña al ser.

Erich Fromm

ÍNDICE

ÍNDICE	4
ABREVIATURAS	6
RESUMEN	7
1. INTRODUCCIÓN	9
2. MARCO TEÓRICO	10
Cáncer	10
Cuidados paliativos	11
Cuidados paliativos y trastornos psiquiátricos asociados	12
Deseos de Adelantar la Muerte (DAM)	13
Muerte asistida	17
Afrontamiento	23
3. MÉTODO	28
JUSTIFICACIÓN	28
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	30
OBJETIVOS	30
General:	30
Específicos:	30
HIPÓTESIS	31
VARIABLES	32
MUESTREO	33
SUJETOS	34
CRITERIOS DE SELECCIÓN	34
Inclusión	34
Exclusión	34
Eliminación	35
DISEÑO DEL ESTUDIO	35
INSTRUMENTOS	35
SAHD	35
Escala de Afrontamiento al Cáncer derivada de la MAC (MAC-M)	36

ECOG	37
Karnovsky	37
Escala Breve de Depresión de Edimburgo (BEDS):.....	37
PROCEDIMIENTO	38
ANÁLISIS DE DATOS	39
CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
4. RESULTADOS	42
5. DISCUSIÓN	54
6. CONCLUSIONES	59
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	61
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
9. ANEXOS	69
ANEXO 1	69
ANEXO 2	70
ANEXO 3	70
ANEXO 4	70
ANEXO 4	70
ANEXO 5	70
ANEXO 6	70
ANEXO 7	70
ANEXO 8	70

ABREVIATURAS

DAM	Deseo de Adelantar la Muerte
MAC	Escala de Ajuste Mental al Cáncer
MAC-M	Escala de Afrontamiento al Cáncer derivada del MAC
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
DDRS	Desire for Death Rating Scale
SAHD	Schedule of Attitude Towards Hasten Death
SISC	The Structured Interview of Symptoms and Concerns
BEDS	Escala Breve de Depresión de Edimburgo
EL	Espíritu de Lucha
ID	Desamparo/desesperanza
PA	Preocupación Ansiosa
FAE	Fatalismo/aceptación estoica
EN	Evitación/negación
TJV	<i>The Joint View</i>
TPAV	<i>The Pure Autonomy View</i>
EAPC	Asociación Europea de Cuidados Paliativos

RESUMEN

En las últimas décadas el cáncer se ha convertido en una de las principales causas de muerte a nivel nacional, lo que ha generado la necesidad de establecer servicios como son los cuidados paliativos, ya que la mayoría de los pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas.

El diagnóstico y los cambios que se generan, así como un aumento importante del estrés y sufrimiento, se asocia con trastornos mentales como son los trastornos depresivos y de ansiedad, que se relacionan íntimamente con el fenómeno llamado deseos de adelantar la muerte. Lo anterior implica hacer frente a cambios relevantes con la necesidad de adaptarse, lo cual se lleva a cabo dependiendo de las estrategias de afrontamiento que se tengan. La investigación actual se refiere a las estrategias de afrontamiento como acciones específicas ante una situación estresante. Describiéndose cinco tipos de afrontamiento que le permiten sobrellevar el cáncer: espíritu de lucha (EL), desamparo/desesperanza (ID), preocupación ansiosa (PA), fatalismo/aceptación estoica (FAE) y evitación/negación (EN), siendo evaluados por medio de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC), desprendiéndose de ésta, la escala MAC-M, validada en población mexicana.

Objetivo: Comparar las estrategias de afrontamiento de los pacientes que expresan deseos de adelantar la muerte en comparación con los pacientes que no presenta el DAM, en el servicio de cuidados paliativos del INCan.

Material y métodos: Se aplicaron las escalas: Escala de Afrontamiento al Cáncer derivada del MAC (MAC-M), Escala Breve de Depresión de Edimburgo (BEDS) y Lista de Actitudes Hacia una Muerte Apresurada (SAHD) en un grupo de pacientes del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, México.

Resultados: La muestra total de este estudio fue de 70 pacientes, que al realizar la escala SAHD, 12 pacientes presentaron el DAM y 58 pacientes no lo presentaron, con una escolaridad media de 13.6 años (DE 4.0) vs 8.5 años (DE 4.2) ($p=0.001$). Los sitios de tumor primario de los pacientes con DAM fueron 4 pacientes (5.7%) a nivel urológico, 4 pacientes (5.7%) en cabeza y cuello, y a nivel pulmonar, en el área de ginecología, piel y partes blandas y gastroenterología se encontró 1 paciente (1.4%) en cada área respectivamente ($p=0.0001$). Al realizar la Escala BEDS para Trastorno Depresivo en pacientes con DAM, 8 pacientes (11.4%) presentaron depresión y 4 pacientes (5.7%) no presentaron depresión ($p=0.01$). Con respecto a la escala MAC-M en los pacientes con DAM los puntajes más altos son en Desamparo desesperanza con una media de 13.2 (DE 2.7) ($P=0.023$) preocupación ansiosa con 10.2 (DE 2.6) ($P=0.000$), Espíritu de Lucha con una media de 17.5 (DE 3.2) ($P=0.037$), con puntajes más bajos son en Evitación cognitiva con una media de 9 (DE 1.6) ($P=0.895$) y Actitud Positiva con una media de 7.7 (DE 1.6) ($P=0.002$).

Conclusiones: Los resultados de este estudio muestran una relación entre el DAM en los pacientes con diagnóstico oncológico y factores como son el sexo, años de escolaridad, el área de localización del diagnóstico oncológico, destacando el trastorno depresivo, por lo que es relevante realizar una evaluación integral del paciente oncológico. Es importante resaltar que basado en la escala MAC-M, las estrategias de afrontamiento más adaptativas en la población estudiada son espíritu de lucha y preocupación ansiosa, lo que puede influir en una mejor adaptación al proceso de la enfermedad.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento, Deseo de Adelantar la Muerte, Cuidados paliativos, Cáncer.

1. INTRODUCCIÓN

El deseo de adelantar la muerte es un fenómeno multidimensional complejo, descrito como una reacción al sufrimiento, en el contexto de una condición que pone en peligro la vida, de la cual el paciente no puede ver otra salida que acelerar su muerte. Ante la presencia del DAM, se deben explorar todas las áreas posibles de sufrimiento, incluidos los síntomas físicos, la angustia psicológica, el sufrimiento existencial y los aspectos sociales (1,2).

El DAM se ha informado en la literatura como frecuente en pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado, además de agregarse sentimientos de depresión y ansiedad, siendo reacciones comunes a medida que se acercan a la fase terminal. Entre los factores más comunes asociados con el Deseo de Adelantar la Muerte en pacientes con cáncer terminal se describen trastornos psiquiátricos, ideación suicida, desesperanza y sufrimiento psicológico (3).

Ante dicho diagnóstico y el impacto que se presenta en diversas áreas de la vida, se requiere el desarrollo un proceso de adaptación que les permita manejar los cambios. Siendo el afrontamiento, crucial para la adaptación a la enfermedad y así disminuir la frecuencia en la expresión del Deseo de Adelantar la muerte (4).

El afrontamiento es un factor estabilizador y consiste en el despliegue intencional de diversas estrategias que tienen por objeto manejar, mediante esfuerzos cognitivos y conductuales, las demandas internas y externas que el individuo ha valorado como excedentes o desbordantes (5).

2. MARCO TEÓRICO

Cáncer

A medida que mejora la situación socioeconómica y el acceso a la atención médica, la carga de morbilidad de una población tiende a experimentar una transición epidemiológica: las poblaciones parecen pasar de contraer enfermedades principalmente transmisibles a desarrollar enfermedades principalmente no transmisibles. Gilles Dagenais y sus colegas realizaron un estudio de cohorte longitudinal, *Prospective Urban and Rural Epidemiology* (PURE), encontrando que la causa más común de muerte en todos los países fue la enfermedad cardiovascular. Sin embargo, cuando se evaluó por situación económica, la proporción de muertes por causa difirió según el grupo de ingresos del país, con una tendencia a disminuir las muertes por enfermedades cardiovasculares y aumentar las muertes por cáncer con un producto interno bruto más alto. El cáncer fue la causa más común de muerte en los países de ingresos altos y en varios de los niveles de ingresos superiores a los altos (6).

El cáncer es una de las enfermedades más desafiantes del siglo XXI. La incidencia de cáncer se ha ido incrementando, siendo una de las principales causas de mortalidad en las Américas. En el 2018 causó 1,3 millones de muertes y 3.7 millones de nuevos casos a nivel mundial, representando una amenaza creciente en los países de América Latina (7,8).

Dada la situación actual de salud en México, en la cual el país se encuentra dentro de una fase avanzada de la transición demográfica y epidemiológica, consecuencia de esto, las enfermedades crónicas se han convertido en la principal causa de

muerte. Entre las enfermedades crónicas cuya incidencia ha ido en aumento, el cáncer se ha convertido en un grave problema de salud pública. De acuerdo con datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 70% de todas las muertes por cáncer se produce en países con ingresos económicos bajos y medios. Se estima que el número de casos de cáncer aumentará un 32%, superando los 5 millones de nuevos casos en 2030 en América Latina y el Caribe (8,9).

La mayor parte de las neoplasias son diagnosticadas en etapa avanzada, lo que se traduce en pocas posibilidades de curación, altos costos para su diagnóstico y tratamiento, además de un mayor sufrimiento de los pacientes y sus familias (9).

El diagnóstico tardío y el deseo de recibir tratamiento antineoplásico independientemente de las posibilidades de algún beneficio, en ocasiones hacen excluyente (de manera errónea) el implementar un manejo de cuidados paliativos oportunamente (9).

Cuidados paliativos

Los servicios de cuidados paliativos es un movimiento iniciado en el Reino Unido por Cicely Saunders, para abordar las deficiencias en la atención oncológica, siendo en la actualidad componente integral de la atención oncológica de calidad y se ha convertido en sinónimo de apoyo físico, social, psicológico y espiritual de los pacientes con enfermedades que limitan la vida (10).

Muchas enfermedades (cáncer, cardiovasculares, pulmonares crónicas, VIH y diabetes) requieren cuidados paliativos como parte del proceso de prestación de

servicios de salud. Los informes sugieren que aproximadamente 40 millones de pacientes necesitan cuidados paliativos anualmente en todo el mundo y el 34% de los pacientes que requieren cuidados paliativos son pacientes con cáncer. Pero solo el 14% de ellos recibe cuidados paliativos (7).

La OMS define los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan el problema asociado con enfermedades potencialmente mortales, a través de la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Actualmente en México, se incorporó la medicina paliativa dentro de un plan integral de control del cáncer, recibiendo un porcentaje importante de pacientes con cáncer en fase avanzada. Dentro de la Legislación Federal, se incluyó los Cuidados paliativos en el año 2009 estableciéndose en la Ley General de Salud un capítulo específico para la regulación de este tipo de atención, pues la misma legislación ya la indica como una actividad de atención médica, generando ciertas obligaciones para los médicos, personal de salud e instituciones de salud, incluyendo derechos específicos para los pacientes que se encuentren en situación terminal (9,11,12).

Cuidados paliativos y trastornos psiquiátricos asociados

Cuando llega un paciente al servicio de cuidados paliativos, con el diagnóstico de cáncer en fase avanzada, lidiando con el impacto emocional de su enfermedad y el mal pronóstico, es de suma importancia realizar una evaluación de la salud mental, debido a que diversos estudios muestran que la angustia emocional y los trastornos

psiquiátricos son comunes entre los pacientes con cáncer avanzado, repercutiendo en su calidad de vida. Además de que algunos pacientes tienen trastornos psiquiátricos preexistentes que son exacerbados en el contexto de enfermedad avanzada, mientras que otros desarrollan nuevos síntomas de ansiedad o depresión durante el curso de su enfermedad (13).

Los pacientes que enfrentan enfermedades que amenazan la vida y que acuden al servicio de cuidados paliativos para aliviar el dolor y el sufrimiento, se ha detectado en ellos, que la depresión es un síntoma significativo presente en aproximadamente el 25% de los pacientes con cáncer, pero con frecuencia no se reconoce ni se trata, mientras que alrededor del 35% de los pacientes con cáncer, durante la fase de inducción y consolidación del tratamiento, presentan altos niveles de ansiedad y depresión (14,15).

En estudios previos donde los pacientes son sometidos a una evaluación psiquiátrica en servicio de cuidados paliativos, se han diagnosticado diversos trastornos psiquiátricos, destacando el Trastorno Depresivo y el Trastorno Ansioso, con una prevalencia que oscila entre el 47% al 80%, aumentando el riesgo de presentar deseos de acelerar la muerte.

Deseos de Adelantar la Muerte (DAM)

El deseo de acelerar la muerte entre los pacientes con cáncer terminal no es infrecuente, considerando a la depresión y desesperanza como predictores asociados de gran impacto, por ende, un punto central con respecto a los determinantes en el deseo de muerte se refiere al papel de la depresión y los

síntomas físicos en la conducción del deseo de muerte acelerada de un paciente. Diversos hallazgos expresan su preocupación sobre el deseo de muerte en el contexto de la eutanasia o las solicitudes de suicidio asistido puesto que la depresión y la ansiedad pueden dar lugar a distorsiones cognitivas, quizás transitorias, que sesgan la decisión de terminar con la propia vida, por lo que es importante realizar una evaluación integral (16–18).

El fenómeno llamado deseos de adelantar la muerte (DAM) se define como una reacción al sufrimiento, en el contexto de una condición que amenaza la vida, en la que el paciente no puede ver otra salida que no sea acelerar su muerte. Este deseo puede expresarse espontáneamente o después de que se le pregunte al respecto, pero debe distinguirse de la aceptación de la muerte inminente o de un deseo de morir naturalmente, aunque preferiblemente pronto. Los pacientes que expresan DAM suelen encontrarse en un estado avanzado de su enfermedad, tienen un pronóstico de vida limitado y suelen tener una fuerte carga sintomática. Diversos estudios se han enfocado en estudiar el deseo de adelantar la muerte en pacientes con cáncer avanzado, así mismo, su asociación con factores físicos y psicológicos, tal como lo es el papel del sufrimiento y se ha encontrado una asociación indirecta entre depresión y el deseo de adelantar la muerte (13,19).

Se han descrito diferentes factores asociados con la presencia de deseos de adelantar la muerte, entre los que destacan son: ser mujer, sitio del tumor primario (páncreas, hígado, pulmón, cabeza y cuello), presencia de síntomas físicos no controlados (como dolor, náuseas, fatiga), disminución de la funcionalidad, impacto en la apariencia física, relaciones interpersonales inestables, pobre redes de apoyo, miedo al sufrimiento físico y psicológico, pérdida de autonomía y dignidad, sentir

que son una carga para los demás y la presencia de trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad (14).

Los deseos de adelantar la muerte parecen ser una construcción que subyace a una variedad de fenómenos relacionados, incluido el interés en el suicidio asistido o la eutanasia, así como la ideación suicida en general y otros, como el deseo de no seguir con tratamientos para que la enfermedad avance.

Los deseos de adelantar la muerte es un fenómeno complejo, bastante común en entornos de cuidados paliativos, que llegan a experimentar hasta un 44% de los pacientes, por lo que es importante explorar dicho deseo e identificar tanto el significado que tiene para el individuo, como los factores asociados, siendo un desafío para los profesionales, por lo que se han desarrollado diversas escalas como *Desire for Death Rating Scale* (DDRS), *Schedule of Attitude Towards Hasten Death* (SAHD) y *The Structured Interview of Symptoms and Concerns* (SISC) para su detección temprana y realizar las intervenciones terapéuticas (14,18,20).

SAHD (Lista de Actitudes Hacia un Muerte Apresurada, en su traducción en castellano) fue diseñada por Rosenfeld et al (1999) originalmente para la evaluación de pacientes con VIH/SIDA (21). Posteriormente, los mismos autores realizaron la validación para pacientes con cáncer avanzado. Desde entonces, se han realizado adaptaciones y validaciones transculturales de la SAHD en Grecia, Corea del Sur, España y Alemania (22–25). Las diferentes versiones del SAHD han mostrado una consistencia interna adecuada, lo que nos dice que es un instrumento confiable para evaluar el DAM en pacientes hospitalizados y ambulatorios con cáncer avanzado.

Este instrumento fue construido con base a varios aspectos del constructo, incluido:

1. Deseo activo de muerte,
2. Optimismo/pesimismo hacia la futura calidad de vida,
3. Factores sociales y personales que pueden influir en la disposición a considerar el suicidio asistido o la eutanasia,
4. Esperanzas pasivas para tener una muerte apresurada,
5. Comportamientos que podrían reflejar un deseo de muerte (por ejemplo, preparar o revisar sus deseos de final de vida, la compra de textos asociados a la muerte).

El cuestionario se diseñó en un formato de elección dicotómica (verdadero / falso), los autores concluyeron que muchos pensamientos o acciones específicas estarían presentes o ausentes. Además de ser un formato más simple y fácil para los pacientes que probablemente estén angustiados tanto física como emocionalmente (21).

La SAHD es un instrumento auto aplicable que contiene 20 ítems, con dos posibles respuestas: verdaderos / falsos. La puntuación total que oscila entre 0 y 20. La consistencia interna medida por el coeficiente α de Alfa de Cronbach fue de 0.88. y con una adecuada validez concurrente con el *Desire for Death Rating Scale* (DDRS de $[r] = 0.67$) (26).

La versión española realizada por Christian Villavicencio-Chávez y cols., (2014)(25) incluyó a 101 pacientes con cáncer avanzado ingresado al servicio de Atención Paliativa. Los pacientes fueron evaluados utilizando la SAHD, y la validez concurrente fue estudiada mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). La adaptación española de SAHD mostró buenas propiedades psicométricas (el alfa de Cronbach 0,92; Validez concurrente / discriminante similar al original). En el estudio de validación, el puntaje total promedio en SAHD fue de

4.9 (desviación estándar [SD] = 5.3). Las puntuaciones de SAHD se correlacionaron positivamente con HADS-Total ($r = 0,332$, $p < 0.01$), HADS-Depresión ($r = 0.397$, $p < 0.01$). Las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres en SAHD (6.2, SD = 5.9 vs. 4.2, SD = 4.8, $p < 0.01$).

El mismo grupo español, posteriormente realizó el análisis factorial de sus resultados, y solo incluyendo a los ítems con un punto biserial > 0.7 , así obteniendo una reducción de los ítems. Con base en sus resultados, desarrollaron la versión corta del SAHD que consta con 6 ítems, con una adecuada validez convergente entre la versión original y la corta. Esta última versión, ante la amplia reducción de ítems es aplicable únicamente para la población validada (27).

El SAHD es el principal instrumento utilizado para la evaluación del DAM. En total se ha utilizado en 32 estudios (15 en Estados Unidos de América, 8 en Grecia, 3 en Canadá, 2 en Alemania, 1 en Australia, en Corea del Sur y 2 en España), con diferentes puntos de corte para determinar la severidad del DAM. En 10 estudios, los autores aplicaron un valor de corte de ≥ 10 como indicador de un alto DAM. En 4 estudios utilizaron un valor de corte ≥ 7 , en 6 utilizaron dos valores de corte (≥ 7 y ≥ 11) y 12 estudios no especificó un punto de corte (28).

Muerte asistida

Se debe tener presente que los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, tampoco pretenden prolongar el sufrimiento, entendiendo a la muerte como un proceso natural en el ser humano, velando por la autonomía y dignidad del paciente (12).

La palabra eutanasia deriva del griego *eu p thanatos* que significa 'buena' 'muerte', siendo definida por la OMS como acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente, coexistiendo otras definiciones, como la de la Comisión Estatal Holandesa que menciona a la eutanasia como «la terminación intencional de la vida por alguien distinto al paciente a petición de éste». (12,29,30).

La eutanasia es el acto o práctica de acabar con la vida por misericordia, es decir, para liberar a una persona de una enfermedad incurable, sufrimiento intolerable o muerte indigna (29,31).

El término muerte asistida abarca tanto la eutanasia como el suicidio asistido, ambos temas debatidos constantemente en la sociedad actual (32).

El Consejo de Cuestiones Éticas y Jurídicas de la Asociación Médica Americana se refiere al suicidio asistido de la siguiente manera «cuando un médico facilita a un paciente la muerte al proporcionarle los medios y/o la información necesarios para capacitar a dicho paciente para que realice un acto que acabe con su vida» (30).

Por otro lado, a principios del 2021, todas las leyes de los Estados Unidos incorporaron el contenido de aseveración original del Estado de Oregón señalando que las acciones tomadas de acuerdo con el estatuto no constituirán bajo ningún concepto: suicidio, suicidio asistido, homicidio por piedad u homicidio según la ley, nombrándola como muerte asistida por un médico (*Physician-assisted dying*, PAD) la cual es definida como una práctica en la que un médico proporciona a un paciente con una enfermedad terminal, a pedido explícito, una receta para un medicamento letal que puede tomar por sí mismo. Otros términos que se han agregado son la

eutanasia no voluntaria (a diferencia de la eutanasia involuntaria) conocida en los Países Bajos como *LAWER*, y se refiere a “los actos que terminan con la vida sin una solicitud explícita (actual)”, que generalmente se realizan en un paciente que ya no es competente y que está cerca de la muerte. La eutanasia involuntaria es ilegal en todas partes. La ayuda médica para morir o asistencia médica para morir (*Medical aid in dying*, MAID), término originario de Canadá, que se emplea para referirse tanto a muerte asistida por un médico como a eutanasia, reemplazando a uno o ambos (33).

En el año 2002, Holanda era el único país en el mundo en el que la eutanasia era legalmente reconocida, donde la ley holandesa, hasta la actualidad, permite que un médico ponga fin a la vida de un paciente suyo si cumple con ciertas reglas de una práctica cuidadosa; siendo en primer lugar, que el paciente hace una solicitud voluntaria, bien considerada y sostenida de eutanasia y, en segundo lugar, que sufre insoportable y desesperadamente. La razón principal por la que los pacientes holandeses solicitaron la realización de la eutanasia es un sufrimiento intolerable sin expectativas de mejora (74%) y otras razones más frecuentes son la prevención de la pérdida de dignidad (56%) y de un ulterior sufrimiento (47%) (30,34).

Sin embargo, previo a la legalización de la eutanasia, se desarrolló un debate sobre la permisibilidad moral de la eutanasia, existiendo diversos puntos de vista, entre ellos *The Pure Autonomy View* (TPAV) y *The Joint View* (TJV). El argumento de TPAV a favor de la eutanasia se basa únicamente en el respeto por la autonomía, mientras que el argumento de TJV se basa tanto en el respeto por la autonomía como en la beneficencia. TPAV es una visión muy influyente sobre la ética de la

eutanasia en los Países Bajos; descrito como la visión liberal de que el principio de respeto por la autonomía es la base moral de la eutanasia legítima. La visión alternativa, TJV, es más paternalista porque afirma que la eutanasia solo es ética si está aprobada por el principio de beneficencia. Existiendo otros puntos de vista a nivel mundial en que se rechaza, sobre la base de la convicción en el principio del respeto a la vida (30,34).

Actualmente se han sumado otros países donde la muerte asistida está permitida figurando en Europa Occidental: Bélgica, Luxemburgo y Suiza; en países de América del Norte: Canadá y Estados Unidos, en los estados de Oregón, Washington, Montana y Vermont; y en América del Sur, en Colombia, no obstante, las leyes y los criterios adoptados para la realización de esta práctica difieren en cada país (32).

En México está prohibida la práctica de la eutanasia y del suicidio medicamente asistido, de acuerdo con lo estipulado en la Ley General de Salud en su artículo 166 Bis 21 que a la letra dice: “Queda prohibida, la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta ley” (35).

El código penal para la Ciudad de México señala expresamente que comete delito el que prive de la vida a otro por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, aun cuando medien razones humanitarias y cuando la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal. Sin embargo, el citado código también establece que no serán consideradas como delito las conductas del

personal de salud encaminadas al cumplimiento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y de la voluntad del enfermo plasmada en el documento notarial o formato de voluntad anticipada (hoy Formato de Instrucciones de Cuidados Paliativos) conforme a la citada Ley, en virtud de que la voluntad anticipada no tiene como finalidad el provocar la muerte del paciente. Conforme a lo anterior, para que no pueda considerarse delito, es indispensable dar cabal cumplimiento a la Ley de Voluntad Anticipada, entrando en vigor en el año 2008 y sufriendo reformas en el año 2012 (12).

La Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal define a la voluntad anticipada (también llamada en otros países testamento de vida, testamento vital, testamento biológico), como «la voluntad de una persona con capacidad de ejercicio para que exprese su decisión de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona». Otras definiciones de la voluntad anticipada como concepto, se refieren a ella como el proceso mediante el cual una persona planifica los tratamientos y cuidados de salud que desea recibir o rechazar en el futuro, en particular para el momento en que no sea capaz por sí misma de tomar decisiones (12,35).

En el mismo tenor, ya se cuentan con leyes similares de voluntad anticipada en las legislaciones de 11 estados de la república mexicana que son: Coahuila, Aguascalientes, Hidalgo, Chihuahua, San Luis Potosí, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Guerrero, Colima y Estado de México (35).

Con el objetivo de reducir la consciencia, ofrecer comodidad y aliviar la angustia del paciente, los cuidados paliativos pueden usar medicaciones sedativas que se indican para el paciente con enfermedad avanzada en fase terminal. La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) y la española SECPAL definen sedación paliativa como «la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado».(36,37)

En términos generales la sedación paliativa está indicada cuando los pacientes tienen por lo menos dos síntomas refractarios, destacando el dolor, *delirium*, agitación, disnea, convulsiones (estatus epiléptico), hemorragia masiva, sufrimiento, entre otros. En lo que respecta al área oncológica, está indicada en la progresión del cáncer con caquexia y fracaso multiorgánico, fallos en los tratamientos paliativos como esteroides para fatiga, opioides para disnea, antsecretorios para la secreción bronquial, antipsicóticos para el *delirium* y opioides para el dolor. La decisión clínica para iniciar el tratamiento con fármacos sedativos debe coincidir con el deseo del paciente, de la familia o del responsable legal y en consenso con el equipo médico, considerando si la enfermedad es irreversible y sobre todo, si la muerte se espera en una o dos semanas para aliviar así el sufrimiento del paciente sin anticipar su deceso (36).

Afrontamiento

Se reconoce que el diagnóstico de cáncer es un evento vital estresante, que toma un papel importante dentro de la vida del paciente, en el que los efectos del diagnóstico y el tratamiento, repercuten en la calidad de vida de los afectados directamente (es decir, pacientes) e indirectamente (cuidadores, familiares) generando un impacto en el procesamiento psicológico y en la dignidad percibida de los pacientes (38).

El paciente que recibe el diagnóstico de cáncer se enfrenta a varios retos a lo largo de su trayecto de enfermedad, lo cual le puede generar diferentes grados de estrés o malestar emocional y facilitar o dificultar el proceso de adaptación. Por tanto, se movilizarán estrategias o modos de afrontamiento con miras a lograr el ajuste y recuperar la sensación de control en el proceso (39).

El afrontamiento es un proceso complejo y multidimensional que es sensible tanto al medio ambiente como a sus demandas, así como a las disposiciones de la personalidad que influyen en la evaluación del estrés y los recursos que se tienen para enfrentarlo (40).

Las estrategias de afrontamiento constituyen los esfuerzos, tanto conductuales como cognitivos, que realiza el individuo para dominar, reducir o tolerar las exigencias creadas por los eventos estresantes. Estas respuestas de afrontamiento pueden ser adaptativas, reduciendo el estrés y promoviendo estados de salud a largo plazo, o desadaptativas, en cuyo caso pueden reducir el estrés a corto plazo, pero tener consecuencias graves a largo plazo (41).

Autores como Lazarus (1986) describe que las estrategias de afrontamiento frente al estrés presentan 2 procesos discretos de evaluación cognitiva que implican una evaluación primaria y secundaria. La evaluación primaria involucra a un individuo que evalúa la medida en que una amenaza (es decir, estresante) se percibe como negativa, positiva o neutral. La evaluación secundaria se refiere a la evaluación individual de si uno tiene los recursos para enfrentar la amenaza (42).

Un aspecto adicional del marco de trabajo de Lazarus (1986) es la propuesta de que, dependiendo de la percepción de la persona de la capacidad de control del factor estresante, uno puede elegir un enfoque activo para hacer frente (ya sea problema enfocado o emoción) o un enfoque evitativo para hacer frente (38).

Watson y Greer describieron en 1998 el afrontamiento en el contexto asociado al cáncer como las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el individuo) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer) (39).

Se han identificado tres constructos utilizados comúnmente para abordar el afrontamiento en la población oncológica: a) Estilos de afrontamiento que son entendidos como formas estables y consistentes de afrontar el estrés, b) Estrategias de afrontamiento planteadas por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, dichas estrategias se definen como acciones específicas que pueden variar dependiendo del contexto de la situación estresante, los autores citados extrajeron niveles generales de análisis, los cuales permiten identificar dos tipos de estrategias: I) las

centradas en la aproximación, que representan esfuerzos cognitivos y conductuales para encarar y controlar directamente el evento estresante, y II) las centradas en la evitación, las cuales implican una reducción de la tensión mediante el escape del estresor (escala de afrontamiento al cáncer en pacientes) y el último constructo c) el ajuste mental al cáncer (43).

Como ya se mencionó antes, Watson y Greer (1988) plantearon el modelo de Ajuste Mental al Cáncer, según lo cual proponen un esquema de supervivencia o una tríada de evaluación cognitiva que incluye: a) la percepción del diagnóstico, b) la sensación de control sobre la situación y c) la visión acerca del pronóstico. Ante dicho esquema Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess y Robertson construyeron una escala con el propósito de evaluar respuestas específicas de afrontamiento en pacientes con cáncer, Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) Esta escala consta de 40 ítems, evalúa cinco dimensiones: Espíritu de lucha (16 ítems), Sin ayuda/desesperanza (6 ítems), Preocupación ansiosa (9 ítems), Fatalismo (8 ítems) y Evitación/negación (1 ítem); es decir, intenta medir el grado en que los pacientes adoptan estas respuestas en su ajuste al diagnóstico y tratamiento del cáncer. Watson *et al.* se basan en el supuesto de que a cada una de estas dimensiones de respuesta subyace un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control sobre la enfermedad y a la visión del pronóstico (5).

En 1989, Moorey y Greer, definieron las dimensiones de la MAC de la siguiente manera: a) Espíritu de lucha: el paciente ve el diagnóstico como un reto, tiene una visión optimista del futuro y cree posible ejercer control sobre la enfermedad. Se

presentan respuestas de afrontamiento confrontativo, b) Preocupación ansiosa: el diagnóstico es visto como una amenaza mayor, el pronóstico como incierto y existe incertidumbre acerca del control que pueda ejercerse. Están presentes respuestas de afrontamiento conductual como la búsqueda compulsiva de tranquilidad, c) Fatalismo: el paciente ve el diagnóstico como una amenaza menor, el resultado será aceptado con ecuanimidad y no es posible ejercer ningún control sobre el cáncer. Están ausentes estrategias confrontativas de afrontamiento y se muestra una actitud de aceptación pasiva, d) Sin ayuda/sin esperanza: la enfermedad es vista como una pérdida y el paciente considera el pronóstico como un resultado inevitable, negativo. Piensa que es imposible ejercer algún control sobre la enfermedad. Están ausentes estrategias activas de lucha contra la enfermedad, e) Evitación/negación: el paciente ve el diagnóstico como una amenaza mínima y toma una visión positiva del pronóstico. El aspecto del control es irrelevante (5).

Esta herramienta ha sido aceptada en distintos países, donde se han realizado estudios que reportan estructuras factoriales alternativas a la propuesta original por los autores británicos antes mencionados. De este modo, la congruencia entre las distintas estructuras factoriales de la escala MAC es una cuestión concerniente a la validez de constructo de este instrumento (5).

En diversas poblaciones oncológicas la Escala MAC ha mostrado una adecuada consistencia interna (alfas entre 0,60 y 0,93), alta confiabilidad test retest ($r = 0,75$) y una adecuada validez convergente 0,75 y rangos de sensibilidad entre 0,70 y 0,83, especificidad de 0,75 a 0,85 para identificar los distintos tipos de afrontamiento. Con respecto a la población oncológica en México, Galindo-Vázquez y cols. determinaron las propiedades psicométricas de la Escala de Afrontamiento al

Cáncer derivada de la MAC, que fue traducida de la versión extensa. Este instrumento mostró en el análisis factorial (método de componentes principales y rotación varimax) con 40 reactivos, arrojando un modelo con cinco factores con autovalores arriba de 1,00. Los reactivos 1, 5, 8, 10, 12, 15, 16, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 33 y 35 fueron eliminados. Dicho instrumento presentó una consistencia interna con una $\alpha = 0,81$, r de Pearson de -0,120 a 0,586. La escala de afrontamiento al Cáncer derivada de la MAC (MAC-M) consta de 22 ítems, compuesta de 5 factores: Factor I: Espíritu de Lucha conformado por los ítems 7,12,15,17,21 y 22; Factor II: Preocupación ansiosa compuesto por los ítems 2,9,13,18,19; Factor III Desamparo/ Desesperanza conformado por los ítems 1,5,6,10,14; Factor IV Actitud positiva compuesto por los ítems 3,4,8 y el Factor V Evitación Cognitiva compuesto por los ítems 11,16,20. En relación al factor actitud positiva, el factor no se contempla en la versión original, siendo identificada en otros estudios, este factor se basa en un modelo de auto-regulación conductual, según el cual, un individuo persiste en conseguir un resultado si éste es percibido como alcanzable. La ausencia del Factor fatalismo puede explicarse por posibles características culturales de la muestra mexicana (43).

3. MÉTODO

JUSTIFICACIÓN

El deseo de adelantar la muerte es un proceso complejo, relativamente común en los servicios de cuidados paliativos, con una frecuencia de 1.5% a 37.8%, como resultado del sufrimiento vivido por el paciente, de manera multidimensional: físico, emocional, existencial, espiritual y/o social; por lo que es necesario evaluar las estrategias de afrontamiento presentes en los pacientes oncológicos de manera individual, que ayudan al ajuste y respuesta emocional que hace que algunos pacientes presenten el deseo de adelantar la muerte, mientras que otros pacientes no presentan este deseo, puesto que los pacientes mantienen una perspectiva única sobre su salud y bienestar.

La mayoría de los estudios actuales se centran en las definiciones y características del deseo de adelantar la muerte, así como en los trastornos psiquiátricos asociados, sin encontrar hasta este momento un estudio en la población mexicana que describa las estrategias de afrontamiento y su relación con respecto a la manifestación o no del deseo de adelantar la muerte. Esto nos abre un panorama para generar estrategias psicoeducativas y de apoyo, que inciden en la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes que reciben el diagnóstico de una enfermedad avanzada, como es el cáncer, y que son referidos al servicio de cuidados paliativos con la intención de mejorar la calidad de vida mediante el manejo de síntomas físicos, psíquicos, espirituales y sociales hasta el final de la vida. Como parte de la atención integral de los cuidados paliativos, se debe realizar una evaluación exhaustiva de la salud mental, dado que los pacientes cursan un proceso de adaptación a múltiples amenazas; además se debe abordar de manera proactiva el deseo de adelantar la muerte, tema que es muchas veces evitado por los profesionales de salud.

En consecuencia, los pacientes que expresan el deseo de adelantar la muerte en el servicio de cuidados paliativos, se debe pensar como un fenómeno reactivo al sufrimiento puesto que el paciente está atravesando una etapa en la que se ve amenazada la vida generando una percepción menor de la calidad de vida.

Se ha observado que, al interrogar el deseo de acelerar la muerte, muchos pacientes pueden solicitar la eutanasia o suicidio asistido, mientras que otros pacientes no lo expresan a pesar de cursar con el mismo diagnóstico.

Por lo que se advierte una diferencia con respecto a la toma de decisiones y adaptación al cáncer, relacionándose estrechamente con los esfuerzos cognitivos y conductuales, siendo importante evaluar las estrategias de afrontamiento presentes en ambos dos grupos.

El presente estudio se enfoca en la descripción de las estrategias de afrontamiento presentes en los pacientes oncológicos que expresan el deseo de adelantar la muerte y los pacientes que no manifiestan tal deseo en el servicio de cuidados

paliativos del Instituto Nacional de Cancerología durante dos meses, entre los meses de julio y agosto del 2020.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento de los pacientes que expresan el DAM en comparación con los pacientes que no presentan DAM, en el servicio de cuidados paliativos del INCan?

OBJETIVOS

General:

Comparar las estrategias de afrontamiento de los pacientes que expresan el deseo de adelantar la muerte con los pacientes que no lo presenta, en el servicio de cuidados paliativos del INCan.

Específicos:

- Describir las estrategias de afrontamiento de los pacientes que expresen el deseo de adelantar la muerte.
- Describir las estrategias de afrontamiento de los pacientes que no expresen el deseo de adelantar la muerte.
- Características sociodemográficas de los pacientes que presentan el deseo de adelantar la muerte y los que no presentan dicho deseo.

- Características clínicas de los pacientes que expresan el deseo de adelantar la muerte y los que no expresan dicho deseo.
- Describir la frecuencia del deseo de adelantar la muerte en pacientes del Servicio de Cuidados Paliativos del INCan
- Describir la frecuencia de pacientes que expresen el deseo de adelantar la muerte asociado a un Trastorno Depresivo Mayor en pacientes del servicio de Cuidados paliativos del INCan

HIPÓTESIS

H₁. El grupo de pacientes sin DAM presentará con mayor frecuencia las estrategias de espíritu de lucha y actitud positiva comparado con el grupo con DAM que presentará con mayor frecuencia las estrategias de preocupación ansiosa, desesperanza y evitación cognitiva.

H₀. El grupo de pacientes sin DAM no presentará con mayor frecuencia las estrategias de espíritu de lucha y actitud positiva comparado con el grupo con DAM que no presentará con mayor frecuencia las estrategias de preocupación ansiosa, desesperanza y evitación cognitiva.

VARIABLES

Tabla 1
Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CLASIFICACIÓN DE VARIABLE	MEDICIÓN	INDICADOR
DESEO DE ADELANTAR LA MUERTE	Reacción al sufrimiento, en el contexto de una condición que amenaza la vida, en la que el paciente no puede ver otra salida que no sea acelerar su muerte.	Dependiente	Cuantitativa Intervalar	SAHD	Los valores obtenidos son iguales o inferiores a 3, entre 4 y 9, y superiores a 10 (designadas respectivamente como “bajo, “moderado” o “elevado” deseo de adelantar la muerte. Consta de 22 ítems. Mide 5 tipos de afrontamiento: Espíritu de lucha, Preocupación ansiosa, Desamparo/Desesperanza, Actitud positiva y Evitación Cognitiva
AFRONTAMIENTO	Esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente a las demandas externas o internas generadoras del estrés.	Dependiente	Cuantitativa Intervalar	MAC-M	Clasificación del estado funcional de 100 (máxima independencia y vida normal) a 0 (defunción). 6 niveles de funcionalidad funcionamiento normal (ECOG = 0) hasta la muerte (ECOG = 5)
ESTADO FUNCIONAL	Nivel de actividad que puede realizar un individuo y su capacidad para autocuidado	Dependiente	Cuantitativa Intervalar	Karnofsky	Utiliza esencialmente 2 elementos para la categorización: capacidad de deambular y necesidad de cuidados
ESTADO FUNCIONAL	Nivel de actividad que puede realizar un individuo y su capacidad para autocuidado	Dependiente	Cuantitativa Intervalar	ECOG	
DEPRESIÓN	Trastorno afectivo manifestado por un estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en las actividades habituales. La alteración del	Dependiente	Cuantitativa Intervalar	Escala Breve de Depresión de Edimburgo	Punto de corte ≥ 5 , para identificar posibles casos.

SEXO	estado de ánimo es prominente y relativamente persistente. Características de la estructura reproductiva, funciones, fenotipo y genotipo, que diferencian masculino y femenino	Independiente	Cualitativa Nominal	NA	Femenino Masculino
EDAD	Años vividos desde el nacimiento Parámetro demográfico que indica el estado de una persona con respecto al matrimonio, el divorcio, la viudez, la soltería, etc.	Independiente	Cuantitativa Discreta	NA	Edad en años
ESTADO CIVIL	Nivel de estudios de un individuo	Independiente	Cualitativa Nominal	NA	Soltero Casado Unión libre Viudo.
ESCOLARIDAD	Al conjunto conformado por manifestaciones clínicas que se deben a un nuevo crecimiento anormal de tejido con propiedades de invasión y metástasis.	Independiente	Cualitativa Nominal	NA	Primaria Secundaria Media superior Licenciatura Posgrado
DIAGNOSTICO ONCOLÓGICO		Independiente	Cualitativa Nominal	NA	Especificar localización y estadio del cáncer.

MUESTREO

Se valoró a los pacientes que acudieron al servicio de Cuidados Paliativos en el área de Consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología a lo largo de 2 meses y se realizó la aplicación de escalas clinimétricas.

SUJETOS

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, con pacientes ambulatorios subsecuentes que acudieron al servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, los cuales fueron captados a largo de los meses de julio y agosto del 2020 que cumplieron con los criterios para participar en el estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión

- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes con edad igual o mayor a 18 años.
- Que sepan leer y escribir castellano.
- Pacientes que acudan al servicio de cuidados paliativos con diagnóstico de cáncer avanzado.
- Pacientes que acepten participar en el estudio mediante el proceso de consentimiento informado.
- ECOG 0-2.
- Karnofsky ≥ 50 .

Exclusión

- Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo o que se evidencie durante la valoración inicial.
- Pacientes con episodio psicótico.
- Presencia de actividad tumoral en SNC (corroborado por imagen).

- Que presenten descontrol de algún síntoma físico al momento de la evaluación (ej. dolor)

Eliminación

- Personas que retiren su consentimiento informado
- Que no completen los instrumentos clinimétricos.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio descriptivo, no experimental, comparativo y trasversal.

INSTRUMENTOS

SAHD

“Lista de Actitudes Hacia Una Muerte Apresurada” (*The Schedule of Attitudes toward Hastened Death* (SAHD) el cual fue diseñado por Rosenfeld et al (1999) originalmente para la evaluación de pacientes americanos con VIH/SIDA. Posteriormente, los mismos autores realizaron la validación para pacientes con cáncer avanzado (44).

El SAHD es un instrumento autoaplicable tipo Likert que contiene 20 ítems, con dos posibles respuestas: verdaderos / falsos. La puntuación total que oscila entre 0 y 20. La consistencia interna medida por el coeficiente α de Alfa de Cronbach fue de 0.88 y con una adecuada validez concurrente con el *Desire for Death Rating Scale* (DDRS de $[r] = 0.67$).

La versión española realizada por Christian Villavicencio-Chávez et al (2014) que mostró buenas propiedades psicométricas (alfa de Cronbach 0.92). Las puntuaciones de SAHD se correlacionaron positivamente con HADS-Total ($r = 0,332$, $p < 0.01$), HADS-Depresión ($r = 0.397$, $p < 0.01$). Las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres en SAHD (6.2, SD = 5.9 vs. 4.2, SD = 4.8, $p < 0.01$). Actualmente se encuentra en proceso de validación en población mexicana.(18,45)

Escala de Afrontamiento al Cáncer derivada de la MAC (MAC-M)

Escala traducida de la versión extensa que fue creada por Greer y Watson en 1987, compuesta por 40 ítems, que miden los cinco tipos de afrontamiento: espíritu de lucha (EL), desamparo/desesperanza (ID), preocupación ansiosa (PA), fatalismo/aceptación estoica (FAE) y evitación/negación (EN), las cuales se asocian a diferentes formas de adaptación ante el cáncer. La Escala de Afrontamiento al Cáncer derivada de la MAC fue validada en población oncológica mexicana por Galindo- Vázquez (2019); mediante un análisis factorial se identificaron 5 factores que explicaron el 53,32% de la varianza, con 22 ítems. La consistencia interna fue satisfactoria (0,81) y la validez concurrente mostró asociaciones significativas (Pearson $r = -0,120$ a $0,586$). La escala está compuesta de 5 factores: Factor I Espíritu de Lucha (6 ítems); Factor II Preocupación ansiosa (5 ítems); Factor III (5 ítems); Factor IV Actitud positiva (3 ítems) y el Factor V Evitación Cognitiva (3 ítems) (42).

ECOG

Escala creada por Zubrod y cols. en Estados Unidos, se utiliza para evaluar el funcionamiento de los pacientes con el propósito de tomar decisiones oncológicas. Incorpora elementos como el estado ambulatorio y la necesidad de cuidados. La escala de ECOG consiste en 5 niveles de funcionalidad que van desde el funcionamiento normal (ECOG = 0) hasta la muerte (ECOG = 5). En la actualidad la escala ECOG es la que con mayor frecuencia se utiliza como criterio de evaluación de la funcionalidad en los estudios clínicos de nuevas quimioterapias (46).

Karnovsky

Herramienta utilizada en los pacientes oncológicos diseñada por Karnofsky y Burchenal en 1948, la cual es una escala numérica para cuantificar la capacidad funcional y de autonomía de pacientes con cáncer, el Karnofsky *performance status* (KPS). Presenta descriptores que clasifican el estado funcional de 100 (máxima independencia y vida normal) a 0 (defunción). Los pacientes se clasifican según la puntuación en 3 niveles: a) vida normal, no necesita cuidados especiales (80-100); b) incapacidad laboral, pero capacidad de autocuidado (50-70) y c) incapacidad para el autocuidado (0-40). La escala KPS posee una confiabilidad moderada a elevada (47,48).

Escala Breve de Depresión de Edimburgo (BEDS):

Lloyd-Williams et al. (2007) desarrollaron la Escala Breve de Depresión de Edimburgo (Brief Edinburgh Depression Scale - BEDS por sus siglas en inglés) para uso específico en pacientes con cáncer en cuidados paliativos.

La validación en población mexicana con cáncer avanzado, realizada en el INCan, la BEDS presentó un alfa de Cronbach de 0.71. Utilizando un punto de corte ≥ 5 (sensibilidad de 85.7% y especificidad de 62.5%), además BEDS explora las ideas de muerte/suicidas, que otras escalas no exploran. Esta escala fue validada por el investigador principal de este proyecto, contando con la autorización para su uso (49).

PROCEDIMIENTO

1. Se presentó el protocolo de investigación para su revisión y fue aprobado por los Comités de Investigación y de ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez con el número 848 (Anexo 6).
2. Este trabajo se desprende del proyecto titulado “Adaptación y validación del instrumento Lista de Actitudes Hacia una Muerte Apresurada en pacientes con cáncer avanzado atendidos en un servicio de cuidados paliativos en México” aprobado por los Comités de Investigación y de ética en Investigación del Instituto Nacional de Cancerología con los números (020/028/CPI) y (CEI/1423/19) respectivamente (Anexo 8).
3. En el Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología se incluyeron a pacientes ≥ 18 años, que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar mediante el proceso del consentimiento informado. Se recolectaron las características sociodemográficas y se aplicaron las siguientes escalas: Lista de Actitudes Hacia una Muerte Apresurada (SAHD), Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC), Escala Breve de Depresión de Edimburgo

(BEDS). Los datos se registraron en una base de datos para posteriormente realizar el análisis estadístico de tipo multivariado factorial.

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó la descripción de las características sociodemográficas y clínicas mediante frecuencias absolutas y relativas, así como mediante medidas de tendencia central y dispersión para las numéricas.

La población se dividió en dos grupos (con DAM y sin DAM).

Se realizó pruebas de normalidad con respecto a las variables numéricas, mediante la técnica de Kolmogorov- Smirnov. En caso de distribución normal se utilizaron pruebas de *t* de Student para muestras independientes, caso contrario pruebas de Wilcoxon. En las variables nominales se utilizó la prueba de ji-cuadrado de Pearson/Fisher. Se empleó un nivel de significancia de $p < 0.05$. El análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS versión 21.0.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, la ley general de salud y en la norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, y debido a que esta investigación se consideró como investigación **sin riesgo** debido a que se empleó el registro de datos a través de la realización de procedimientos no invasivos como la aplicación de escalas durante entrevistas médicas, este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

a) Se prevaleció la seguridad de los beneficiarios considerando que la información que fue recabada a través de la aplicación de cuestionarios y entrevistas, que no supuso un riesgo para la integridad física o psicológica del paciente.

b) Se contó con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante.

c) Fue realizado por médicos residentes de la especialidad en psiquiatría, quienes cuentan con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad del Instituto Nacional de Cancerología quien cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar el bienestar del sujeto de investigación.

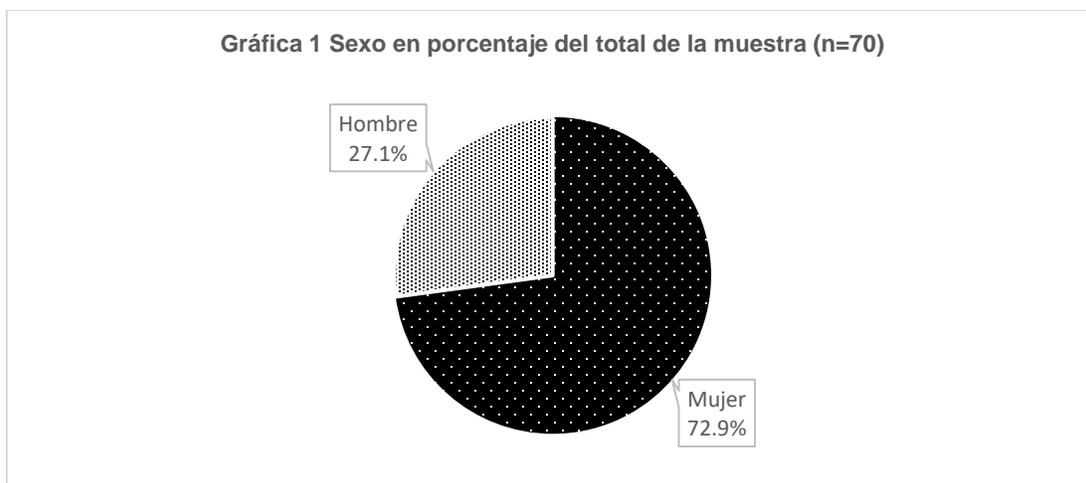
g) Se llevó a cabo con previa obtención de la autorización: del Instituto Nacional de Cancerología, Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Cancerología y del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El riesgo al que los pacientes fueron sometidos al estar en este estudio, según el Artículo 17 de la Ley general de Salud, está catalogado como Riesgo mínimo, debido a que únicamente se aplicaron entrevistas clínicas y cuestionarios.

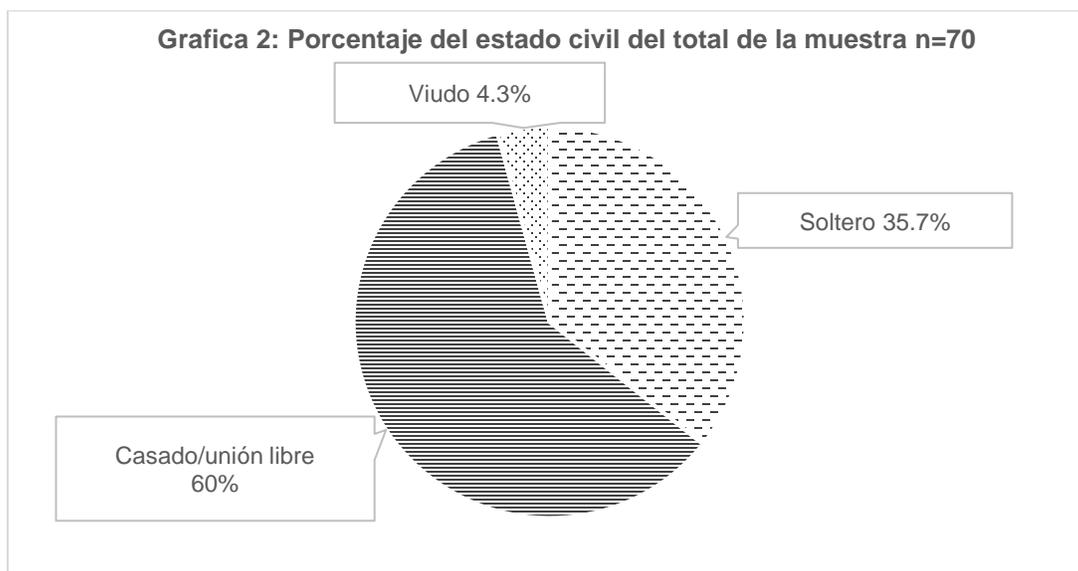
II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación.

4. RESULTADOS

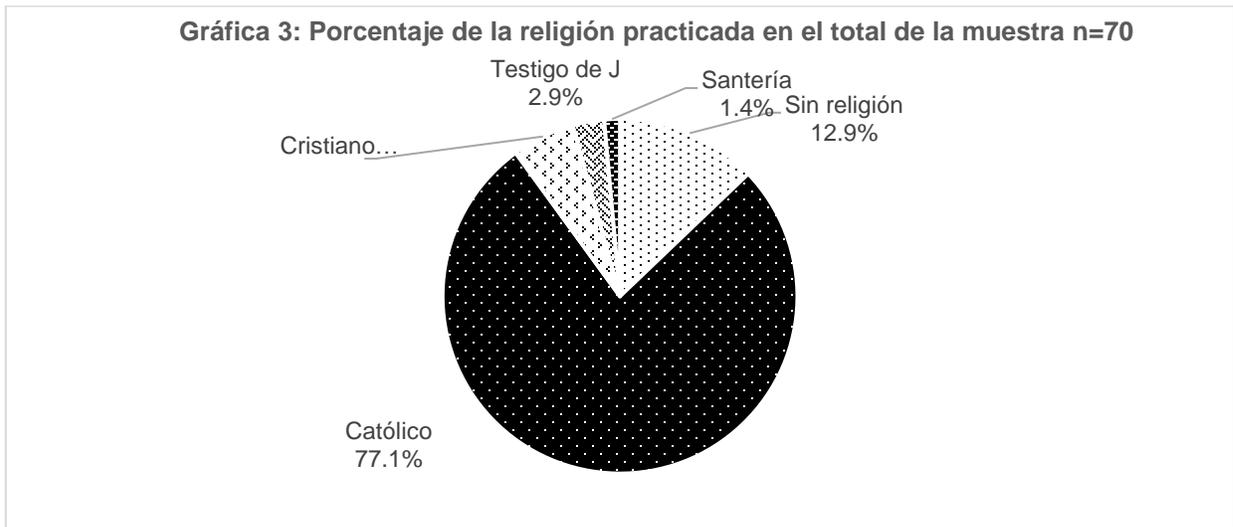
Se incluyeron a 70 pacientes en este estudio, de los cuales el 72.9% (51/70) fueron mujeres y 27.1% (19/70) fueron hombres (Gráfica 1), con una edad media de 53.6 años (DE 12.3) y escolaridad media de 9.3 años (DE 4.6) (Tabla 1).



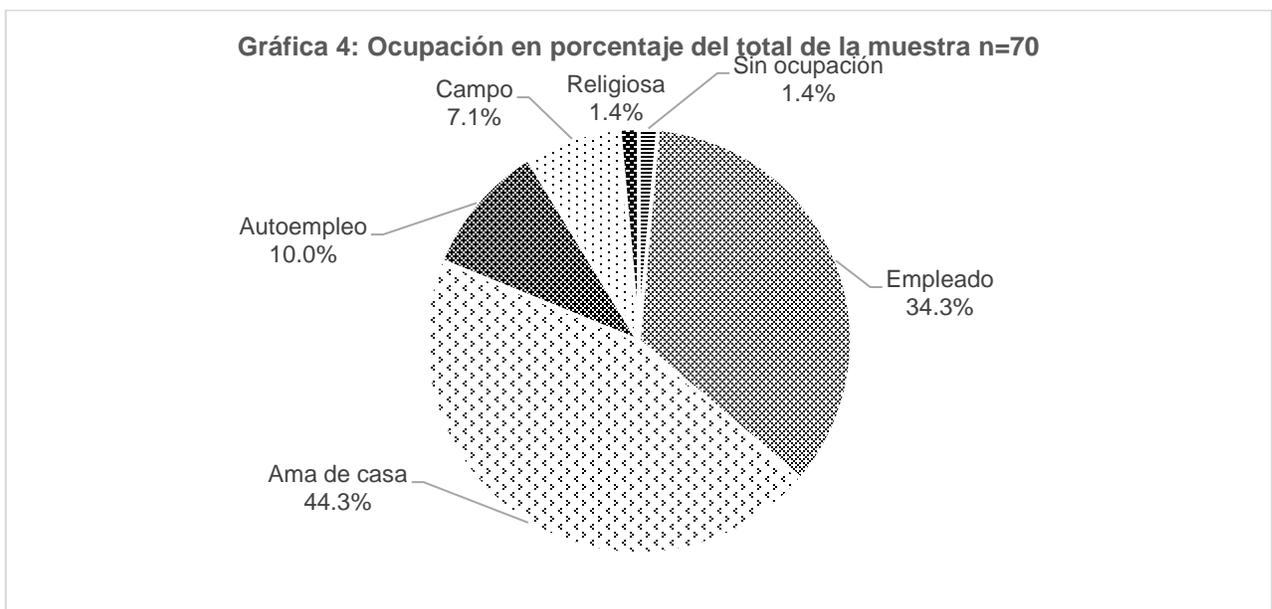
El estado civil de la mayoría de la muestra es casado/ unión libre con un 60.0% (n= 42) mientras que los solteros representa el 35.7% (n=25) y viudos un 4.3% (n=3) (Gráfica 2).



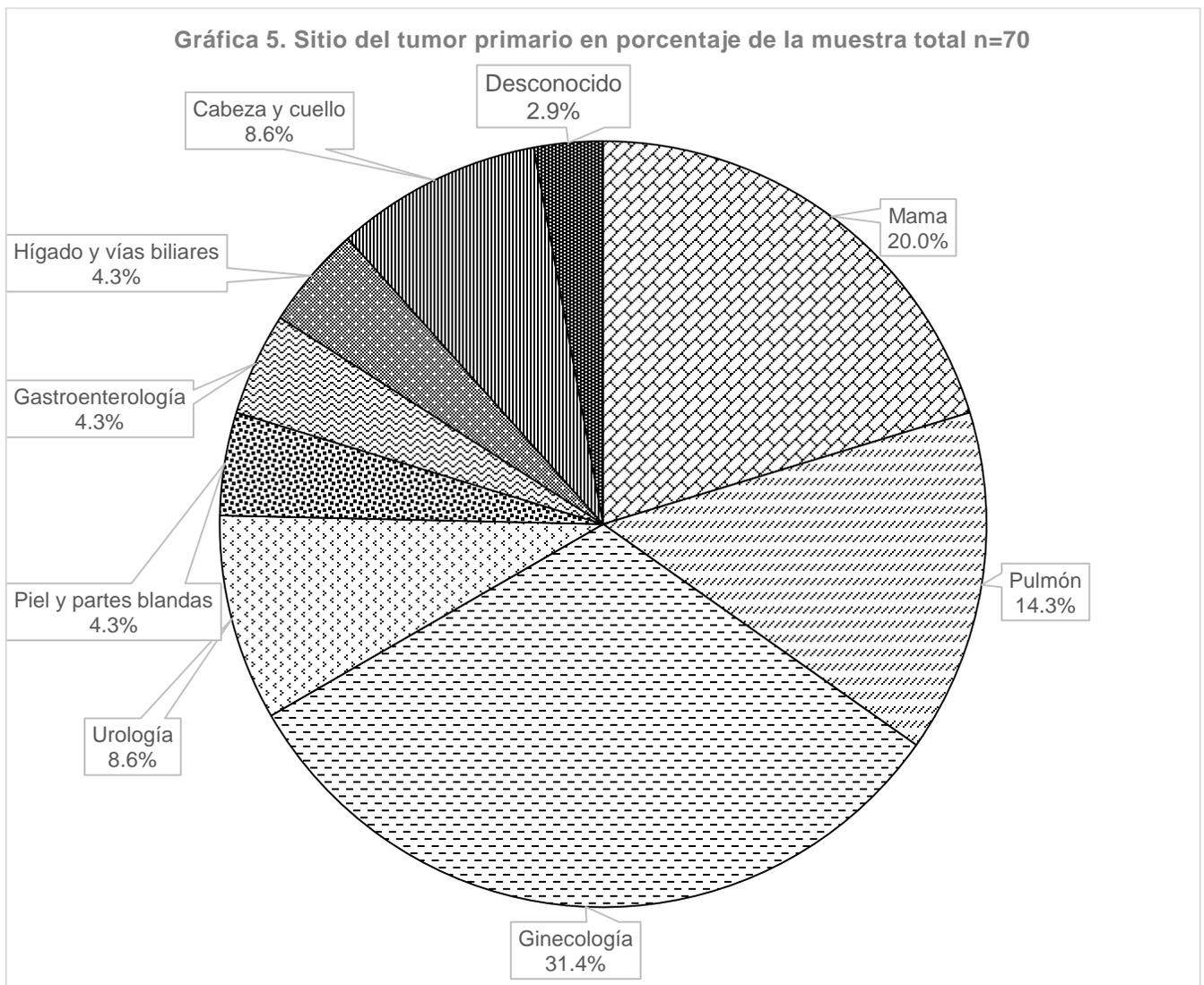
Con respecto a la religión, el 77.1% (n=54) son católicos, 12.9% (n=9) no practica ninguna religión, el 5.7% (n=4) el cristianismo, 2.9% (n=2) son Testigos de Jehová y 1.4% (n=1) practica la santería (Gráfica 3).



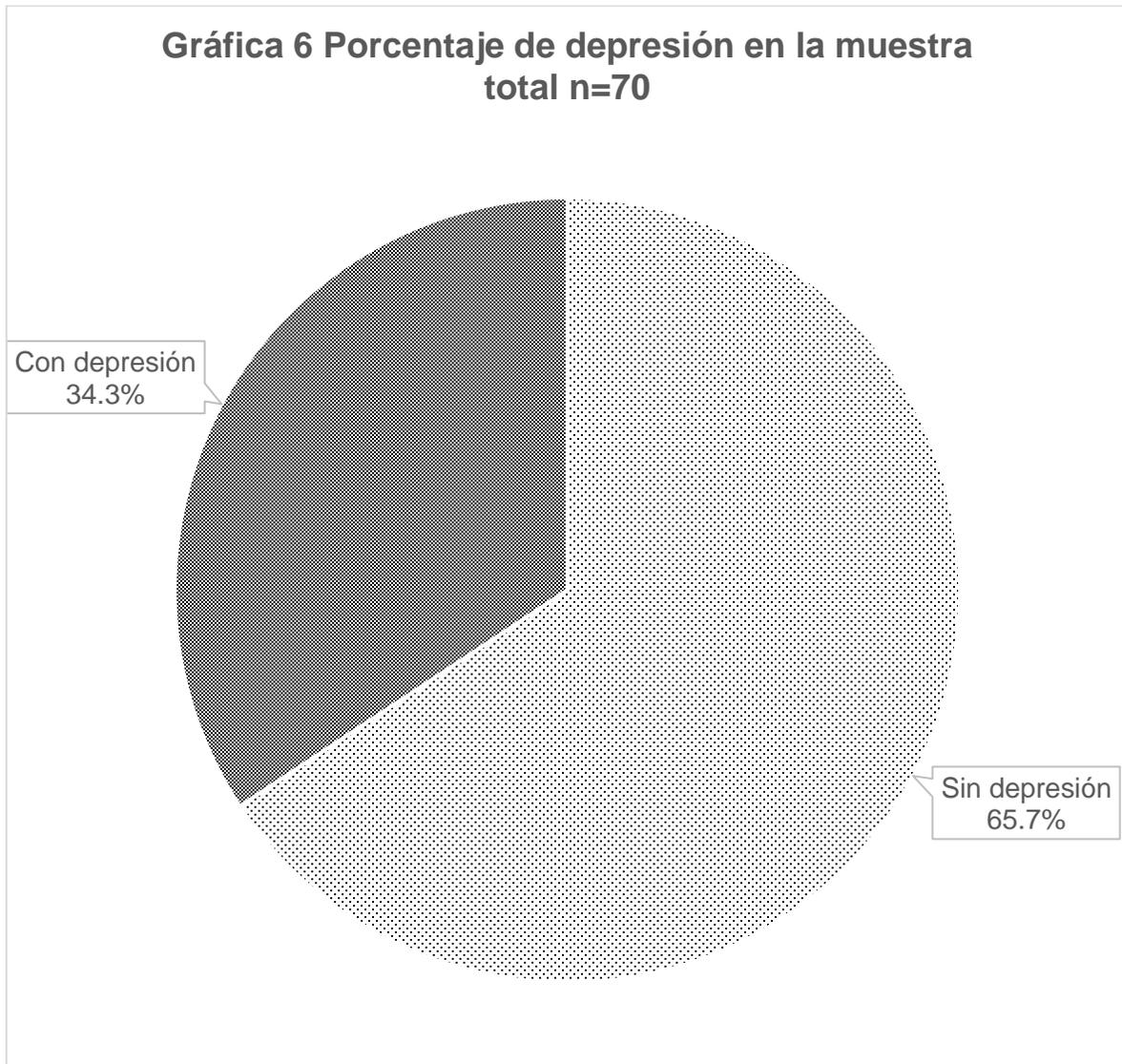
Con relación a la ocupación de la muestra, un 44.3% (n=31) es ama de casa, empleados en un 34.3% (n=24), autoempleo en un 10% (n=7), campo un 7.1% (n=5), actividad religiosa 1.4% (n=1) y sin ocupación un 1.4% (n=1) (Gráfica 4).



Acerca de las características clínicas del total de pacientes de la muestra mostraron Karnovsky con una media de 63.7 (DE 14.3) y ECOG con una media de 2.1 (DE 0.7) (Tabla1). En cuanto a los sitios de tumor primario de la muestra total, los más frecuentes se encuentran en el área ginecológica con un 31.4% (n=22), Cáncer de Mama con 20% (n=14), pulmón 14.3% (n=10), mientras que el área urológica representa un 8.6% (n=6) y cabeza y cuello un 8.6% (n=6), hígado y vías biliares 4.3% (n=3), piel y partes blandas 4.3% (n=3), gastroenterología 4.3% (n=3) y desconocido un 2.9% (n=2) (Gráfica 5).



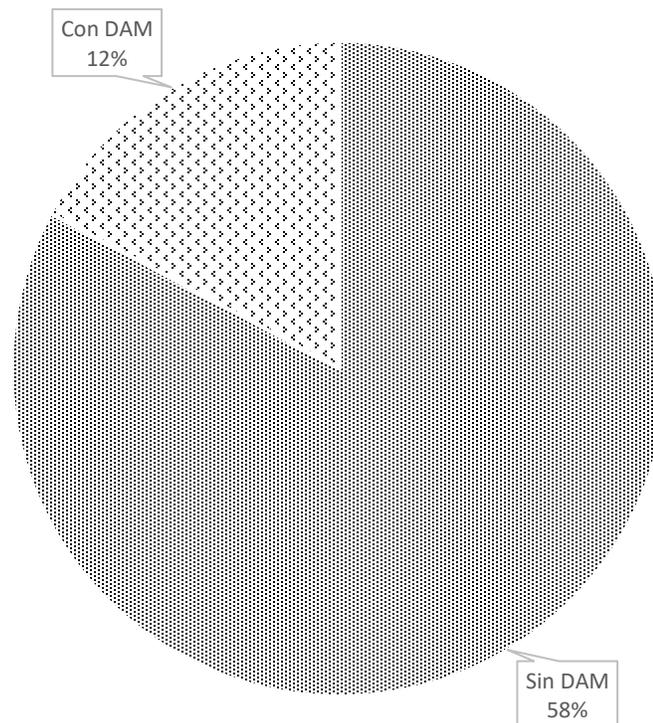
Al realizar la Escala BEDS (con una puntuación >7) en el total de la muestra, 24 pacientes (34.3%) mostraron depresión y 46 pacientes (65.7%) no mostraron depresión. Gráfica 6



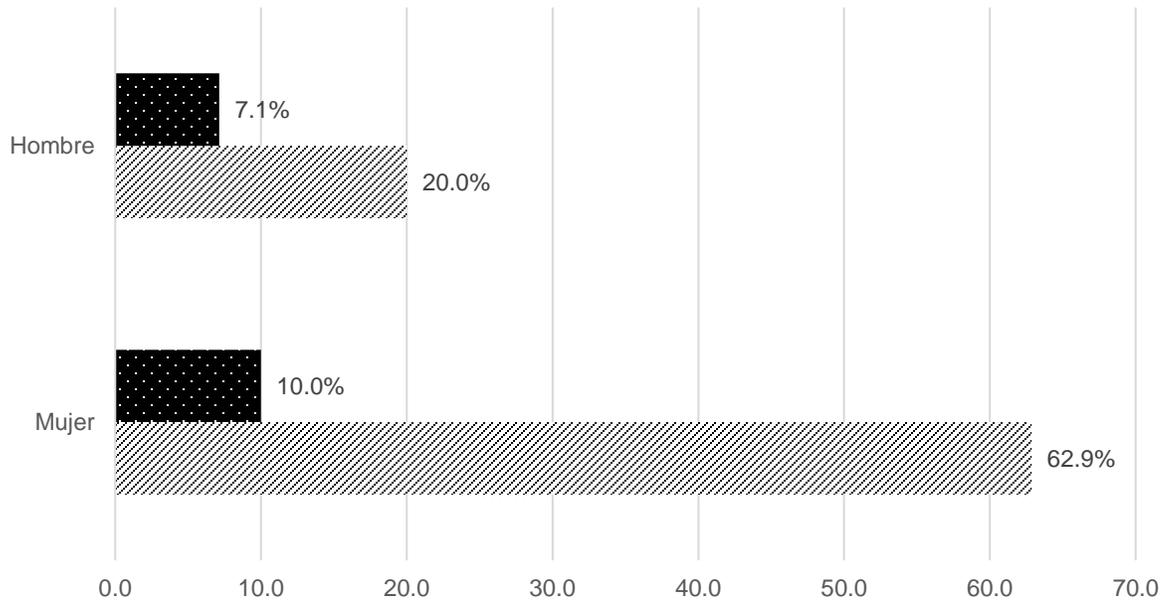
Con base en la escala Lista de Actitudes Hacia Una Muerte Apresurada (SAHD en sus siglas en inglés) (con una puntuación ≥ 5), 12 pacientes presentaron Deseos de Adelantar la Muerte (DAM) vs 58 pacientes no presentaron DAM (Deseos de Adelantar la Muerte) Gráfica 7; con una edad media de 52.8 años (DE 12.4) vs 53.7

años (DE 12.4) ($p=0.8$) y escolaridad media de 13.6 años (DE 4.0) vs 8.5 años (DE 4.2) ($p=0.001$) (Tabla 1). Con respecto al sexo de los pacientes que presentaron DAM 7 son mujeres (10%) y 5 hombres (7.1%) vs los que no presentaron DAM 44 son mujeres (62.9%) y 14 hombres (20%) ($p=0.214$) (Grafico 8). El estado civil de casados/unión libre se presentó en un 8.6% ($n=6$) vs 36 pacientes (51.4%), soltero 8.6% ($n=6$) vs 19 pacientes (27.1%) y viudo 0% vs 3 pacientes (4.3%) ($p=0.43$) (Gráfica 9).

Gráfica 7 Porcentaje de la población total con presencia de DAM y sin DAM $n=70$

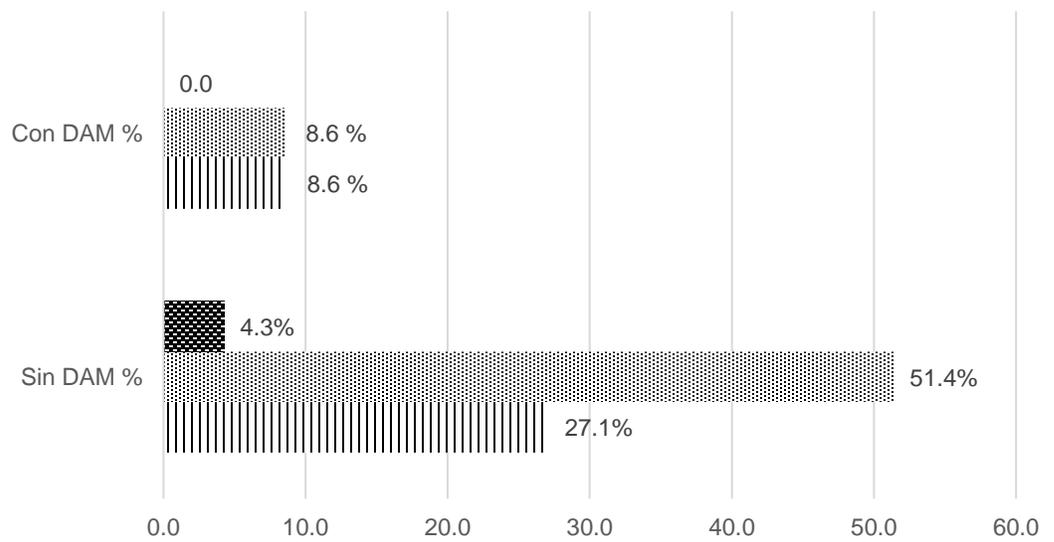


Gráfica 8. Sexo en porcentaje en pacientes con DAM vs sin DAM



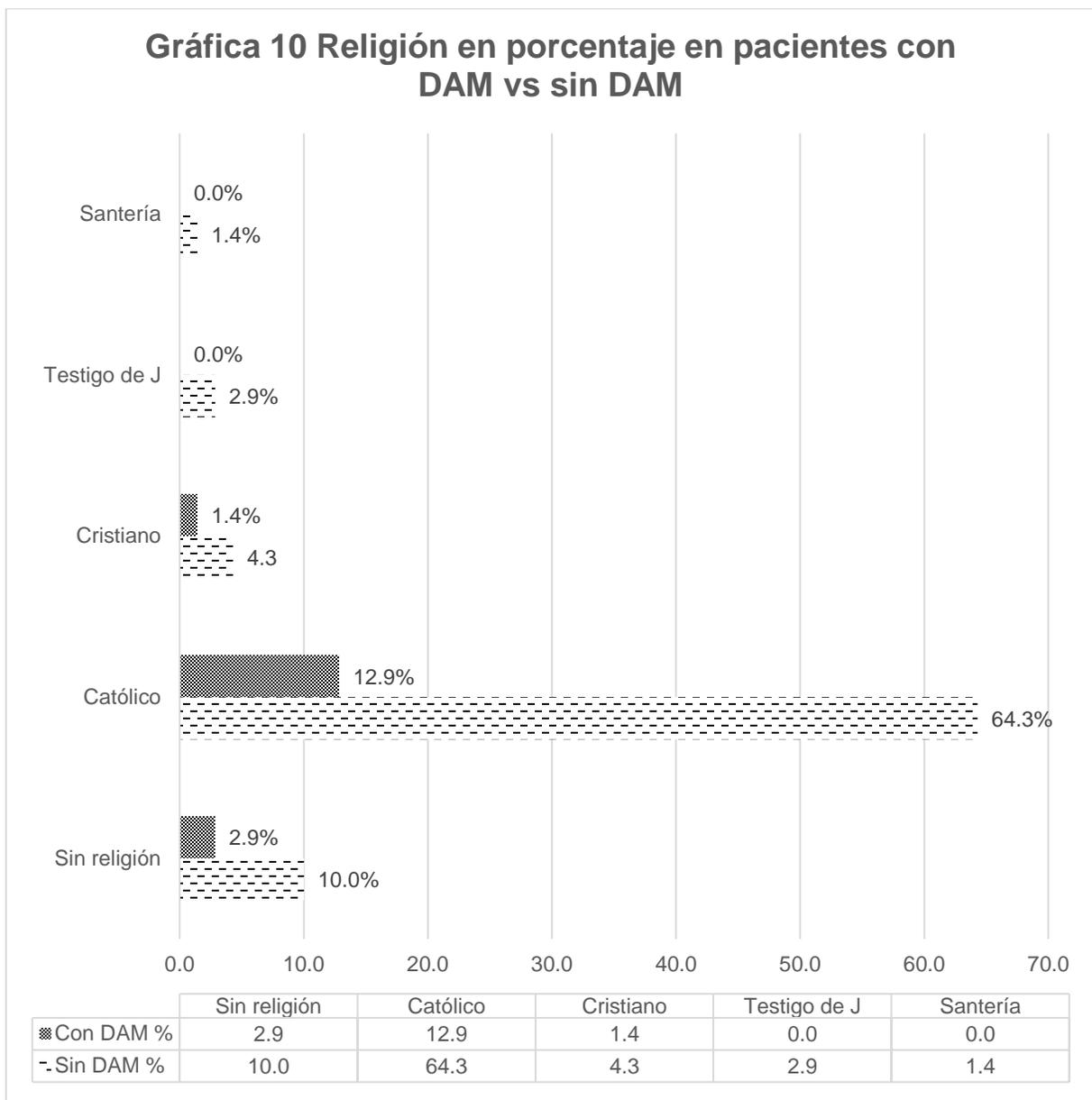
	Mujer	Hombre
■ Con DAM %	10.0	7.1
▨ Sin DAM %	62.9	20.0

Gráfica 9. Estado civil en porcentaje en pacientes con DAM vs sin DAM

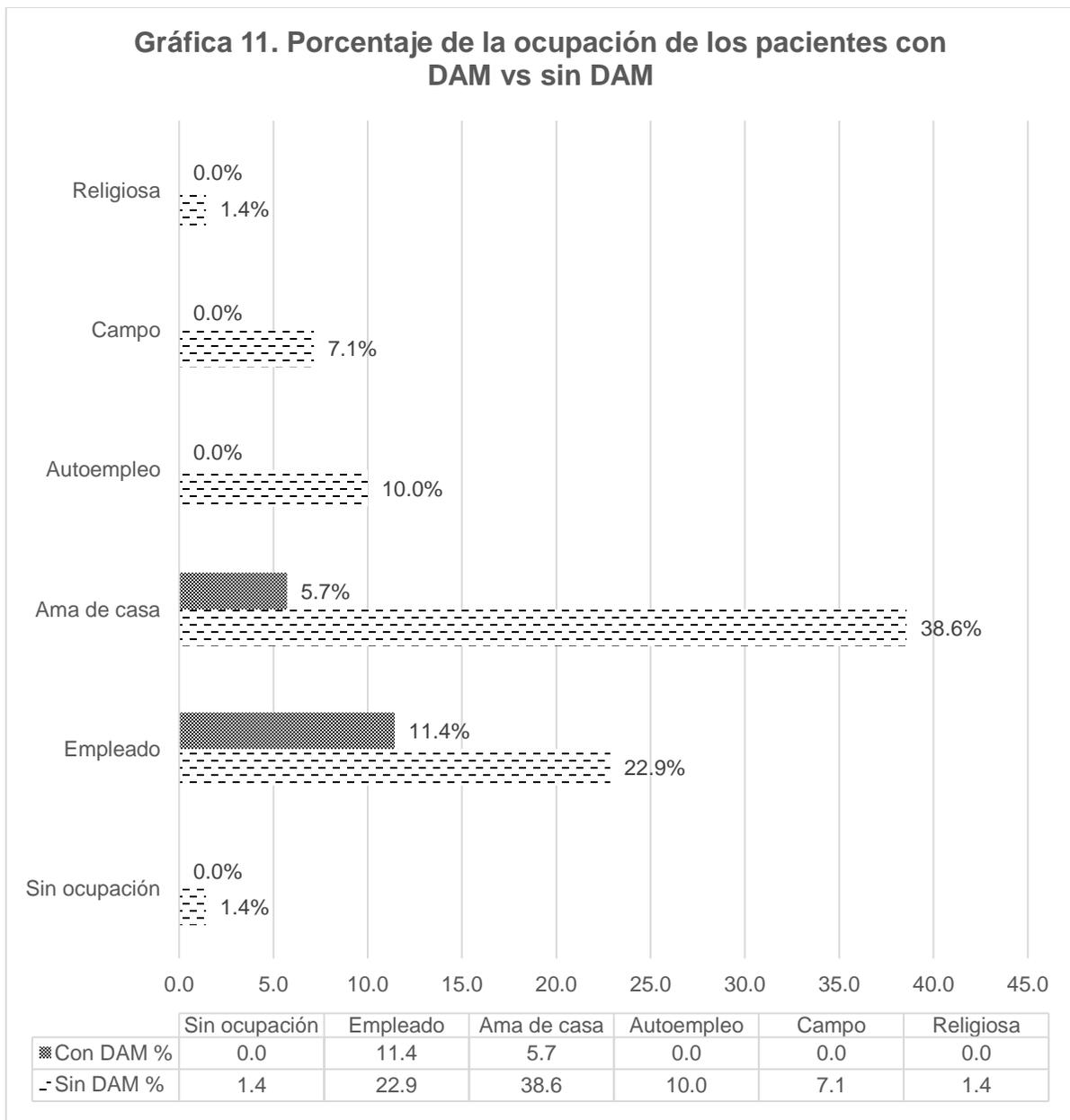


	Sin DAM %	Con DAM %
■ Edo. Civil Viudo	4.3	0.0
▨ Edo. Civil Casado/unión libre	51.4	8.6
▨ Edo. Civil Soltero	27.1	8.6

En cuanto a la religión que los pacientes profesaban, de los pacientes que presentaron DAM, un 12.9% (n=9) se describieron como católicos, no practica ninguna religión el 2.9% (n=2), cristianismo 1.4% (n=1), mientras que los que no expresan DAM 64.3% (n=45) practican el catolicismo, 10% (n=7) no practica ninguna religión, 4.3% (n=3) cristianismo, 2.9% (n=2) Testigo de Jehová y 1.4% (n=1) santería ($p=0.915$) (Gráfica 10).

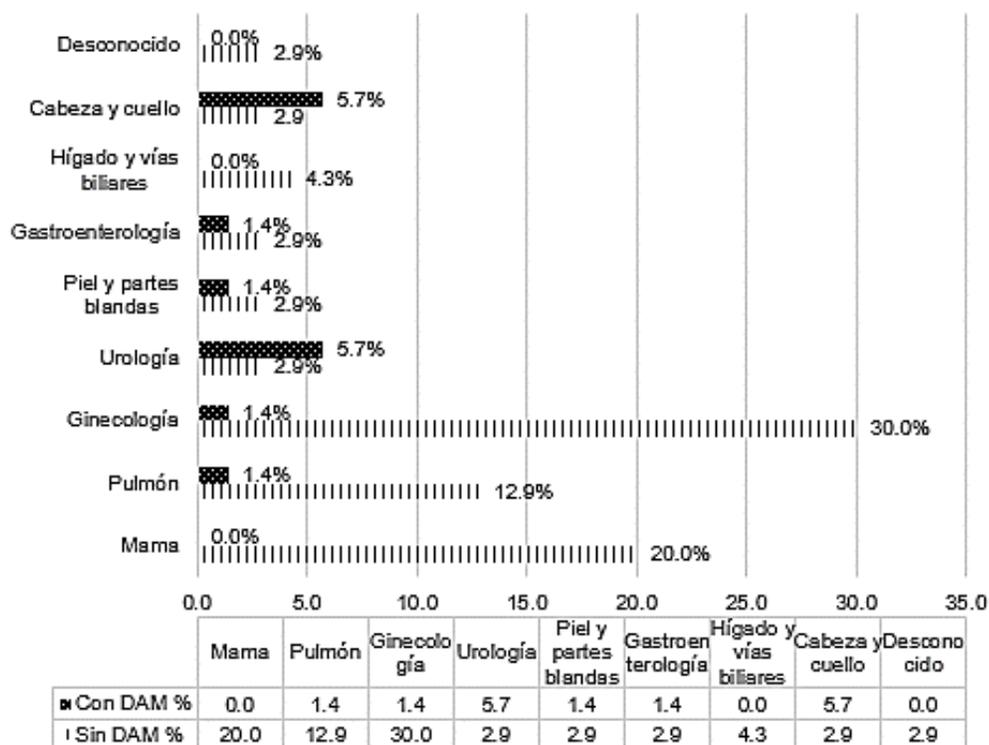


Con respecto a la ocupación el 11.4%(n=8) es empleado y el 5.7% (n=4) es ama de casa vs los que no expresaron DAM el 38.6% (n=27) se dedican al hogar, 22.9% (n=16) son empleados, 10% (n=7) son autoempleados, 7.1% (n=5) dedicados al campo, 1.4% (n=1) sin ocupación y 1.4% (n=1) es religiosa ($p=0.178$) (Gráfica 11).

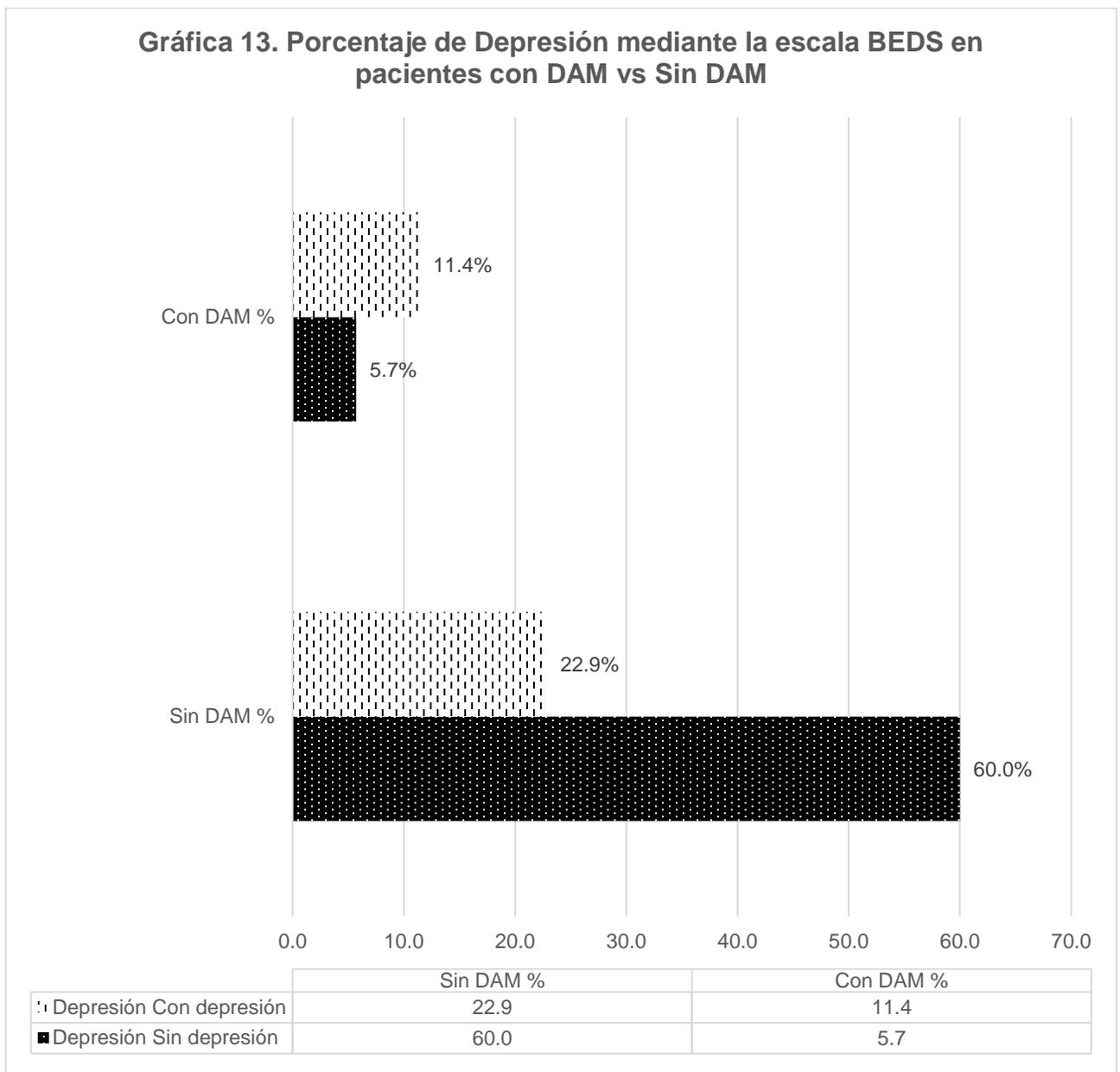


En relación con las características clínicas de los pacientes que presentaron DAM, obtuvieron una media en Karnovsky de 60.8 (DE 14.4) vs 64.3 (DE 14.3) ($p=0.5$) y una puntuación media en ECOG de 2.3 (DE 0.9) vs 2.0 (DE 0.7) ($p=0.3$) (Tabla1). En lo referente a los sitios de tumor primario de los pacientes con DAM, 4 pacientes (5.7%) lo presentaron a nivel urológico, 4 pacientes (5.7%) en cabeza y cuello, y a nivel pulmonar, en el área de ginecología, piel y partes blandas y gastroenterología se encontró 1 paciente (1.4%) en cada área respectivamente vs los pacientes que no expresaron DAM tenemos los sitios de tumor primario a nivel ginecológico en un 30% (n=21), cáncer de mama 20% (n=14), pulmonar 12.9% (n=9), Hígado y vías biliares con 4.3% (n=3) y el resto con un 2.9%(n=1) respectivamente a nivel urológico, piel y partes blandas, cabeza y cuello, en gastroenterología y desconocido ($p=0.0001$) estadísticamente significativo. (Gráfica 12)

Gráfica 12. Porcentaje del sitio primario del tumor en pacientes con DAM vs sin DAM



Con respecto al diagnóstico de Trastorno Depresivo mediante la Escala BEDS y DAM, 8 pacientes (11.4%) presentaron Depresión y 4 pacientes (5.7%) no presentaron depresión vs los pacientes que no presentaron DAM, tenemos 16 pacientes (22.9%) que presentaron Depresión y 42 pacientes (60.0%) que no presentaron depresión ($p=0.01$). (Gráfica 13)



A nivel de los estilos de afrontamiento en este grupo de pacientes (Tabla 2), los puntajes más altos son en Desamparo desesperanza con una media de 13.2 (DE 2.7) ($P=0.023$) preocupación ansiosa con 10.2(DE 2.6) ($P=0.000$), Espiritu de Lucha con una media de 17.5 (DE 3.2) ($P=0.037$), con puntajes más bajos son en Evitación cognitiva con una media de 9 (DE 1.6) ($P=0.895$) y Actitud Positiva con una media de 7.7 (DE 1.6) ($P=0.002$) vs Espiritu de Lucha con una media de 19.7 (DE 2.1) ($P=0.037$), Desamparo desesperanza con una media de 15.2 (DE 2.0) ($P=0.023$) preocupación ansiosa con una media de 14.1(DE 2.8) ($P=0.000$), Evitación cognitiva con una media de 8.9 (DE 1.7) ($P=0.895$) y Actitud Positiva con una media de 9.6 (DE 1.5) ($P=0.002$).

Tabla 1
Características demográficas

	Todos (N=70)		S/ DAM (n=58)		C/ DAM (n=12)		p
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Edad	53.6	12.3	53.7	12.4	52.8	12.4	0.8
Escolaridad	9.3	4.6	8.5	4.2	13.6	4.0	0.0
	n	%	n	%	n	%	p
Sexo							
Mujer	51	72.9	44	62.9	7	10.0	0.214
Hombre	19	27.1	14	20.0	5	7.1	
Edo. Civil							
Soltero	25	35.7	19	27.1	6	8.6	0.43
Casado/unión libre	42	60.0	36	51.4	6	8.6	
Viudo	3	4.3	3	4.3	0	0.0	
Religión							
Sin religión	9	12.9	7	10.0	2	2.9	0.915
Católico	54	77.1	45	64.3	9	12.9	
Cristiano	4	5.7	3	4.3	1	1.4	
Testigo de J	2	2.9	2	2.9	0	0.0	
Santería	1	1.4	1	1.4	0	0.0	
Ocupación							
Sin ocupación	1	1.4	1	1.4	0	0.0	0.178
Empleado	24	34.3	16	22.9	8	11.4	
Ama de casa	31	44.3	27	38.6	4	5.7	
Autoempleo	7	10.0	7	10.0	0	0.0	
Campo	5	7.1	5	7.1	0	0.0	
Religiosa	1	1.4	1	1.4	0	0.0	

Tabla 2
Estilos de afrontamiento mediante la escala MAC

Estilo de afrontamiento	Todos (N=70)		S/ DAM (n=58)		C/ DAM (n=12)		p
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Evitación cognitiva	19.4	2.4	8.9	1.7	9.0	1.6	.895
Actitud positiva	13.5	3.1	9.6	1.5	7.7	1.6	.002
Desamparo desesperanza	14.9	2.3	15.2	2.0	13.2	2.7	.023
Preocupación ansiosa	9.3	1.7	14.1	2.8	10.2	2.6	.000
Espíritu de lucha	8.9	1.7	19.7	2.1	17.5	3.2	.037

5. DISCUSIÓN

Hasta este momento, es de nuestro conocimiento que este es el primer estudio realizado en con respecto al Deseo de Adelantar la muerte (DAM) y los diferentes estilos de afrontamiento empleados en la población de cuidados paliativos, no obstante, se pueden examinar las características sociodemográficas y el DAM, publicado en los últimos años.

En este estudio se encontró que, en la muestra total, las mujeres representan un mayor número con el 72.9%, que comparado con otros estudios como el de Porta-Sales Josep *et al.* (2019)(50) que también el número de mujeres es mayor con un 58.5% así como el de Iris Crespo *et al.* (2020) (51) con 56.9%, siendo las mujeres la población con mayor número, esto se puede explicar por los tumores que se atienden en el INCan y que tienen una mayor protección por programas como Seguro Popular, así también coincide con respecto al estado civil que la gran mayoría se encuentra casado/unión libre representando en este estudio el 60% y en el estudio de Porta-Sales Josep *et al.* (2019) (50) con un 68.9%.

Acerca de la edad se obtuvo en la muestra total que, la edad media fue menor en esta investigación con 53.6 años, que, comparada con la literatura, la cual es mayor como el de Porta-Sales Josep *et al.* (2019)(50) con una edad media de 62.6 años y el de Iris Crespo *et al.* (2020)(51) con 63.5 años, esto puede ser explicado por la situación socioeconómica asociada a la esperanza de vida que vivimos en México, la cual difiere en cada región. En relación con la religión, la más practicada en la muestra es el catolicismo con un 77.1%, así como en la publicación de William

Breitbart et al. (2000)(17) donde el catolicismo también fue la más practicada, no obstante, en menor porcentaje, con un 52%. En relación con las características clínicas de nuestra muestra total, se obtuvo una media de 63.7 en Karnovsky, sin embargo, difiere con la puntuación media de 80 en Karnovsky publicado por Porta-Sales Josep et al. (2019) (50) lo que podría deberse a que en la población mexicana el diagnóstico de cáncer es realmente tardío y en fases muy avanzadas, además de que los envíos a los servicios de cuidados paliativos en México son tardíos como lo reporta Allende-Pérez et al (2016)(52).

Los diagnósticos más frecuentes reportados en este estudio en el total de la muestra fueron en el área ginecológica con un 31.4%, cáncer de mama con 20%, pulmón 14.3% (n=10), que al compararlo con lo publicado por Porta-Sales Josep et al. (2019)(50) se encontró en el siguiente orden: pulmón (27.5%), tracto digestivo superior (13.5%), colon-recto (11.9%) y mama 8.3%, coincidiendo en cáncer de pulmón y mama.

Al realizar la Escala BEDS (con una puntuación >7) en el total de la muestra, 34.3% mostraron depresión, sin embargo, al compararlo con otros estudios tenemos 17% de presencia del trastorno depresivo en el total de la muestra en lo descrito por William Breitbart et al. (2000) (17), esta diferencia se puede explicar a que, en este último, el método diagnóstico fue mediante la entrevista clínica estructurada del DMS IV, pero los resultados de este estudio, es menor a lo reportado por Rodríguez-Mayoral et al (2020) (53) en donde mediante una entrevista clínica con base en los criterios del DSM 5, el 24% cumplió criterios para trastorno depresivo mayor, esto puede explicarse por el método diagnóstico.

Del total de la muestra, la población que expresó DAM, mediante la escala Lista de Actitudes Hacia Una Muerte Apresurada (SAHD), representa el 17.14%, como lo descrito por los autores Mariona Guerrero-Torrelles et al. (2017) (1) y William Breitbart et al. (2000) (17) que mencionan una frecuencia de entre el 1,5 y el 38,7% y 17% respectivamente, mientras Josep Porta-Sales et al. (2019)(50) que reporta un 23.8%, ligeramente mayor, lo que se podría explicar por el número total de la muestra, siendo esta muestra más pequeña en comparación con los estudios mencionados.

Dentro del grupo de DAM, se encontró una frecuencia de trastorno depresivo mediante la escala BEDS en un 66.6%, siendo significativamente estadístico ($p=0.01$), que se asemeja a los resultados de Keith G Wilson *et al* (2016)(16) con 66.7%, difiriendo con el de William Breitbart et al. (2000) (17) con un 47%, esta diferencia se puede deber a que este último, realizó el diagnóstico de Trastorno depresivo mediante la entrevista clínica estructurada del DSM-IV y el resto mediante una escala. Con respecto a los diagnósticos oncológicos que con mayor frecuencia expresaron DAM, en este estudio tenemos con mayor frecuencia a nivel urológico, cabeza y cuello, y en menor frecuencia a nivel pulmonar, en el área de ginecología, piel y partes blandas y gastroenterología, que al contrastarlo con el de Iris Crespo et al. (2020)(51) presentaron mayor número a nivel pulmonar, gastrointestinal y de mama, con una tendencia similar mencionado por Rodríguez-Mayoral (2019) (14) sobre los diagnósticos oncológicos asociados con DAM páncreas, hígado, pulmón, cabeza y cuello, coincidiendo con cabeza y cuello, pulmonar con una diferencia estadísticamente significativa.

En este estudio, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en las variables edad, sexo, estado civil y religión.

En lo que respecta a los estilos de afrontamiento que se evaluaron mediante la escala MAC-M, se encontró en la población con DAM mayor puntaje en evitación cognitiva, comparado con los pacientes que no expresaron DAM, sin embargo, no fue significativamente estadístico en los resultados, además de que en el estudio de Galindo (2019)(43) representa un factor con la menor consistencia interna, describiéndolo como una asociación positiva con el estilo de afrontamiento de espíritu de lucha.

Al comparar los estilos de afrontamiento en los pacientes que expresaron DAM, con los que no expresaron DAM, se encontró en estos últimos mayores puntajes de espíritu de lucha, siendo estadísticamente significativo, descrito por Galindo (2019)(43) como un factor dirigido al problema, en el que se incluyen los recursos personales como la capacidad para buscar información, manejando las demandas internas y externas asociadas con la enfermedad, con una mejor adaptación al proceso oncológico, lo que concuerda con los resultados presentados en este estudio. Otro de los factores con mayor puntaje en los pacientes que no expresaron DAM, cuando se comparan en ambos subgrupos es Preocupación ansiosa, siendo significativamente estadístico, la cual Galindo *et al.* (2019) (43) la describe como alta al inicio del tratamiento oncológico, por lo cual niveles altos de ansiedad pueden llegar a disminuir la adaptación del paciente durante el proceso de atención en salud, no obstante menciona que conlleva a una valoración del cáncer y su tratamiento como amenazante sin llegar a presentar una actitud de aceptación,

asociándolo además con componentes culturales como la fe y esperanza, una estrategia empleada en la población mexicana para afrontar eventos estresantes. El factor actitud positiva se presentó también con una media mayor en los pacientes con DAM, mencionando Galindo *et al* (2019) (43) como un modelo de autorregulación conductual, en el cual el individuo persiste en conseguir un resultado si éste es percibido como alcanzable, describiéndolo como un proceso de aprender cómo encontrar formas de vivir sin lamentar lo perdido con el tratamiento, lo cual nos puede explicar también porque es un factor con alto puntaje en los pacientes que no expresaron DAM. Esto nos orienta que en cada dimensión de respuesta subyace un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, posibilidad del control sobre su enfermedad y pronóstico, ayudando al paciente a adaptarse a la enfermedad.

6. CONCLUSIONES

El Deseo de Adelantar la Muerte, visto como un fenómeno complejo, es una preocupación constante en el servicio cuidados paliativos, siendo más prevalente de lo que creemos, sin embargo, muchas veces pasa desapercibido tanto por el personal de salud como de su red de apoyo. Dicho fenómeno presenta una asociación con diversos factores como son el sexo, años de escolaridad, el área de localización del diagnóstico oncológico como es cabeza y cuello, gastrointestinal y urológico, así como una menor funcionalidad, sin dejar de mencionar que existe una relación importante con los trastornos psiquiátricos como es el trastorno depresivo mayor, lo que puede dar lugar a distorsiones cognitivas que sesgan la toma de decisiones en estos pacientes; siendo necesaria la identificación del deseo de adelantar la muerte de manera oportuna mediante una evaluación multidimensional y una comunicación empática y de confianza que ayudará al profesional de la salud a explorar el deseo de adelantar la muerte y el sufrimiento subyacente.

El DAM puede entenderse como un grito de ayuda que al explorar los factores asociados se pueden efectuar intervenciones tempranas y proporcionar una atención integral inmediata, principalmente en pacientes con diagnóstico oncológico que tiene un pronóstico sombrío y de este modo incidir en una mejora en su calidad de vida y bienestar.

Cabe destacar que la evaluación realizada en los pacientes oncológicos en lo que respecta a las estrategias de afrontamiento presenta gran relevancia debido a que pueden ser un factor importante que ayude al paciente a una mejor adaptación y

solución de problemas frente a un diagnóstico oncológico, mediante el desarrollo de técnicas de intervención orientadas a proporcionar recursos para la implementación de estilos de afrontamiento más adaptativos, como son espíritu de lucha y preocupación ansiosa, lo que puede influir en el manejo de las demandas internas y externas que implican el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y seguimiento de la enfermedad, caracterizada por una mejor adaptación al proceso oncológico y así lograr minimizar el impacto de la enfermedad en la salud mental y sufrimiento, que asociado con otros factores pueden ser una de las causas de la expresión de DAM. Finalmente, como se mencionó anteriormente se requiere continuar realizando investigación en estos tópicos.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación de este estudio es el tamaño de la muestra en ambos grupos, ya que es relativamente pequeño, principalmente en el grupo de deseos de adelantar la muerte. Considerando este punto, futuras investigaciones se deben orientar a aumentar el número de participantes en la muestra para obtener resultados más consistentes. Siendo este trabajo uno de los primeros en esta área de investigación, en consecuencia, se requiere mayor estudio con respecto a los pacientes que expresen el deseo de adelantar la muerte y estilos de afrontamiento, por ende, es un tema de relevancia para comprender mejor la adaptación cognitiva de los pacientes que cursan esta etapa al final de la vida.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerrero-Torrelles M, Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J. Responder al deseo de adelantar la muerte en pacientes al final de la vida: síntesis de recomendaciones y guías clínicas. *Med Paliativa*. el 1 de julio de 2018;25(3):121–9.
2. Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Balaguer A. Ethical Challenges for an Understanding of Suffering: Voluntary Stopping of Eating and Drinking and the Wish to Hasten Death in Advanced Patients. *Front Pharmacol* [Internet]. el 29 de marzo de 2018 [citado el 12 de julio de 2020];9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5884867/>
3. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Galanos A, Vlahos L. Depression, Hopelessness, and Sleep in Cancer Patients' Desire for Death. *Int J Psychiatry Med*. el 1 de junio de 2007;37(2):201–11.
4. Castillo-López RL, Marván Garduño ML, Galindo Vázquez O, Landa-Ramírez E. Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama: una revisión narrativa. *Rev Latinoam Med Conduct Lat Am J Behav Med*. el 1 de octubre de 2018;8(1):35.
5. Carreño FF, Granados GB, Forero MR. Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes Colombianos. *Av En Medición*. 2005;3(1):135–52.
6. Kocarnik J. Cancer's global epidemiological transition and growth. *The Lancet*. el 7 de marzo de 2020;395(10226):757–8.
7. Hassankhani H, Rahmani A, Taleghani F, Sanaat Z, Dehghannezhad J. Palliative Care Models for Cancer Patients: Learning for Planning in Nursing (Review). *J Cancer Educ*. el 1 de febrero de 2020;35(1):3–13.
8. OPS/OMS. Programa de Cáncer. [Internet]. PAHO. 2020. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292:can

cer-

program&Itemid=3904&lang=es#:~:text=En%20el%202018%2C%20caus%C3%B3%201,Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe

9. Allende-Pérez S, Verástegui-Avilés E, Mohar-Betancourt A, Arrieta-Rodríguez ÓG, Barrera-Franco JL, Castañeda-de la Lanza C. Incorporación de los cuidados paliativos al Plan Nacional de Cáncer: consenso. *Gac Mex Oncol.* el 1 de julio de 2013;12(4):213–22.
10. Yates P. Symptom Management and Palliative Care for Patients with Cancer. *Nurs Clin North Am.* el 1 de marzo de 2017;52(1):179–91.
11. WHO. Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. [citado el 19 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
12. Aldana ÁL. Cuidados paliativos, atención médica en cualquier momento, no sólo durante la etapa terminal. :6.
13. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer.* 2007;110(8):1665–76.
14. Rodríguez-Mayoral O, Ascencio-Huertas L, Verástegui E, Delgado-Guay MO, Allende-Pérez S. The desire to hasten death in advanced cancer patients at a Mexican palliative care service. *Salud Ment.* el 14 de julio de 2019;42(3):103–10.
15. Mystakidou K, Rosenfeld B, Parpa E, Katsouda E, Tsilika E, Galanos A, et al. Desire for death near the end of life: the role of depression, anxiety and pain. *Gen Hosp Psychiatry.* el 1 de julio de 2005;27(4):258–62.
16. Wilson KG, Dalgleish TL, Chochinov HM, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, et al. Mental disorders and the desire for death in patients receiving palliative care for cancer. *BMJ Support Palliat Care.* el 1 de junio de 2016;6(2):170–7.

17. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. el 13 de diciembre de 2000;284(22):2907–11.
18. Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M, Kaim M, Funesti-Esch J, Pessin H, et al. The schedule of attitudes toward hastened death. *Cancer*. 2000;88(12):2868–75.
19. Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Alonso-Babarro A, Altisent R, Aradilla-Herrero A, et al. An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors. *PLOS ONE*. el 4 de enero de 2016;11(1):1–14.
20. Villavicencio-Chávez C, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J, Maier MA, Porta-Sales J, Balaguer A. Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients. *Psychooncology*. 2014;23(10):1125–32.
21. Rosenfeld B, Breitbart W, Stein K, Funesti-Esch J, Kaim M, Krivo S, et al. Measuring desire for death among patients with HIV/AIDS: the schedule of attitudes toward hastened death. *Am J Psychiatry*. enero de 1999;156(1):94–100.
22. Galushko M, Strupp J, Walisko-Waniek J, Hahn M, Löffert S, Ernstmann N, et al. Validation of the German version of the Schedule of Attitudes Toward Hastened Death (SAHD-D) with patients in palliative care. *Palliat Support Care*. junio de 2015;13(3):713–23.
23. Mystakidou K, Rosenfeld B, Parpa E, Tsilika E, Katsouda E, Galanos A, et al. The schedule of attitudes toward hastened death: validation analysis in terminally ill cancer patients. *Palliat Support Care*. diciembre de 2004;2(4):395–402.
24. Shim E-J, Hahm B-J. Anxiety, helplessness/hopelessness and “desire for hastened death” in Korean cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. mayo de 2011;20(3):395–402.

25. Villavicencio-Chávez C, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J, Maier MA, Porta-Sales J, Balaguer A. Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients. *Psychooncology*. octubre de 2014;23(10):1125–32.
26. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry*. agosto de 1995;152(8):1185–91.
27. Monforte-Royo C, González-de Paz L, Tomás-Sábado J, Rosenfeld B, Strupp J, Voltz R, et al. Development of a short form of the Spanish schedule of attitudes toward hastened death in a palliative care population. *Qual Life Res*. enero de 2017;26(1):235–9.
28. Bellido-Pérez M, Crespo I, Wilson KG, Porta-Sales J, Balaguer A, Monforte-Royo C. Assessment of the wish to hasten death in patients with advanced cancer: A comparison of 2 different approaches. *Psychooncology*. junio de 2018;27(6):1538–44.
29. Draper H, Slowther A. Euthanasia. *Clin Ethics*. el 1 de septiembre de 2008;3(3):113–5.
30. Martínez Urionabarrenetxea K. Eutanasia y cuidados paliativos: ¿amistades peligrosas? *Med Clínica*. el 1 de enero de 2001;116(4):142–5.
31. Euthanasia, Active - MeSH - NCBI [Internet]. [citado el 14 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2443/mesh/68028601>
32. Castro MPR de, Antunes GC, Marcon LMP, Andrade LS, Rückl S, Andrade VLÂ, et al. Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Rev Bioét*. agosto de 2016;24(2):355–67.
33. Physician-assisted dying - UpToDate [Internet]. [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/physician-assisted-](https://www.uptodate.com/contents/physician-assisted-dying)

dying?search=eutanasia&source=search_result&selectedTitle=1~15&usage_type=default&display_rank=1

34. Haan JD. The Ethics of Euthanasia: Advocates' Perspectives. *Bioethics*. 2002;16(2):154–72.
35. Jorge Alfredo Ochoa Moreno. Eutanasia, suicidio asistido y voluntad anticipada: un debate necesario. *BOLETÍN CONAMED - OPS*. 2017;10:27–20.
36. Nogueira FL, Sakata RK. Sedación paliativa del paciente terminal. *Rev Bras Anesthesiol*. agosto de 2012;62(4):586–92.
37. Boceta Osuna J, Nabal Vicuña M, Martínez Peñalver F, Blanco Picabia A, Aguayo Canela M, Royo Aguado JL. Sedación paliativa en un Hospital Universitario: experiencia tras la puesta en marcha de un protocolo específico. *Rev Calid Asist*. el 1 de julio de 2013;28(4):225–33.
38. Lashbrook MP, Valery PC, Knott V, Kirshbaum MN, Bernardes CM. Coping Strategies Used by Breast, Prostate, and Colorectal Cancer Survivors: A Literature Review. *Cancer Nurs*. octubre de 2018;41(5):E23–39.
39. Román Calderón JP, Krikorian A, Palacio González C. Afrontamiento del cáncer: adaptación al español y validación del Mini-MAC en población colombiana. *Av En Psicología Latinoam*. el 18 de abril de 2015;33(3):531–44.
40. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and Promise. *Annu Rev Psychol*. el 12 de enero de 2004;55(1):745–74.
41. Casas J, Ramón Repullo J, Lorenzo S. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Rev Calid Asist*. el 1 de enero de 2002;17(4):237–46.
42. Transactional theory and research on emotions and coping - Lazarus - 1987 - *European Journal of Personality* - Wiley Online Library [Internet]. [citado el 28 de

junio de 2020]. Disponible en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/per.2410010304>

43. Galindo-Vázquez O. Escala de Afrontamiento al Cáncer en pacientes oncológicos en población mexicana. *Psicooncología*. 2019;16(1):61–72.
44. Rosenfeld B, Breitbart W, Stein K, Funesti-Esch J, Kaim M, Krivo S, et al. Measuring desire for death among patients with HIV/AIDS: the schedule of attitudes toward hastened death. *Am J Psychiatry*. enero de 1999;156(1):94–100.
45. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry*. agosto de 1995;152(8):1185–91.
46. de Kock I, Mirhosseini M, Lau F, Thai V, Downing M, Quan H, et al. Conversion of Karnofsky Performance Status (KPS) and Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG) to Palliative Performance Scale (PPS), and the interchangeability of PPS and KPS in prognostic tools. *J Palliat Care*. 2013;29(3):163–9.
47. Forcano García M, Quilez Salas N, Vial Escolano R, Solsona Fernández S, González García P. Predicción de supervivencia en el paciente con cáncer avanzado. *Med Paliativa*. julio de 2015;22(3):106–16.
48. Perez-Cruz PE, Acevedo, F. Escalas de estado funcional (o performance status) en cáncer. *Gastroenterol. latinoam*, 25(3),. *Gastroenterol latinoam*. 2014;25(3):219–26.
49. Rodríguez-Mayoral O, Rodríguez-Ortíz B, Ascencio-Huertas L, Peña-Nieves A, Verástegui E, Allende-Pérez S, et al. Validation of the Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) in a Mexican population with advanced cancer in a palliative care service. *Palliat Support Care*. 2019;17(4):436–40.
50. The clinical evaluation of the wish to hasten death is not upsetting for advanced cancer patients: A cross-sectional study - Josep Porta-Sales, Iris Crespo, Cristina Monforte-Royo, Mar Marín, Sonia Abenia-Chavarria, Albert Balaguer, 2019

[Internet]. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216318824526>

51. Crespo I, Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Wilson KG, Porta-Sales J, Balaguer A. Health-related quality of life in patients with advanced cancer who express a wish to hasten death: A comparative study. *Palliat Med.* mayo de 2020;34(5):630–8.
52. Allende-Pérez S, Verástegui-Avilés E, Mohar-Betancourt A, Meneses-García A, Herrera-Gómez A. Integrated oncology and palliative care: five years experience at the National Cancer Institute of Mexico. *Salud Publica Mex.* abril de 2016;58(2):317–24.
53. Rodríguez-Mayoral O, Cacho-Díaz B, Peña-Nieves A, Monreal-Carrillo E, Allende-Pérez S, Lloyd-Williams M. Depressive disorder and clinical factors: Impact on survival in palliative care cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry.* mayo de 2020;64:133–5.

9. ANEXOS

ANEXO 1

SAHD v. Mx

A continuación, se muestra una serie de enunciados acerca de la muerte, estos pueden encontrarse en una persona que enfrenta una enfermedad como el cáncer.

Responda como verdadero (V) o falso (F) según lo considere.

1.	Confío en que podré hacer frente al sufrimiento emocional de mi enfermedad.	V	F
2.	Creo que en el futuro sufriré muchos problemas emocionales debido a mi enfermedad.	V	F
3.	Mi enfermedad me ha cansado tanto que ya no quiero seguir viviendo.	V	F
4.	Estoy pensando seriamente pedirle a mi médico que me ayude a terminar con mi vida.	V	F
5.	A menos de que mi enfermedad mejore, pensaré en tomar medidas para terminar con mi vida.	V	F
6.	Morir me parece la mejor manera de aliviar el dolor y las molestias causadas por mi enfermedad.	V	F
7.	A pesar de mi enfermedad, mi vida tiene sentido y un propósito.	V	F
8.	Soy descuidado (a) en mi tratamiento porque quiero que la enfermedad siga avanzando.	V	F
9.	Quiero seguir viviendo a pesar del dolor y sufrimiento que me cause mi enfermedad.	V	F
10.	Espero que mi enfermedad avance rápidamente porque preferiría morir que seguir viviendo con esta enfermedad.	V	F
11.	He dejado el tratamiento, porque prefiero dejar que mi enfermedad siga su curso.	V	F
12.	Disfruto de la vida y no consideraría terminarla a pesar de mi enfermedad.	V	F
13.	Debido a que mi enfermedad no tiene remedio prefiero morir lo antes posible.	V	F
14.	Morir parece ser la mejor manera de descansar del sufrimiento emocional causado por mi enfermedad.	V	F
15.	Los médicos serán capaces de aliviar la mayor parte de las molestias causadas por mi enfermedad.	V	F
16.	Debido a mi enfermedad la idea de morir parece buena opción.	V	F
17.	Creo que en el futuro sufriré muchos problemas físicos causados por mi enfermedad.	V	F
18.	Cuando la enfermedad me sea insoportable tengo pensado acabar con mi vida.	V	F
19.	Quiero tomar todos los tratamientos posibles, ya que haré todo para seguir viviendo.	V	F
20.	Soy capaz de hacer frente a las molestias de mi enfermedad y no pienso en terminar mi vida.	V	F

ANEXO 2



0Escala Breve de Depresión de Edimburgo (BEDS) v. Mx Servicio de Cuidados Paliativos



Por favor **subraye** la respuesta que más se acerque a como se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente cómo se ha sentido hoy.

1. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal:

Sí, la mayoría de las veces	3
Sí, algunas veces	2
No muy frecuentemente	1
No, nunca	0

2. Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder:

Sí, y muy intenso	3
Sí, pero no muy intenso	2
Sí, pero no me preocupa	1
No siento nada de eso	0

3. Las cosas me han estado agobiando:

Sí, casi siempre	3
Sí, a veces	2
No, casi nunca	1
No, nada	0

4. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:

Sí, casi siempre	3
Sí, a veces	2
No muy frecuentemente	1
No, nada	0

5. Me he sentido triste y miserable:

Sí, casi siempre	3
Sí, muy frecuentemente	2
No muy frecuentemente	1
No, nada	0

6. He pensado en hacerme daño a mí mismo(a):

Sí, muy frecuentemente	3
A veces	2
Rara vez	1
Nunca	0

ANEXO 3

Escala Karnofsky

Puntuación	Situación clínico-funcional
100	Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal pero con signos o síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo.
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto

ECOG

0	Asintomático; Actividad normal
1	Sintomático; ambulatorio, realiza actividades cotidianas
2	Sintomático, en cama menos del 50% del día
3	Sintomático, en cama más del 50% del día
4	No se levanta y puede necesitar hospitalización
5	Muerto

Información para completar por el médico

No. Consecutivo _____

Fecha: _____

Exp.: _____ Nombre: _____ Sexo: M F Edad: _____

Escolaridad: _____ (años) Edo. Civil: _____ Ocup (prev): _____

Dx Onco: _____ K _____ ECOG _____

Antecedentes de Dx psiquiátrico: Sí No ¿Cuál? _____



MAC-M

A continuación encontrará una serie de enunciados que describen algunas reacciones de personas que tienen cáncer. A la derecha de cada enunciado, encontrará las opciones de respuesta, por favor tache la opción con la que usted se identifica en este momento. Por ejemplo, si usted no se identifica con la situación, escoja la opción: "definitivamente no se aplica a mí" marcando con una X en el recuadro correspondiente.

	Definitivamente no se aplica a mí	No se aplica a mí	Se aplica a mí	Definitivamente se aplica a mí
1. Siento que no puedo hacer nada para alegrarme o sentirme mejor.				
2. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro.				
3. Creo que una actitud positiva será beneficiosa para mi salud.				
4. No tengo ninguna duda de que mejoraré				
5. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiarán las cosas.				
6. Pienso que mi vida no tiene sentido.				
7. Desde que me diagnosticaron el cáncer valoro mucho más mi vida y trato de sacar el mayor provecho de ella.				
8. Tengo planes para el futuro (por ejemplo, tener vacaciones o trabajo).				
9. Me preocupa que el cáncer vuelva a aparecer o empeore.				
10. Creo que no hay nada que yo pueda hacer para ayudarme.				
11. Intento seguir viviendo como siempre lo he hecho.				
12. Estoy decidido(a) a enfrentar de todo.				
13. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad.				
14. Creo que no puedo controlar lo que me ocurra.				

	Definitivamente no se aplica a mi	No se aplica a mi	Se aplica a mi	Definitivamente se aplica a mi
15. Trato de tener una actitud muy positiva.				
16. Estoy tan ocupado(a) que no tengo tiempo para pensar en el cáncer.				
17. Veo mi enfermedad como un desafío.				
18. No sé lo que debo de hacer.				
19. Estoy muy enfadado(a) por lo que me está ocurriendo.				
20. En realidad, yo no creo que tenga cáncer.				
21. Me concentro en los aspectos buenos que tengo.				
22. Intento luchar contra la enfermedad.				



Consentimiento Informado para participar en una Investigación SIN RIESGO



La investigación “*Estrategias de afrontamiento en pacientes con el diagnóstico de cáncer y deseo de adelantar la muerte. Estudio descriptivo en pacientes del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología*” tiene por objetivo ampliar el conocimiento en el campo del Deseo de Adelantar la Muerte y su asociación con las Estrategias de afrontamiento en el área de cuidado paliativos.

Su participación en esta investigación es voluntaria, no remunerada. Si usted decide participar en la investigación tendrá a libertad de dejar de participar en cualquier momento, sin que esto afecte la atención médica recibida.

En caso de aceptar formar parte de la investigación, su participación consistirá en contestar tres escalas: Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC), Escala Breve de Depresión de Edimburgo (BEDS) y Schedule of Attitude Towards Hasten Death (SAHD), las cuales serán proporcionadas por el investigador. Durante la entrevista usted puede realizar las preguntas que considere necesarias y el médico encargado de la investigación contestará todas y cada una de sus preguntas. En este estudio, una de las prioridades es identificar el Deseo de Adelantar la muerte de manera temprana e identificar las estrategias de afrontamiento usadas que pueden padecer los pacientes en el servicio de Cuidados paliativos.

Su participación será anónima y la información que se obtenga se mantendrá dentro del ámbito de la confidencialidad. Así también autoriza la publicación de los resultados del estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará su nombre o revelará su identidad.

En caso de tener alguna duda o que desee que no se ocupe su información puede comunicarse con la investigadora Dra. Karen Bautista Ortiz al teléfono 5539090646.

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del paciente

Fecha: _____

Nombre y firma del testigo 2

ANEXO 6



SECRETARÍA DE SALUD
COMISIÓN COORDINADORA DE SERVICIOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Ciudad de México a **23 de septiembre del 2020**

Asunto: **Protocolo Aprobado**

DRA. KAREN BAUTISTA ORTÍZ
PRESENTE

Con el presente le informo a usted que el protocolo de investigación titulado **"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Y DESEO DE ADELANTAR LA MUERTE. ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA"**, con número **848**, del cual es investigadora principal, ha sido revisado por el **Comité de Investigación** de este Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" quienes han **DICTAMINADO APROBARLO**.

Sin más por el momento, le envié un cordial saludo.

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN

MTRA. JANET JIMÉNEZ GENCHI
SECRETARIA Y COORDINADORA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

c.c.p.- DR. RAFAEL JERÓNIMO SALÍN PASCUAL - Presidente del Comité de Investigación
c.c.p.- Comité de Investigación



COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Número de oficio del Comité de Investigación 0777 de 2020

CDMX, a 10 de Septiembre de 2020

Dr. Oscar R. Rodríguez Mayoral
Investigador Principal
P r e s e n t e.

Comunicamos a usted que, en la **Décima Segunda Sesión Ordinaria del Comité de Investigación**, se presentó el Protocolo: **Adaptación y validación del instrumento Lista de Actitudes Hacia Una Muerte Apresurada en pacientes con cáncer avanzado atendidos en el servicio de cuidados paliativos en México, con número de aprobación: (020/028/CPI) (CEI/1423/19)**, con los siguientes documentos:

- ❖ Formato único para el registro de protocolos de investigación del INCan Versión 4 (México) en español con fecha 1 de septiembre de 2020.
- ❖ Carta de consentimiento informado Versión 3 (México) en español con fecha 1 de julio de 2020.
- ❖ Versión en español versión México de la escala SAHD.
- ❖ Escala Breve de Depresión de Edimburgo (BEDS) v. México.

Los miembros del Comité de Investigación decidieron que los documentos antes mencionados cumplen con los aspectos de confirmación de la calidad técnica y merito científico.

Así mismo los integrantes del Comité de Investigación decidieron:

APROBARLO

Esta aprobación tiene **vigencia hasta el 10 de Septiembre de 2021**, por lo que en caso necesario le solicitamos atentamente **someter su renovación anual antes de esta fecha y así evitar la suspensión de su protocolo.** Así mismo le comunicamos que al realizar este proyecto adquiere el compromiso ineludible de informar a los Comités y a la Dirección de Investigación los avances de su proyecto, semestral y anualmente, las presentaciones en congresos nacionales, así como sus publicaciones.

Atentamente

Dr. David F. Cantú de León
Presidente del Comité de Investigación

Dr. Diddier G. Prada Ortega
Secretario del Comité de Investigación

Av. San Fernando No. 2 Puerta 1, Col. Barrio de Niño Jesús, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México
Tel. (55) 56 28 04 00 www.incan.salud.gob.mx





Comité de Ética en Investigación
Gestión 2019-2022
Registrado ante COFEPRIS 12 CEI 09 014 11
Registrado ante CONBIOÉTICA-09-CEI-002-20160413
Office For Human Research Protections (OHRP)
IORG0006100
IRB00007348
FWA00019235

No protocolo: CEI/1423/19
No. Ref. INCAN/CEI/867/20
DÉCIMA SEGUNDA SESIÓN ORDINARIA
10 de septiembre, 2020.

Dr. Oscar R. Rodríguez Mayoral.
Investigador Principal

Presente.

En relación al protocolo: “Adaptación y validación del instrumento Lista de Actitudes Hacia Una Muerte Apresurada en pacientes con cáncer avanzado atendidos en el servicio de cuidados paliativos en México” (020/028/CPI) (CEI/1423/19). El Comité de Ética en investigación revisó y aprobó los siguientes documentos:

- Formato único para el registro de protocolos de investigación del INCAN Versión 4 (México) en español con fecha 1 de septiembre de 2020.
- Carta de consentimiento informado Versión 3 (México) en español con fecha 1 de julio de 2020.
- Versión en español versión México de la escala SAHD.
- Escala Breve de Depresión de Edimburgo (BEDS) v. México.

Esta documentación cumple con todos los requisitos por lo que el Comité de Ética en Investigación puede proceder con la aprobación. Esta aprobación tiene una vigencia hasta el 10 de septiembre del 2021. Por lo que en caso necesario le solicitamos atentamente someter su renovación anual antes de esta fecha, junto con un informe de los resultados obtenidos. También será necesario informar al comité cualquier información derivada del estudio que deba ser informada a los participantes. De acuerdo con los lineamientos de regulación interno, buenas prácticas clínicas y políticas de operación del Comité de Ética en Investigación del INCAN, es indispensable hacer de su conocimiento que cualquier miembro de los comités que participa en un proyecto de investigación NO tiene VOZ ni Voto en las resoluciones acerca del estudio. (Se requiere informe de los avances “status” de eventos adversos y enmiendas de manera semestral).

Atentamente

Dra. Myrna G. Candelaria Hernández
Presidente del Comité de Ética en Investigación.

Av. San Fernando No. 2 Puerta 1, Colonia Barrio del Niño Jesús, C.P. 14080, Alcaldía de Tlalpan, CDMX
Tel. (55) 56 28 04 00 Ext 37015 www.incan.salud.gob.mx



2020
LEONA VICARIO
SEÑORITA MAJESTAD DE LA PATRIA

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA CDMX
CONBIOÉTICA-09-CEI-002-20160413 GESTIÓN 2019/2022
MGCH/MCLLC/AGP ceincan@gmail.com