

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”



GUATEMALA, OCTUBRE DE 2012

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

“EXPRESIÓN DEL SENTIMIENTO DE CULPA Y ANGUSTIA EN PERSONAS
CON ENFERMEDAD TERMINAL”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR
ERICK FERNANDO RAMÍREZ REYNOSO

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGO

EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2012

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LICENCIADO ABRAHAM CORTEZ MEJÍA

DIRECTOR

M.A. MARÍA ILIANA GODOY CALZIA

SECRETARIA

LICENCIADA DORA JUDITH LÓPEZ AVENDAÑO

LICENCIADO RONALD GIOVANNI MORALES SÁNCHEZ

REPRESENTANTE DE PROFESORES

MARÍA CRISTINA GARZONA LEAL

EDGAR ALEJANDRO CORDÓN OSORIO

REPRESENTANTE ESTUDIANTIL

LICENCIADO JUAN FERNANDO PORRES ARELLANO

REPRESENTANTE DE EGRESADO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs
Reg. 264-2010
DIR. 1999-2012

De orden de Impresión Final de Investigación

18 de octubre de 2012

Estudiante
Erick Fernando Ramirez Reynoso
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO GUIÓN DOS MIL DOCE (1988-2012), que literalmente dice:

“UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“EXPRESIÓN DEL SENTIMIENTO DE CULPA Y ANGUSTIA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD TERMINAL,”** de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Erick Fernando Ramirez Reynoso

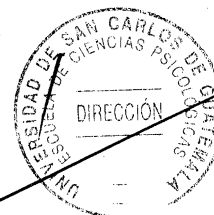
CARNÉ No. 2004-16281

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciado Abraham Cortez Mejía y revisado por Licenciado Gustavo Adolfo García. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

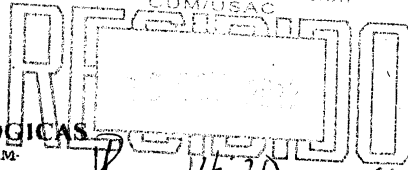
“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO





Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

FIRMA: *[Signature]* HORA: 14:30 Registro: 264-10

CIEPs 1739-2012
REG: 264-2010
REG: 264-2010

INFORME FINAL

Guatemala, 09 de octubre 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Gustavo Adolfo García S. ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN titulado:

“EXPRESIÓN DEL SENTIMIENTO DE CULPA Y ANGUSTIA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD TERMINAL.”

ESTUDIANTE:
Erick Fernando Ramírez Reynoso

CARNÉ No.
2004-16281

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 28 de Septiembre 2012 y se recibieron documentos originales completos el 08 de octubre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Signature]
Licenciado Marco Antonio García Enriquez
COORDINADOR



Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usaepsic@usac.edu.gt

CIEPs. 1740-2012
REG: 264-2010
REG: 264-2010

Guatemala, 09 de octubre 2012

Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.-"Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado García:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

"EXPRESIÓN DEL SENTIMIENTO DE CULPA Y ANGUSTIA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD TERMINAL."

ESTUDIANTE:
Erick Fernando Ramírez Reynoso

CARNÉ No.
2004-16281

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 26 de Septiembre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Gustavo Adolfo García S.
DOCENTE REVISOR



Areliis./archivo

Guatemala, 27 de Agosto de 2012

Licenciado
Marco Antonio García
Coordinador Centro de Investigaciones en
Psicología – CIEPs- “Mayra Gutiérrez”
CUM

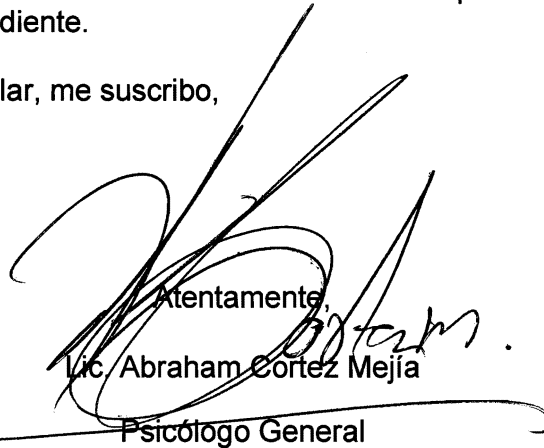
Estimado Licenciado García:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado “Expresión del sentimiento de culpa y angustia en personas con enfermedad terminal” realizado por el estudiante ERICK FERNANDO RAMIREZ REYNOSO, CARNÉ 2004-16281.

El trabajo fue realizado a partir DEL 28 DE JUNIO DEL 2010 HASTA EL 27 DE AGOSTO DE 2012.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,



Atentamente,
Lic. Abraham Cortez Mejía
Psicólogo General

Colegiado No.2,795

Asesor de Contenido

MG/mg

cc. Archivo

Unidad de Consulta Externa de Enfermedades

Oficio No. 356/2012

14 de septiembre de 2012

Licenciado
Marco Antonio García
Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPS- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas,
CUM

Licenciado García:

De manera atenta me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que el estudiante Erick Fernando Ramírez Reynoso, carné 2004-16281, realizó en esta institución, la aplicación de 56 cuestionarios a pacientes oncológicos, como parte del trabajo de Investigación titulado: "Expresión del sentimiento de Culpa y Angustia en personas con enfermedad terminal" en el periodo comprendido del 06 al 17 de agosto del presente año, en horario de 8:00 a 10:00 horas; con actividad de cierre del 12 de septiembre de 2012.

Sin otro particular, me suscribo de usted, cordialmente,

Patricia Esmeralda Castro Magallon
Asistente Administrativo
Unidad de Consulta Externa de Enfermedades

Vo.Bo.


Dra. Ivonne Arlette Haro
Directora Médica
Unidad de Consulta Externa de Enfermedades



/pcastro
NS/ml

PADRINOS DE GRADUACIÓN

De Erick Fernando Ramírez Reynoso

Oscar Fernando Flores Sánchez

Ciencias Jurídicas y Sociales

Colegiado 110

Amparo Amarilis Padilla Guerra

Médico y Cirujano

Colegiado 3,839

DEDICATORIA

ACTO QUE DEDICO A:

Dios: Por darme la bendición de lograr este acto, como resultado de dedicación y esfuerzo

Mi Madre: Por acompañarme en cada uno de mis logros en la vida, por nunca perder la confianza en mí, y ser quien me fortalece con su presencia.

Mi Padre: (Q.E.P.D.) Por enseñarme durante los años que compartió conmigo, el esfuerzo para lograr objetivos, el soñar por las situaciones inalcanzables y vivir para servir en todo momento.

Mi hermana: Por ser la persona que en todo momento me acompaña y me apoyo, en mi formación profesional.

Colegio San Sebastián: Por formarme como maestro, e inculcarme un sentido humano, y tener el coraje de prepararme para superar cualquier obstáculo.

Mi Patria: por ser la inspiradora de cada uno de los sueños, que como guatemalteco deseo realizar para su engrandecimiento.

Pueblo de Guatemala: Por su esfuerzo y aporte a la universidad, y ser esta casa de estudios superiores, la encargada de proyectar nuevos profesionales al servicio del mismo.

Mis Amigos: Por acompañarme y motivarme en cada uno de mis proyectos, y mostrarme amistad incondicional.

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS A:

DIOS: Por permitirme vivir este momento, de logro en mi vida.

LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA especialmente a la **Escuela de Ciencias Psicológicas**, por ser mi casa de estudios, vía de conocimiento y preparación para el servicio de la sociedad guatemalteca.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (**IGSS**) en especial a la **Dra. Ivonne Arlette Haro Ventura** Directora Médica de la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades “La Autonomía” por su valiosa colaboración y permitirme hacer posible la realización de este trabajo, en el área de cuidados paliativos, el cual contribuirá en gran medida al fortalecimiento de la atención a los pacientes oncológicos.

Licda. Karen Avendaño, y Padre Alfredo Flórez S, J. Por apoyarme a la realización final de este trabajo, y brindarme la oportunidad de terminar este proceso de estudio superior.

MI REVISOR y ASESOR Lic. Gustavo Adolfo García y Lic. Abraham Cortez por el tiempo implementado, su colaboración en cuanto a la estructura de este trabajo, confianza y apoyo.

Lic. Oscar Flores, por guiarme en mi formación profesional durante los años de estudio, permitiéndome desarrollar un sentido de identidad referente a la corriente humanista y compartir mis más altos ideales académicos.

INDICE

Resumen
Prólogo

Capítulo I. Introducción Pág.

1.1. Planteamiento del problema y Marco Teórico

1.1.1. Planteamiento del problema 04

1.1.2. Marco Teórico 06

 1.1.2.1 Principios Fundamentales Universales 06

 1.1.2.2 Principios de Primae Face 07

 1.1.2.3 Cáncer 09

 1.1.2.4 Psicología de la Salud 13

 1.1.2.5 Medicina Paliativa 15

 1.1.2.6 Tanatología 20

 1.1.2.7 La Angustia 21

 1.1.2.8 Resiliencia 22

1.1.3. Delimitación 24

Capítulo II. Técnicas e Instrumentos

2.1. Técnicas 24

2.2. Instrumentos 25

Capítulo III. Análisis e Interpretación de Resultados

3.1. Características del lugar y población 26

3.2. Análisis e interpretación de resultados 26

Capítulo IV. Conclusiones y Recomendaciones

4.1. Conclusiones 43

4.2. Recomendaciones 45

Bibliografía

Anexo

RESUMEN

EXPRESIÓN DEL SENTIMIENTO DE CULPA Y ANGUSTIA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD TERMINAL.

AUTOR: Erick Fernando Ramírez Reynoso

Conocer las diversas maneras de expresión de culpa y angustia en las personas con cáncer terminal, en cuanto a su estado de salud, la aceptación de la enfermedad y el afrontamiento del tratamiento, implica la participación de la persona y su familia. Esta investigación se realizó en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) consulta externa de enfermedades “La Autonomía” en el área de cuidados paliativos.

La Angustia presenta cronicidad durante la primera respuesta que tiene la persona al conocer su diagnóstico y en la intervención del tratamiento, la culpa no necesariamente es el paciente quien la experimenta, pues el cuidador principal durante el desarrollo del tratamiento tiende a presentar reacciones culposas a nivel personal.

El cuidador principal experimenta la necesidad de brindar a su familiar enfermo, una calidad de vida, pero por diferentes factores de índole familiar, laboral y principalmente económico, lo hacen difícil de cumplir. Ya sea por el padecimiento del cáncer o el haber desatendido recomendaciones para evitar dicha enfermedad. Expresar la angustia y culpa a nivel personal delante de un diagnóstico de cáncer terminal provoca en la persona un estado de liberación respecto a la situación que se le presenta y las reacciones a nivel emocional.

En la actualidad no se ha dado la importancia necesaria, en el contexto de salud pública de Guatemala, la prioridad de atender a los pacientes oncológicos, respecto a la manera de expresar sentimientos y causas que influyen en el desarrollo de los mismos durante la enfermedad. De tal manera que los pacientes presentan necesidades afectivas, familiares y sociales que aún no son atendidas de manera adecuada.

Prólogo

Conocer la expresión de culpa y angustia en las personas que manifiestan cáncer terminal proporcionará diversas formas de afrontamiento e inducciones terapéuticas, respecto a la enfermedad y proceso de tratamiento, estas inducciones terapéuticas son dirigidas a la persona con cáncer y familiares implicados en el tratamiento, pretendiendo que mediante esta investigación el núcleo familiar pueda reconocer las diversas formas de abordamiento ante la enfermedad y los estados de angustia y culpa, que pueda presentar el paciente y así tener las herramientas necesarias para afrontar el desarrollo posterior de la enfermedad.

Las personas consideradas para la investigación son de edad comprendida entre 35 a 60 años, considerando ambos géneros femenino y masculino con padecimiento de cáncer terminal en pulmón, mama y hepático. La finalidad de trabajar con pacientes oncológicos implica, conocer como los estados emocionales afectan directamente al paciente pero sobre todo a los familiares.

Los cuidadores principales son los que manifiestan culpa, consideran que el acompañamiento que han realizado no ha sido el más adecuado, tratan de explicar lo que sienten por medio de relatos en los cuales han acompañado al paciente.

Los pacientes no son devastados completamente por la enfermedad, pues mantienen sus creencias religiosas como fuente de vida, y logran motivarse frente al curso del tratamiento, reconocen algunas causas y situaciones por las cuales deben luchar para mantenerse con vida frente al avance de la enfermedad.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del Problema y Marco Teórico

1.1.1 Planteamiento del Problema

El cáncer terminal se refiere a una serie de condiciones en las que las células del cuerpo comienzan a crecer y reproducirse en una forma incontrolable. Este rápido crecimiento de las células cancerosas da pie a la formación de tumores malignos, los cuales invaden y destruyen tejido sano, incluyendo los órganos; a veces comienza en una parte del cuerpo antes de extenderse a otras, proceso conocido como metástasis.

Es una condición común, que se constituye en un problema grave de salud al grado de convertirse en un estado incompatible con la vida. Entre los factores que lo provocan se encuentra; el consumo de alcohol, de cigarrillo, alimentación inadecuada, inactividad física, y la exposición prolongada a la luz del sol, entre otras. Diagnosticado, el cáncer suele ser tratado con una combinación de cirugía, quimioterapia y radioterapia, siendo tratamientos cada vez más específicos para diferentes variedades de cáncer. Ha habido progresos significativos en la elaboración de la terapia de sustancias que actúan específicamente en anomalías moleculares detectables en algunos tumores, y que minimicen los daños a las células normales, el pronóstico en los pacientes de cáncer es influenciado por el tipo de cáncer, el escenario, o el alcance de la enfermedad.

La adecuada aplicación de técnicas psicológicas y el proceso de acompañamiento en cuidados paliativos, en esta última etapa de la enfermedad. Posibilita calidad de vida al paciente, disminuye y controla los intensos niveles de angustia y miedo frente al diagnóstico y tratamiento.

La psicología de la salud, está enfocada a proporcionar técnicas e inducciones terapéuticas a personas con cáncer terminal, para lograr en ellas diversas maneras de enfrentar las situaciones que se presenten durante el tratamiento en fase terminal, misma que se vuelve complicado y desgastante a nivel biológico, físico y emocional. Algunas alteraciones emocionales tales como: miedo a dejar sola a la familia, las reacciones posteriores a la quimioterapia, los enojos o desesperaciones que manifiestan por los dolores provocados por la enfermedad, se reflejan en la relación con la familia. Por lo anterior aparecen situaciones negativas que hacen que el tratamiento no sea afrontado de manera positiva por el paciente, ni acompañado de la familia.

Esta investigación se realizó en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en la unidad de consulta externa de enfermedades “La Autonomía” en el área de cuidados paliativos. Donde se conoció el grado de alteración emocional de angustia y culpa en la vida de personas con cáncer terminal con padecimiento en pulmón, mama y hepático.

1.1.2 Marco Teórico

David Hume, expresa en la idea “No es posible derivar ningún tipo de deber a partir del ser de las cosas” nos lleva a entender valores desde nuestras impresiones, reacciones y juicios, con lo cual convertimos el deber en un fruto de nuestra voluntad o de nuestras decisiones que implican dignidad.

La dignidad del hombre es un valor singular que fácilmente puede reconocerse. Es algo que nos viene dado. Es anterior a nuestra voluntad y reclama de nosotros una actitud proporcionada, adecuada y aceptada como un valor supremo. Este valor singular se nos presenta como una llamada al respeto incondicionado y absoluto de tal manera que todo ser humano tiene dignidad y valor inherente, solo por su condición básica de ser humano. El valor de los seres humanos difiere del que poseen los objetos que usamos, por lo cual debe de tratarse a toda persona como igual, sin olvidar la dignidad y el valor que posee, en sus acciones para con los demás y consigo mismo.

1.1.2.1 Principios Fundamentales Universales

A partir de esto, se considera como **principio** a una categoría de la lógica que rige la conducta o evalúa de forma racional el juicio práctico que deriva inmediatamente de la aceptación de un valor. Esto se aplica en el momento en que el médico transmite los resultados al paciente y este manifiesta una conducta la cual es mostrada por la valoración que tenga de su diagnóstico. En este caso el valor aceptado es el valor de la muerte frente a la vida, asumido por el paciente.

Principio de Respeto

La primera actitud que sugiere la consideración de la dignidad de todo ser humano es el respeto, que dicta que “En toda acción e intención, en todo fin y en todo medio, trata siempre a cada uno a ti mismo y a los demás con el respeto que le corresponde por su dignidad y valor como persona” (Alba García J, 2001, p.176).

1.1.2.2 Principios de Primae Facie

En la actualidad el valor trascendente de la persona, esta siendo el aspecto que presenta mayores dificultades, en cuanto al valor fundamental de la vida. Los principios de primae facie, tienen carácter absoluto y son percibidos por la persona moral como obligatorios, sirviendo de guía con un lenguaje común, para analizar y resolver los conflictos éticos en el ámbito sanitario.

Principio de Beneficencia

Este principio compromete a buscar beneficios, suprimiendo los perjuicios. “Para esto se inicia la relación (médico-paciente), que consiste siempre de una forma u otra, en una negociación entre la autonomía del paciente y la beneficencia por parte del médico, en busca del optimo posible en cada situación concreta”. (Alba García J, 2001, p.175); considerando que toda labor médica esta llamada al servicio de los pacientes sin importar la condición del mismo, y es allí donde se desencadena la labor humanitaria la cual busca siempre la atención médica al paciente.

Principio de Autonomía

La información que se le facilita al paciente es relevante para que pueda tomar decisiones y facilita la comunicación utilizando lenguaje comprensible, es decir, querer escuchar con ánimo de comprender, no engañar sobre el diagnóstico y pronóstico, a menos que el paciente solicite lo contrario. “Ofrecer las diferentes opciones terapéuticas, respetar la confidencialidad, así como los compromisos contraídos con el paciente.” (Alba García J, 2001, p.176). Al establecer la relación entre médico-paciente se desarrolla un estado de confianza el cual permite que ambas partes en esta relación, tomen decisiones de manera autónoma, en especial el paciente quien decide la manera de llevar su proceso médico. Es aquí donde el médico tratante respeta, entiende y acepta la autonomía del paciente.

Principio de Justicia

“Trata a los otros tal como les corresponde como seres humanos; sé justo, tratando a la gente de forma igual. Tratando a cada uno de forma similar en circunstancias similares”. (Alba García J, 2001, p.176). El trato bajo la justicia implica que los prejuicios, deben de quedar fuera de la perspectiva de los salubristas quienes en ocasiones tratan a los pacientes de manera desigual, pues la sociedad contemporánea ha generado la discriminación que está constantemente perturbando a tantas personas que, por no tener capacidad económica suficiente, no tienen los recursos necesarios pero que necesitan el servicio de salud.

1.1.2.3 Cáncer

Es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce células anormales derivadas de los propios tejidos, más o menos parecidas a las originales de las que proceden, y que pueden comportarse de diferentes modos, pero que en general tienden a llevar a la muerte a la persona que lo padece. Sin el tratamiento adecuado las células malignas tienden a propagarse y se caracterizan por escapar al control reproductivo que requiere su función original, perdiendo sus capacidades originales, y con el tiempo, adquiriendo otras que no les corresponden, invadiendo de forma progresiva y por distintas vías órganos próximos, o incluso por la sangre con crecimiento y división más allá de los límites normales.

La metástasis es la propagación por vía linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares donde se origina dicha metástasis. Las diferencias entre tumores benignos y malignos son que los benignos causan una molestia mayor o menor y los malignos terminan acabando en un periodo indefinible de tiempo, con la vida del paciente si este no se somete, a la aplicación del tratamiento que corresponde. Los tumores benignos pueden localizarse y tratarse mediante cirugía u otros tratamientos, pero no suelen dar metástasis ni provocan la muerte al paciente. Las células normales al sentir el contacto con las células vecinas inhiben la reproducción, pero las células malignas no se inhiben estas se extienden en el cuerpo.

Los síntomas del cáncer pueden agruparse en tres categorías.

Síntomas locales: se producen cuando el cáncer está contenida en una sola parte del cuerpo, los síntomas comunes locales incluyen:

- Hinchazón inusual
- Dolor
- Úlceras

Síntomas de metástasis: éstos son los síntomas causados por el cáncer cuando comienza a extenderse a otras partes del cuerpo, los síntomas comunes de metástasis son:

- Glándulas hinchadas
- Toser con sangre
- Dolor de huesos

Síntomas sistémicos: éstos son síntomas causados por el cáncer al haberse propagado en todo el cuerpo, los síntomas sistémicos comunes incluyen:

- Pérdida de peso
- Pérdida de apetito
- Cansancio
- Sudores nocturnos

Muchos de estos síntomas pueden ser causados por condiciones distintas al cáncer. Por lo tanto, no debe suponerse que es cáncer.

Diagnóstico Clínico

Para referir un diagnóstico el médico debe de evaluar 3 aspectos importantes para determinar su padecimiento.

- Pérdida de peso
- Factor Riesgo Alcohol
- Dieta alta en Proteínas

Pérdida de Peso

Este aspecto se da en 2 momentos únicamente, por inadecuada nutrición o padecimiento de cáncer. Una de las principales causas de la pérdida de peso, es el consumo de células malignas sobre células normales que genera un desgaste, a nivel energético.

Factor riesgo alcohol

La ingesta de alcohol manifestada como una conducta de riesgo, la cual genera úlceras gástricas que transcurrido el tiempo degeneran el hígado, abasteciéndose del torrente sanguíneo que se encuentra en el mismo. Esto desarrolla la enfermedad hepática más conocida como Cirrosis.

Dieta alta en proteínas

El hígado es un órgano al que se le adjudica funciones importantes tales como, la síntesis de proteínas, colector de residuos en el cuerpo, la proteína llamada Albúmina¹ es la transportadora de proteínas a todo el cuerpo. Cuando hay un exceso de proteínas en el hígado este se satura y empieza a minimizar su tamaño.

Esta disminución de tamaño se debe a la descompensación en el torrente sanguíneo, la albúmina es la que equilibra las proteínas y el agua en el cuerpo, cuando hay un desequilibrio entre estas se desarrollan los edemas² de pies.

Pruebas médicas

Hematología:

- Hemoglobina
- Velocidad de Sedimentación
- Bilirrubinas
- Proteínas totales
- Albúmina

CEA – 15

Alfa feto Proteína

Encefalopatía

¹ Albúmina: Principal proteína de la [sangre](#) y una de las más abundantes en el ser humano, es sintetizada en el hígado.

² Edema: es la acumulación de líquido en algunas partes del cuerpo.

Comunicación del Diagnóstico

Una adecuada y veraz información del diagnóstico por parte del médico al paciente con cáncer es importante pues deberá presentarse la información en un ambiente privado y tranquilo en el cual el paciente pueda sentirse cómodo para expresar reacciones y formular preguntas respecto al proceso que debe seguir sin interrupciones. Así debe considerarse la presencia de un miembro de la familia durante la presentación del diagnóstico, pues se desencadenan reacciones emocionales como: frustración, angustia, ansiedad, llanto. Debe asegurarse que al informar a los miembros restantes de la familia, todos conozcan la misma información, así evitan confusiones y sospechas por parte del paciente.

Una buena relación médico-paciente basada en la confianza, ayuda a que el paciente acepte el diagnóstico sobre su enfermedad y los tratamientos a los que será sometido. La comunicación del diagnóstico al paciente, en un enfoque erróneo de información desencadena ansiedad y ésta limita al paciente para enfrentar su problema, pues la ansiedad paraliza el mecanismo de lucha, por lo que la comunicación abierta es expresión de una tendencia actual que evidentemente debe ser seguida, sin dejar la obligación de ser honestos. Igualmente importante es cultivar la esperanza del paciente, que es considerada un aspecto existencial que requiere respeto y sensibilidad. “En todo momento el profesional deberá lograr que el paciente se sienta alentado a tener esperanzas, acompañado y protegido”. (Hernández Álvarez M, 2002, p.156).

Existen dos pulsiones antagónicas que constituyen la subjetividad sobre las cuales los hombres construyen su destino, a saber, la pulsión de vida y la pulsión de muerte. De acuerdo con Freud (1927), “La pulsión de vida y la pulsión de muerte con esta perspectiva de una lucha permanente y constitutiva entre *Eros* y *Tánatos*”. (Freud S, p.185)

“Sin esta concepción de la muerte como fin y límite a la existencia no hay apremio de vida. Aquellos que huyen de aceptar su condición mortal, de hacerla jugar con su dramatismo y crudeza, no tiene otra posibilidad, que estar como seres automatizados, atrapados en las repeticiones, evitando las preguntas, es decir, aquello que cuestione y exponga los engaños que nos hacemos”. (Heidegger M, 1977, p. 215), concluye.

Considerando que el bienestar del paciente se enfrenta al proceso de muerte, la disciplina científica que se ocupa de atender las necesidades de bienestar integral la constituye la Psicología de la Salud.

1.1.2.4 Psicología de la Salud

La salud es considerada como “un estado de bienestar completo, físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. (OMS³, Informe Reducir los riesgos y promover una vida sana, 2002). Esta definición pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad, significa mantener un bienestar integral y la prevención de las causas que generen un determinado padecimiento; el prevenir, se vuelve parte de nuestro sistema de valores para evitar aquellos hábitos que afecten negativamente pensamientos, sentimientos y estilo de vida que integran desde la adecuada alimentación, ejercicio físico, adecuadas relaciones sociales, laborales y familiares.

Cada uno de los hábitos anteriormente mencionados, al adoptarlos como una forma de vida, evitarán el desarrollo de padecimientos, los cuales pueden desencadenar, desde infecciones hasta una de las enfermedades más preocupantes por los altos índices de prevalencia en la población, siendo ésta el cáncer, considerado un proceso anormal que puede ser adquirido o producido en alguna célula, por un virus o una lesión provocada de manera externa;

³ OMS: Organización mundial de la salud

induciendo a una serie de mutaciones secuenciales que conducen a la malignización de una única célula que se multiplica sin control y puede llegar a invadir otros tejidos del cuerpo.

Esta enfermedad para nuestra sociedad es percibida como una sentencia de muerte y deja de lado las estrategias de afrontamiento, y sobre todo la ausencia de sentido de vida para las personas que la padecen, pues no tienen un adecuado manejo de intervención desde su diagnóstico hasta el proceso de tratamiento; es aquí donde aparece la intervención de la psico-oncología, y la medicina paliativa.

Psico-oncología

Es una línea de intervención que deriva de la psicología de la salud. “Es la atención al enfermo con cáncer que plantea diferentes retos psicosociales debido a las complejas situaciones personales, médicas y terapéuticas a las que han de enfrentarse los pacientes, que les hacen particularmente susceptibles al desarrollo de problemas psicológicos o complicaciones psiquiátricas” (Nieto M, 2007, p. 243).

La respuesta emocional de pacientes, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente en todas las diferentes etapas de la enfermedad, los factores psicológicos, de comportamiento y aspectos sociales que pudieran influir en la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con cáncer son los aspectos de intervención de la psico-oncología. A esto debe de agregársele la aparición de la medicina psicosomática, en donde se planteó la relación entre los factores psicológicos y el cáncer.

Los factores psicológicos que influyen en el afrontamiento de la enfermedad son: Cognitivos, Emocionales y Motivacionales, los cuales son producto de la historia individual de cada persona y del contexto sociocultural en el cual se desenvuelve.

Influyen tanto en el proceso curativo como en el preventivo. Los factores psicológicos cognitivos que se presentan de forma negativa, repercuten en el decaimiento en la enfermedad son: la angustia, la incertidumbre sobre el mejoramiento de la enfermedad, el miedo a morir y el miedo a dejar la familia sola. Las variables psicológicas inciden siempre, en alguna medida de forma directa o indirecta, positiva o negativa, durante la enfermedad. Y cada uno de los factores negativos sobre la enfermedad posee secuelas favorables o desfavorables en el ámbito psicológico.

La enfermedad cancerosa siempre ha ido acompañada de efectos psicológicos, los cuales son mediados por la intervención de la medicina paliativa.

1.1.2.5 Medicina Paliativa

“Es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas en quienes el pronóstico es limitado y en que el principal interés es la calidad de vida, incorporando al paciente y a su familia”. (Sánchez I, 2006, p.21). Para la práctica médica se entiende como el apoyo de tratamiento médico, psicológico y espiritual que se espera aportar a estos pacientes. Estas se componen en:

Necesidades Psicológicas en Cuidados Paliativos

Afrontar la propia muerte supone uno de los retos más difíciles que enfrenta el ser humano. La muerte como expresión máxima de pérdida es vivida como una amenaza y un acontecimiento difícil y de impacto psicológico. “El estrés psicológico produce sufrimiento un estado afectivo, cognitivo y negativo complejo caracterizado por la sensación de amenaza que el individuo siente a su integridad por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza.”(Bayés R, 1996 p.91).

Pero no todas las personas que se encuentran en una situación crítica van a tener las mismas necesidades de tal manera el personal de cuidados paliativos deberá adaptarse al trabajo grupal, conocer los aspectos psicológicos que presenta el paciente, reconocer y preguntar que desean que necesita, que le preocupa y como ayudarle.

Necesidades Psicológicas del Paciente

El paciente necesita expresar su duelo ante una constante sensación de pérdidas pasadas, presentes, futuras. Algunas de las pérdidas más importantes que afronta son: pérdida de control, pérdida de independencia, pérdida de seguridad, pérdida de habilidades psicológicas, pérdida de existencia futura, pérdida de interés.

El psicólogo deberá de acompañar al paciente en el proceso de asimilar cambios a nivel físico, psicológico, emocional con la finalidad de establecer su dignidad y así viva de la manera más adecuada posible.

Según la O.M.S. el paciente con cáncer presenta las siguientes necesidades:

- Sentimiento de seguridad: el paciente necesita buscar en quien apoyarse para afrontar los temores y la incertidumbre que provoca la enfermedad.
- Sensación de pertenencia: para que el paciente no sienta que es una carga y experimentar sentimiento de culpa es necesario hacerlo parte de un grupo.
- Amor: el paciente necesita que le transmitan expresiones de afecto contacto humano real.
- Comprensión: el paciente necesita enfrentar las situaciones que le aterran por medio de la posibilidad de hablar del proceso de morir.
- Aceptación: el paciente teme ser rechazado por sus cambios físicos y psíquicos, busca la aceptación de sí mismo.

- Autoestima: el paciente ante el deterioro físico y pérdida de control necesita participar de las decisiones para sí mismo y oportunidad de dar y recibir.
- Confianza: el paciente desconfía de todos ante una perspectiva de falta de curación, necesita confianza contrayéndola desde una comunicación clara, abierta y sincera que aporte la mejor atención.

Percepción de Control

Desde el momento del diagnóstico hasta el momento de la muerte el paciente se enfrenta a muchas pérdidas y ante la imposibilidad de evitarlas, el sentimiento de impotencia y la pérdida de control, es inevitable. “Se puede facilitar la percepción de control a través de intervenciones que respeten favorezcan y faciliten las tomas de decisiones y la vivencia de poder hacer por y para sí mismo y los otros”. Según menciona (Bejerano F, 1992 p.87).

La Autoestima

Las pérdidas que afronta el paciente pueden ser de orden físico, emocional y social. “El enfermo en la última etapa de vida va perdiendo progresiva y rápidamente fuerza física; siente malestar y dolor; comienza a darse cuenta de que no va ser capaz de realizar, las metas que se había propuesto”. (Branden N, 1989, p.65). El paciente al percibirse a sí mismo de esa manera tiende a valorarse de forma negativa, por lo que su autoestima puede ser afectada. Esto puede generar reacciones agresivas que pueden ser dirigidas, hacia las personas que están cercanas a él, tendrá enfados, resentimientos. Y las dirigidas hacia sí mismo se manifestaran como apatía, renuncia, o depresión.

La Esperanza

“Una esperanza proporcional es de gran utilidad para mantener buenos niveles de confianza con el enfermo y para evitar la sensación de desamparo y abandono”. (Kûbler R, 1999, p. 152). Es entonces la oportunidad de controlar los síntomas físicos, esperanza de que no se sufrirá, de que no se morirá solo, de que se hará todo lo posible para crear un estado de bienestar y lograr objetivos en tiempo inmediato y con ello desarrollar en el paciente seguridad y disminuir el sufrimiento.

La comunicación

La comunicación entre la familia y el equipo de asistencia al paciente será fundamental para el cuidado eficaz. Una comunicación sincera basada en la comprensión y el respeto que transmita información acorde a las necesidades del paciente favorecerá el afrontamiento adaptativo de la situación terminal y hará que el paciente sea capaz de tomar decisiones acerca de su cuidado.

Necesidades Psicológicas de la familia

Uno de los objetivos de la intervención familiar es ampliar los canales de comunicación asertiva y facilitar un clima efectivo en el que se puede compartir la información con el paciente con la única intención de prevenir problemas que puedan surgir a nivel enfermedad. Es indispensable que los familiares estén informados y conozcan del proceso de la enfermedad y con ello puedan exponer dudas referente a qué hacer con el paciente.

“La familia es el pilar básico en la provisión de cuidados a la persona que se encuentra al final de la vida. El modo en el que afronte la situación repercutirá en el bienestar del enfermo”. (Kûbler R, 1999, p. 168).

Las relaciones familiares pasaran por distintas situaciones como: tensiones, acercamientos, indecisiones incertidumbre, cansancio. Cada una de estas situaciones mejoraran si en la familia tienen un estado de escucha al proceso de evolución del paciente, el proporcionarle los cuidados físicos adecuados y saber cómo actuar en situaciones complicadas.

Intervención Psicológica ante la respuesta emocional del paciente

Enfrentarse con una enfermedad terminal, genera reacciones conductuales, cognoscitivas y emocionales que requieren de atención. La omisión del área emocional en la atención del paciente con cáncer, ha llevado a muchas personas a morir sin encontrar un espacio propio y un acompañamiento que le facilite vivir plenamente la experiencia de muerte.

A pesar de que sigue viéndose a la muerte como la gran enemiga a vencer, ya se tiene una mayor conciencia de las necesidades del paciente. Las acciones psicoterapéuticas van dirigidas a lograr lo que se ha denominado calidad de vida.

En el área del cuidado emocional del paciente, se trabaja con la adaptación, el duelo, el temor a la muerte, la resolución de perdidas, la toma de decisiones, la expresión emocional, la aceptación y la disminución del sufrimiento.

Sin embargo existe una gran cantidad de sufrimiento que procede de aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales que si se pueden aliviar en gran medida, mientras que la intervención sea oportuna, desde que el paciente con cáncer comienza a recorrer esta trayectoria hacia la muerte y no al final de la misma.

1.1.2.6 Tanatología

De acuerdo con García Alfonso, “Es una disciplina integral que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos, tratando de resolver las situaciones conflictivas que suceden en torno a ella, desde distintos ámbitos del saber, como son la medicina, la psicología y la religión”. (García Alfonso, 2005, p.195).

Desde la perspectiva psicológica, está enfocada, a establecer entre el enfermo en tránsito de muerte, su familia y el personal médico que lo atiende, un lazo de confianza, seguridad y bienestar, además de propiciar en el enfermo terminal, los cuidados necesarios que le aseguren una muerte digna. Los objetivos de su acortamiento prematuro, se caracteriza por las siguientes acciones:

- Atención a las relaciones significativas del enfermo.
- Atención del dolor físico.
- Atención al sufrimiento espiritual.
- Atención a las últimas voluntades.

A través del estudio de la Tanatología, se tiene la oportunidad de enfrentar la pérdida de una mejor manera, en forma positiva, dándole sentido al dolor y así en el momento que llegue la mayor de las pérdidas, la enfrente de manera diferente. El proceso de morir es una experiencia totalmente individual, sin embargo trabaja en cada uno de los siguientes aspectos tanto en el enfermo como en sus familiares:

- Negación y aislamiento, presencia de miedo y angustia.
- Ira o rabia presencia de enojo, odio y envidia
- Regateo o negociación, presencia de culpa
- Depresión presencia de tristeza real, enorme y profunda

- Afrontamiento Reactivo: Lo vive el enfermo y la familia, pérdidas reales y significativas, rol familiar, caída del pelo, capacidades físicas, mentales, independencia.

1.1.2.7 La Angustia

“Es un sentimiento diferente al miedo ya que éste último está referido a un objeto en particular, mientras que en la angustia se teme a algo desconocido, un estado emocional de sufrimiento psíquico donde el sujeto responde a un miedo desconocido”. (Hopkins J, 2006.p. 168) Además del dolor psíquico presenta cambios en el organismo como la sudoración, la taquicardia, temblores y falta de aire.

Los ataques de pánico son un ejemplo donde puede verse un elevado monto de angustia en un sujeto causado por un objeto desconocido. En estos casos, las personas comienzan a sentir un malestar físico con aceleramiento cardíaco, sudoración y hasta posibles desmayos. Las causas de la angustia pueden ser diversas y van a depender de la particularidad de cada persona.

Aquí se expresa según el DSM IV TR (2005). Consideraciones acerca de la angustia: “Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- palpitaciones, sacudidas del corazón o frecuencia cardíaca
- sudoración
- temblores o sacudidas
- sensación de ahogo o falta de aliento
- sensación de atragantarse
- opresión o malestar torácico

- náuseas o molestias abdominales
- inestabilidad, mareo o desmayo
- desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- miedo a perder el control o volverse loco
- miedo a morir
- parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)

1.1.2.8 Resiliencia

Cuando hablamos de Resiliencia, nos referimos a “Capacidad de una persona para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas graves”.(Melillo M, 2002, p. 125).

Resiliencia es un fomento de la salud mental para personas que, aun habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, en un nivel superior.

A partir de esta situación se trató de buscar los factores que resultan protectores para los seres humanos, más allá de los efectos negativos de la adversidad. Aquí se describen los siguientes:

- Autoestima consistente: Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo por un adulto significativo, suficientemente bueno y capaz de dar una respuesta sensible.
- Introspección: Es preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro.

- Independencia: Se definió como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Depende del principio de realidad que permite juzgar una situación con prescindencia de los deseos del sujeto.
- Capacidad de relacionarse: Habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una autoestima baja o exageradamente alta producen aislamiento: si es baja por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia que se supone.
- Creatividad: La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Fruto de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.
- Moralidad: Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.
- Capacidad de pensamiento crítico: un pilar de segundo grado, fruto de las combinaciones de todos los otros y que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, cuando es la sociedad en su conjunto la adversidad que se enfrenta. Y se propone modos de enfrentarlas y cambiarlas.

1.1.3 Delimitación

El proceso investigativo se llevó a cabo en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en consulta externa de enfermedades “La Autonomía”, en el área de cuidados paliativos. Ubicado en la zona 9 en municipio Guatemala, del departamento de Guatemala, durante el mes de agosto del año en curso, tomando como muestra a 56 pacientes los cuales asisten al área en mención. Con la finalidad de conocer como la culpa y la angustia en los pacientes terminales, desencadena alteraciones emocionales.

CAPÍTULO II TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1. Técnicas

Durante el proceso investigativo fue aplicado el cuestionario escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) con la finalidad de conocer los trastornos psicológicos que pueden presentar sobre culpa y angustia. Esto con el propósito de conocer alteraciones emocionales, en pacientes oncológicos, efectuar una evaluación general de aspectos psicológicos que afectan su entorno social, familiar, personal.

Las respuestas obtenidas mediante este procedimiento conforman la base de los resultados presentados en este informe. Asimismo, los pacientes expresaron sus experiencias de vida durante el diagnóstico de la enfermedad, el curso del tratamiento y la asistencia a cuidados paliativos.

Con el objetivo de validar el proceso de aplicación fue necesario recurrir a la técnica de observación, tanto en los espacios de conversación con el paciente, como en la aplicación del cuestionario, en los cuales se pudo evidenciar la veracidad de las respuestas.

2.2 Instrumentos

Para llevar a cabo esta investigación, se inició con la delimitación de la población mediante los registros existentes en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en consulta externa de enfermedades “La Autonomía”, en el área de cuidados paliativos.

Con la muestra seleccionada, se procedió a solicitar la colaboración de los pacientes que conforman esta área de cuidados paliativos, para la obtención de datos relevantes acerca del curso de la enfermedad desde su diagnóstico hasta, la asistencia al tratamiento indicado por el médico tratante.

Mediante la aplicación del cuestionario escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD). Se utilizó la técnica de la observación como medio de apoyo ante las reacciones mostradas durante la aplicación del cuestionario.

- Cuestionario Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)
La HAD es una escala bidimensional, se compone de dos factores evidentes, uno de ansiedad y otro de depresión. Es una escala confiable, válida y de fácil aplicación, para ser utilizada como prueba en el contexto oncológico.

Está estructurada, de tal manera que el paciente tiene que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta breve escala consta de dos sub escalas de 7 ítems intercalados. La sub escala de depresión está centrada, como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión.

Posterior a la autorización del protocolo por parte de la psicóloga de la clínica de cuidados paliativos, el procedimiento implementado para la aplicación del cuestionario, consistió en primera instancia, la exposición a

los participantes de los objetivos que se perseguían con el presente cuestionario. Asimismo, se les aclaró que sus respuestas serían confidenciales, además de que los resultados serían utilizados con fines de investigación, una vez aclarados estos puntos, se les explico las instrucciones sobre cómo responder. La administración del cuestionario tuvo una duración de entre 10 a 15 minutos.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. Características del Lugar y Población

La administración del proyecto de investigación, se llevó a cabo en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en consulta externa de enfermedades “La Autonomía”, en el área de cuidados paliativos. Prestando los servicios de atención a pacientes oncológicos, con enfoque multidisciplinario, en conjunto con los demás departamentos que conforman la consulta externa de enfermedades “La Autonomía”.

Actualmente atienden aproximadamente a 120 pacientes durante el mes, las cuales cuentan con un diagnóstico de cáncer avanzado, de tal manera que se les facilita el acceso a medicamento, y acompañamiento psicológico y talleres que buscan educar al paciente en el proceso de su enfermedad.

3.2. Análisis e Interpretación de Resultados

Durante el proceso investigativo, fueron abordados 56 pacientes que reciben asistencia y tratamiento en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en consulta externa de enfermedades, “La Autonomía” en el área de cuidados paliativos, Contándose en todo momento con su completa colaboración.

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) es conformada por 14 ítems, los cuales están divididos en 2 subescalas divididas en 7 ítems cada una de ellas. La subescala de Ansiedad es conformada por las preguntas No. 1, 3, 4, 7, 9,11 y 13. La subescala de Depresión es conformada por las preguntas No. 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14. El análisis siguiente presenta la interpretación de las graficas en su orden y posteriormente, el de la subescala de ansiedad y depresión.

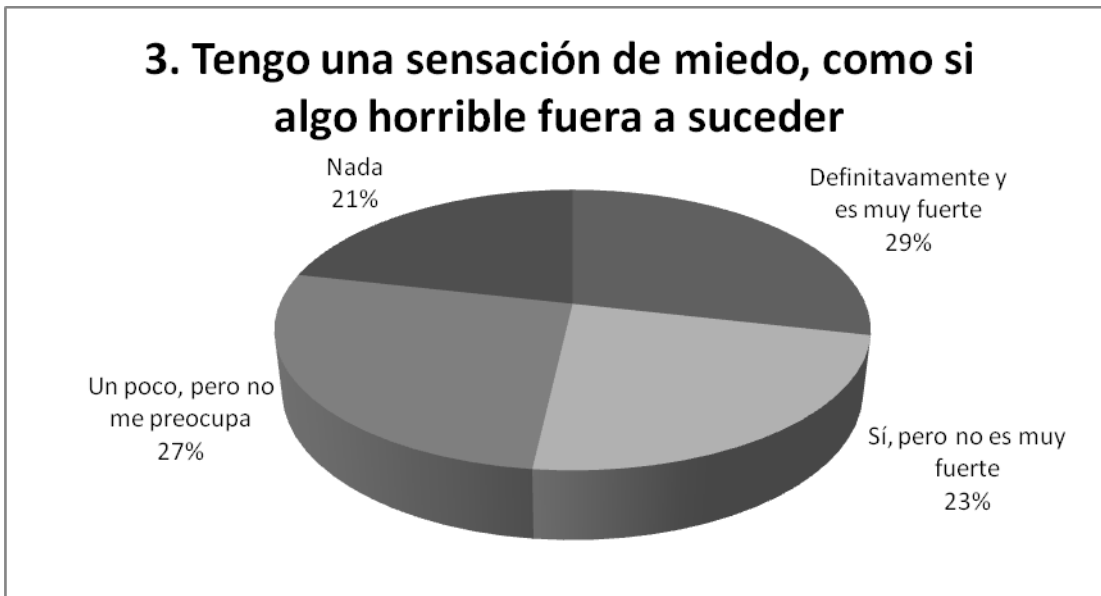
Pregunta No. 1 Siento tensión o nervios. Los pacientes manifestaron que las situaciones en la familia desencadenan en ellos un estado de tensión pues aún se sienten responsables de las disposiciones en casa, y el estado de nervios lo experimentan con mayor grado de intensidad cuando la cita con el médico esta próxima o el mismo día de la misma.



Fuente: Escala Hospitalaria de Angustia y Depresión. Aplicada a 56 personas durante el mes de agosto de 2012

Un 14% (8 pacientes) nunca han experimentado tensión o nervios, un 20 % (11 pacientes) experimentan tensión y nervios durante una semana antes a la cita con el médico, un 27 % (15 pacientes) experimenta muchas veces la tensión y nervios por las situaciones familiares que viven, 39 % (22 pacientes) a veces lo manifiesta 2 o 3 días antes de la cita médica, y otros antes de ingresar con el médico.

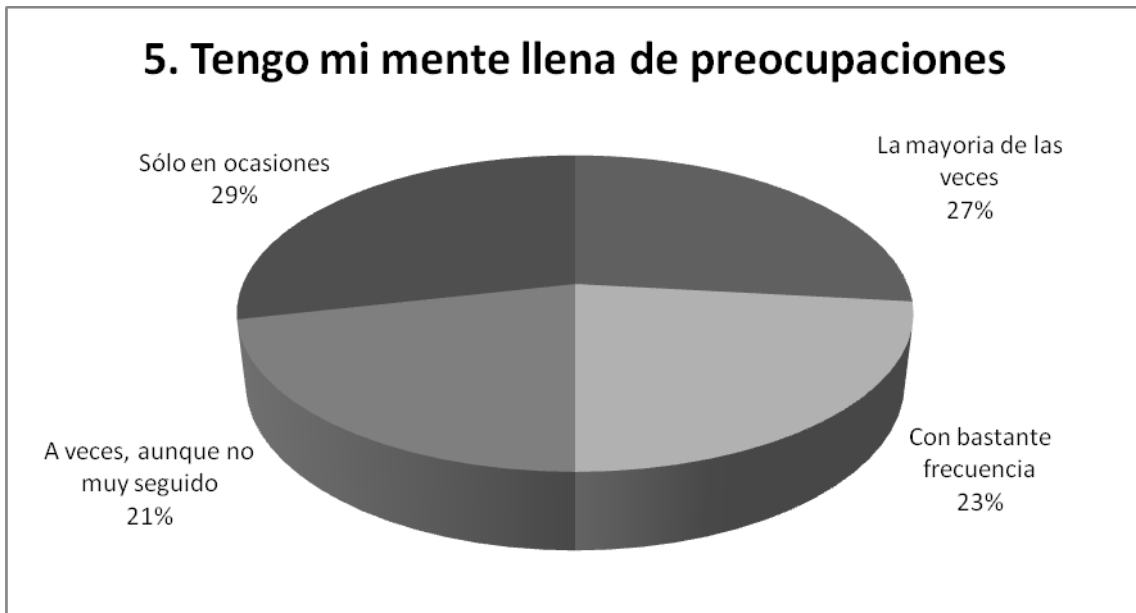
Pregunta No. 3 Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder. Se expone, que la mayoría de pacientes relacionaron esta pregunta con la angustia que les provoco conocer el diagnóstico de la enfermedad y muchas de las actividades que dejarían no solo a nivel laboral, sino sobre todo a nivel familiar.



Fuente: Escala Hospitalaria de Angustia y Depresión. Aplicada a 56 personas durante el mes de agosto de 2012

Un 21% (12 pacientes) en nada han experimentado la sensación de miedo, pues consideran que todas las áreas de su vida son plenas en el transcurso de la enfermedad. 23% (13 pacientes) consideran que si han experimentado miedo, pero no es muy fuerte, pues en algunos instantes estando en casa u otro lugar experimentan un miedo inexplicable. Un poco, pero no me preocupa menciona el, 27% (15 pacientes) quienes reconocen la sensación de miedo pero saben que son situaciones propias de la enfermedad. El 29% (16 pacientes) definitivamente y es muy fuerte, es lo que afirman, cada vez que recuerdan el futuro de la familia sin ellos, y sobre todo la falta que harán a algunos miembros de la familia al fallecer.

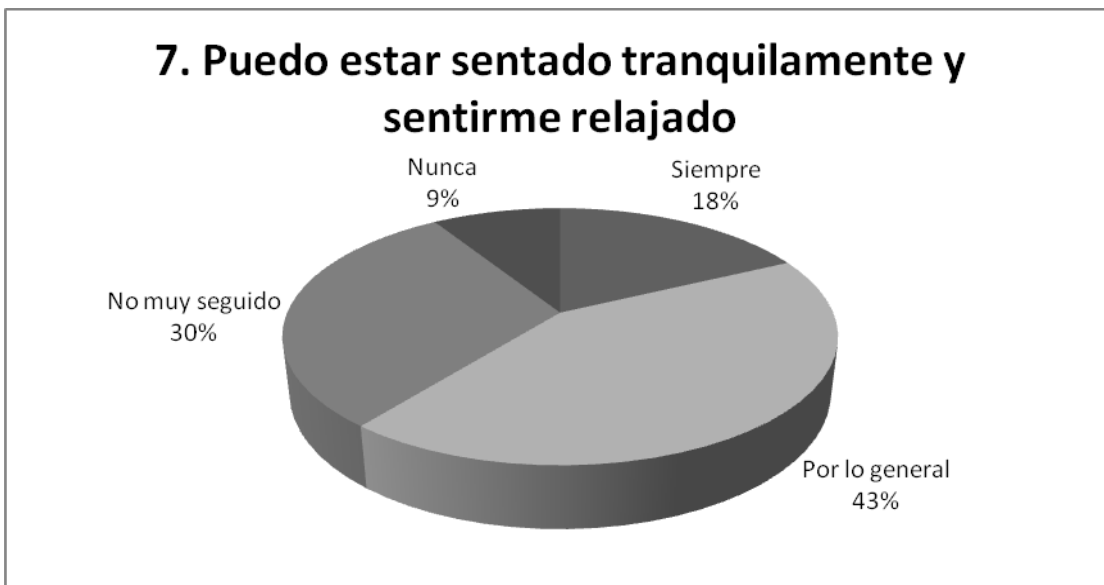
Pregunta No. 5 Tengo mi mente llena de preocupaciones. Se expone como los pacientes mantienen preocupaciones constantes, ante la situación familiar, la pérdida del trabajo, la alteración del estado de salud que padecen, después de la quimioterapia. Los pacientes que proveen a su familia, y que por el curso de la enfermedad no podrán seguir manteniéndola, manifiestan que el perder el trabajo los dejara sin sostenimiento a ellos pero en especial a su familia. Quienes más lo expresan son los pacientes que aún tienen hijos menores de 12 años.



Fuente: Escala Hospitalaria de Angustia y Depresión. Aplicada a 56 personas durante el mes de agosto de 2012

Un 21% (12 pacientes) mencionan que A veces, aunque no muy seguido manifiestan preocupación por la incertidumbre del proceso de la enfermedad y los resultados de las evaluaciones que les hacen constantemente. Un 23% (13 pacientes) sienten con bastante frecuencia preocupaciones pues están cercanos a hechos familiares que los involucran de manera directa. Un 27% (15 pacientes) consideran que sus preocupaciones son la mayoría de las veces, por la pérdida de trabajo, y la separación de la familia. Y el 29% (16 pacientes) manifiestan que solo en ocasiones, cuando entran en situación de necesidad de trabajo, para sostener a la familia en especial a sus hijos.

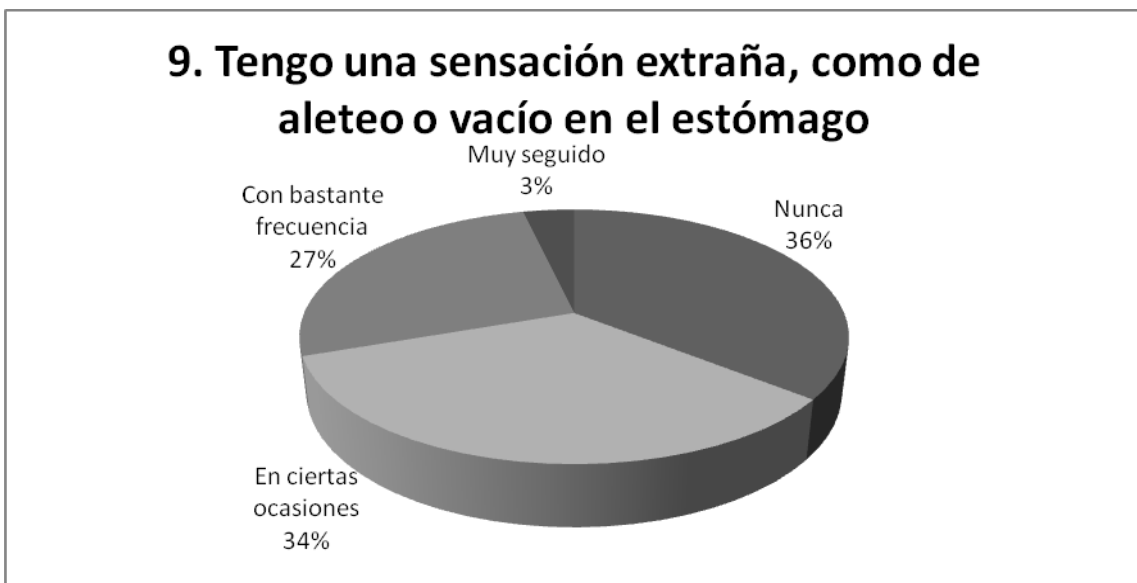
Pregunta No. 7 Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado. Se expone como el paciente puede estar en momentos sentado tranquilo, y lograr sentirse relajado, independientemente de las situaciones que esté viviendo o lugares donde se encuentre. La mayoría de los pacientes manifestaron que por el dolor que produce la quimioterapia no logran estar de manera tranquila o relajada.



Fuente: Escala Hospitalaria de Angustia y Depresión. Aplicada a 56 personas durante el mes de agosto de 2012

Un 9 % (5 pacientes) manifiestan que nunca pueden estar de manera tranquila y menos relajados, pues los dolores que sienten durante el día y sobre todo por las noches los hacen sentirse intranquilos. Un 18% (10 pacientes) consideran que siempre logran estar tranquilos y relajados, ya que no experimentan dolores como resultado de la quimioterapia. El 30% (17 pacientes) mencionan no muy seguido sentirse tranquilos y relajados pues es incómodo, andar en silla de ruedas o esperar durante tanto tiempo la consulta médica. Y el 43% (24 pacientes) por lo general logran estar tranquilos y relajados, gracias al acompañamiento de su cuidador principal, la familia y amigos cercanos.

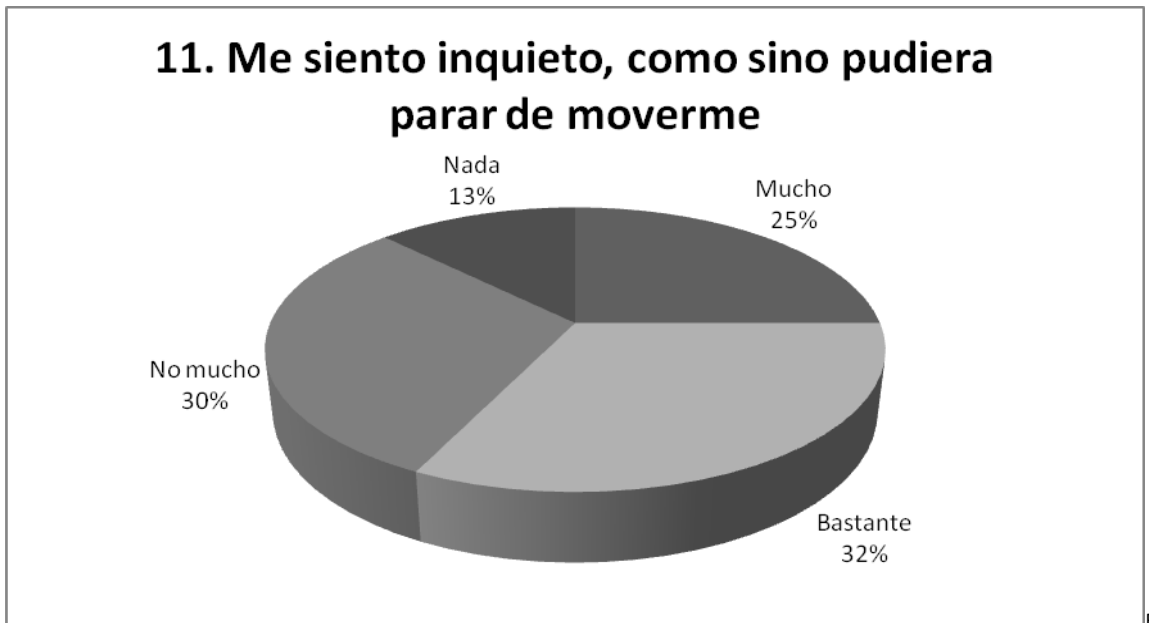
Pregunta No. 9 Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago. Se expone como los pacientes pueden experimentar un aleteo o vacío explícitamente en el estómago, comentan que esa sensación la experimentan cuando están cercanos al tratamiento de quimioterapia, o al asistir a cita con el médico oncólogo, quien les explica el avance de la enfermedad.



Fuente: Escala Hospitalaria de Angustia y Depresión. Aplicada a 56 personas durante el mes de agosto de 2012

Un 3% (2 pacientes) mencionan que muy seguido experimentan esa sensación en el estómago, sobre todo en los momentos que inician el tratamiento de quimioterapia. Un 27% (15 pacientes) manifiestan con bastante frecuencia la sensación, por las noches pues no pueden dormir por la misma. Un 34% (19 pacientes) mencionan que en ciertas ocasiones, el vacío lo experimentan no en el estómago, sino como presentimiento de que algo les puede suceder. Y el 36% (20 pacientes) indican que nunca han experimentado esa sensación de miedo, pues consideran que su estado de ánimo Dios lo fortalece.

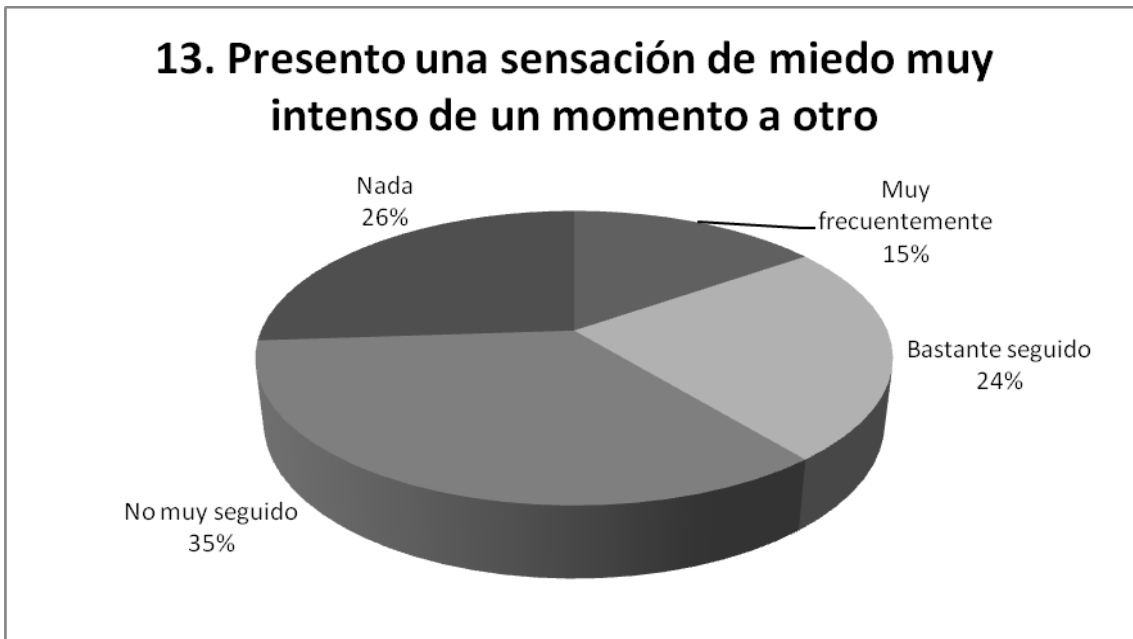
Pregunta No. 11 Me siento inquieto, como sino pudiera para de moverme. Se muestra la inquietud que los pacientes experimentan en algunos ambientes en los cuales, ellos se mantiene y la constancia que experimentan al no estar sin moverse. Algunos de ellos comentaron que lo padecen 2 o 3 días después de haber recibido tratamiento de quimioterapia, igualmente sucede cuando, llegan a consulta y los dolores que presentan son muy fuertes y para minimizar esa sensación caminan.



Fuente: Escala Hospitalaria de Angustia y Depresión. Aplicada a 56 personas durante el mes de agosto de 2012

Un 13% (7 pacientes) mencionaron que en nada, han sentido la necesidad de moverse o inquietud consideran que su estado de relajación es el adecuado para el proceso de su enfermedad. Un 25% (14 pacientes) comentaron que su necesidad de moverse es mucho por los dolores que experimentan. El 30% (17 pacientes) mencionaron tener no mucho, la inquietud de estar moviéndose pues consideran tener autocontrol para ese tipo de situaciones. Y el 32% (18 pacientes) mencionaron que su sensación de inquietud y necesidad de moverse es bastante debido a los dolores que sienten y la angustia que provoca conocer el avance de la enfermedad y el efecto positivo del tratamiento.

Pregunta No. 13 Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro. Se expone como se representan las maneras de percibir la sensación de miedo por parte del paciente oncológico, la mayoría de pacientes mencionan que esos miedos inesperados no se les presentan continuamente, sino en ocasiones y consideran que es por los resultados médicos, después de haber sido evaluados.



Fuente: Escala Hospitalaria de Angustia y Depresión. Aplicada a 56 personas durante el mes de agosto de 2012

Un 15% (7 pacientes) mencionan que es muy frecuente, la sensación de miedo y la experimentan por el hecho de dejar hijos en la orfandad. Un 24%(11pacientes) sienten bastante seguido, esa sensación de miedo de un momento a otro, por las diversas situaciones que les preocupa sobre todo la familia. 26% (12 pacientes) consideran que en nada, les afecta ese miedo pues mantienen la creencia en Dios como medio de fortaleza espiritual. Y el 35% (26 pacientes) consideran que esa sensación de miedo, no muy seguido la experimentan pues consideran que cualquier situación que suceda deberá pasar porque así es la enfermedad.

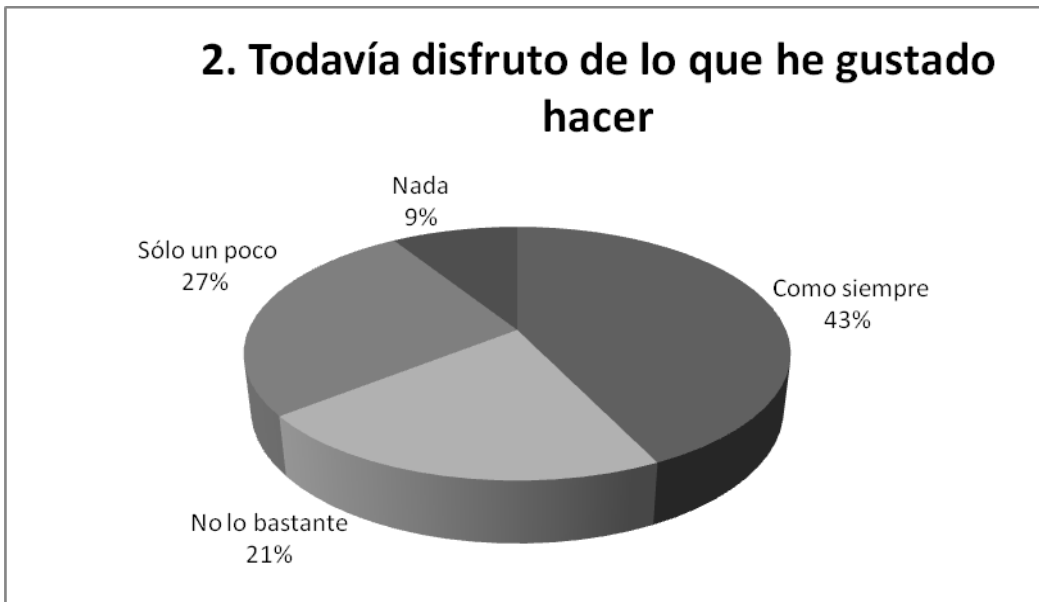
Subescala de ansiedad

- (1) Me siento tenso o nervioso.
- (3) Tengo una sensación de miedo como si algo horrible fuera a suceder.
- (5) Tengo mi mente llena de preocupaciones.
- (7) Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.
- (9) Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago.
- (11) Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.
- (13) Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro.

Los ítems anteriores son los utilizados para conocer la ansiedad de los pacientes dentro del proceso de cáncer. Desde el contexto los pacientes mencionaron que cada uno de los estados emocionales que presenta la escala ellos lo viven días antes de ir a revisión médica. Experimentar incertidumbre, miedo, preocupación sobre la enfermedad, mejoría del tratamiento, el dejar a la familia, no aportar económicamente y no terminar proyectos de vida. Se asocian también a sensaciones de inquietud, miedos intensos y repentinos, los cuales según la subescala hacen evidentes el estado de ansiedad que experimenta el paciente.

El proceso de la enfermedad que los pacientes experimentan en sus diferentes estados emocionales, les acerca más a la muerte, este proceso definitivamente hace evidente la necesidad del acompañamiento psicológico, para disminuir los pensamientos que resultan de lo que experimenta frente a la vida y frente a la muerte. Considerando la forma de evaluar de la escala, puntualiza que los pacientes evaluados están en caso probable de ansiedad.

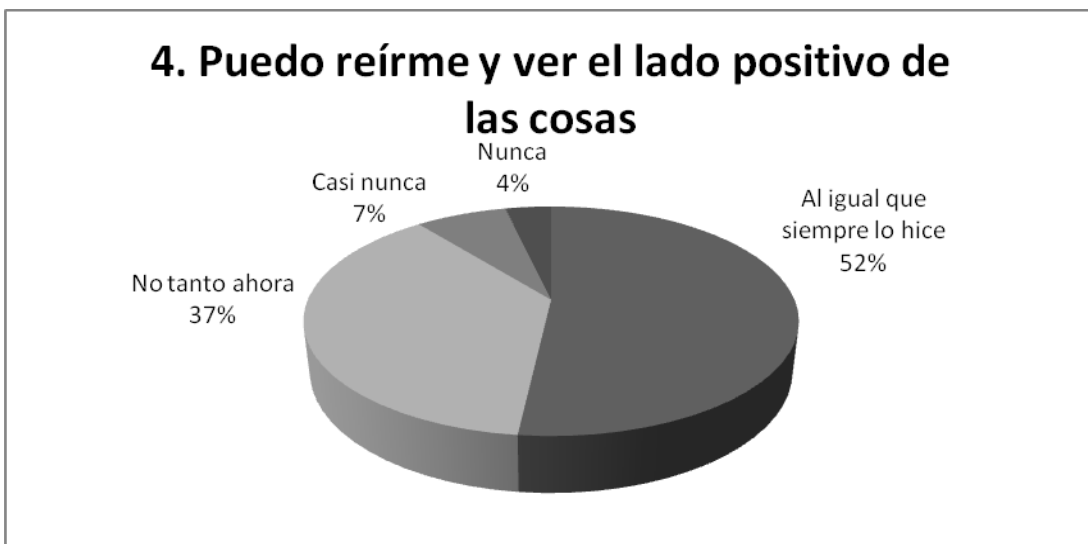
Pregunta No. 2 Todavía disfruto de lo que he gustado hacer. Se expone lo que refiere el paciente, si disfruta aun de lo que ha hecho. La mayoría de los pacientes manifestaron que debido a las molestias que provoca la quimioterapia, no pueden realizar las actividades regulares, pues no tienen la intención de hacer nada solo estar en cama, debido a los dolores que sienten.



Fuente: Escala Hospitalaria de Angustia y Depresión. Aplicada a 56 personas durante el mes de agosto de 2012

Un 9% (5 pacientes) no disfruta en nada, las actividades que realizaba como siempre lo había hecho, pues las reacciones de la quimioterapia los deja sin energía para lograr realizar alguna actividad. Un 21% (12 pacientes) disfrutan pero no lo bastante en realizar las actividades que hacían antes de conocer el diagnóstico de la enfermedad. Un 27% (15 pacientes) solo disfrutan un poco de lo que hacían antes, pues las actividades que logran realizar son dentro de casa o con los familiares o vecinos que los visitan. Un 43% (24 pacientes) logran realizar las actividades como siempre, debido al acompañamiento que tienen en casa con sus cuidadores principales, y la actitud positiva que manifiestan.

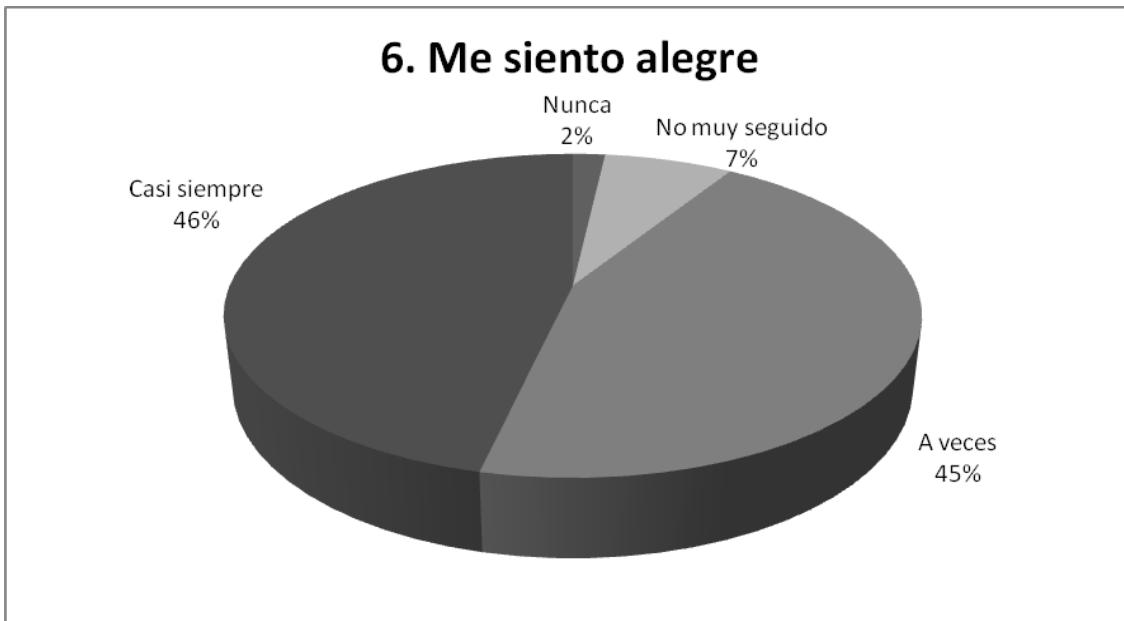
Pregunta No.4 Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas. Muestra como los pacientes pueden ver aún el sentido positivo de las cosas, y disfrutar por medio de la risa un momento agradable, pues la mayoría de ellos consideran que su fortaleza es en Dios y así esperan el momento de la muerte. Reconocen la imagen de Dios, como el único medio de salvación y es el quien logra en ellos ese grado de positivismo y salvación. Pues argumentan que Dios es quien los motiva y los hace ver y sentir el lado positivo de la vida, aun así estén en la etapa final de la enfermedad.



Fuente: Escala Hospitalaria de Angustia y Depresión. Aplicada a 56 personas durante el mes de agosto de 2012

Un 4% (2 pacientes) mencionaron que nunca experimentan ese estado de risas y motivación por hacer las cosas, ya que la enfermedad está demasiado avanzada. El 7% (4 pacientes) mencionaron que casi nunca logran esa sensación de ver el lado positivo de las cosas, pues tienen compromiso con la familia y no tienen tiempo para experimentar esas sensaciones. Un 37% (21 pacientes) mencionaron que no tanto ahora, pues el tratamiento y el cuidado en casa es cansado y tedioso lo que implica, abandonar ese tipo de sensación. El 52% (29 pacientes) siguen disfrutando, al igual que siempre sus actividades pues consideran que no es obstáculo para seguir con la vida normal.

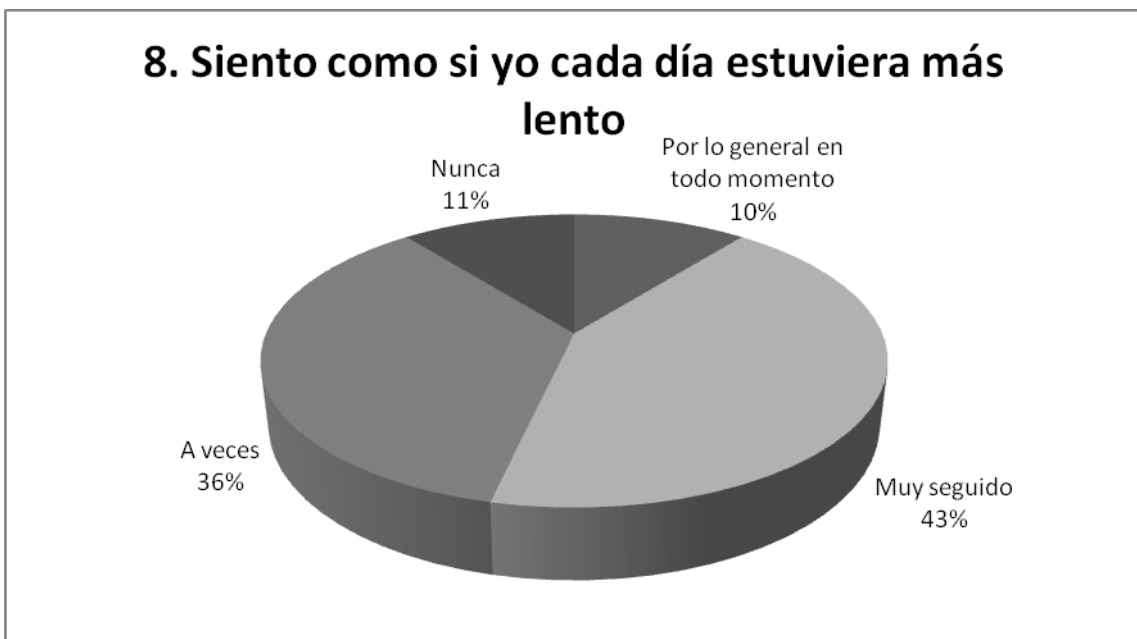
Pregunta No. 6 Me siento alegre. Se expone el estado de alegría que los pacientes manifiestan durante el proceso de la enfermedad, que pueden sentir bienestar debido a situaciones que se desarrollen cerca de ellos, como celebraciones familiares, reuniones con amigos, o visitas a lugares que a ellos les agradaba visitar antes, de conocer el diagnóstico de la enfermedad.



Fuente: Escala Hospitalaria de Angustia y Depresión. Aplicada a 56 personas durante el mes de agosto de 2012

Un 2% (1 paciente) menciona que Nunca ha sentido alegría, pues al conocer el diagnóstico de su enfermedad, quedó con la idea que la alegría no sería suficiente para salvarlo de la enfermedad. Un 7% (4 pacientes) consideran que la alegría la experimentan, No muy seguido pues los familiares más cercanos han presentado conductas pasivas y cuidados muy contemplativos. Mientras el 45% (25 pacientes) a veces experimenta alegría por medio de actividades que la familia realiza junto a él. Y el 46% (26 pacientes) manifiestan alegría, casi siempre pues la familia y amigos cercanos logran ambientar de manera adecuada los momentos de alegría del paciente.

Pregunta No. 8 Siento como si yo cada día estuviera más lento. Se expone la recurrencia de movimientos lentos a nivel corporal, en el día a día del paciente, que experimenta cuando se moviliza dentro de casa, cuando asiste a cita médica o sale de paseo con algún familiar. La pérdida de reflejos para moverse, le causa cierto grado de frustración y tristeza por no tener movimientos, como siempre los tuvo.



Fuente: Escala Hospitalaria de Angustia y Depresión. Aplicada a 56 personas durante el mes de agosto de 2012

Un 10% (6 pacientes) menciono que por lo general, en todo momento la lentitud de movimientos de extremidades inferiores, es más evidente cada día y eso le frustra por que no puede movilizarse solo. Un 11% (6 pacientes) nunca han sentido ese movimiento de lentitud en el cuerpo. Un 36% (20 pacientes) A veces experimenta movimientos lentos y eso le ocasiona tristeza, pues están sintiendo como su cuerpo deja de responder y es deteriorado por la enfermedad. Y el 43% (24 pacientes) sienten lentitud muy seguido pues la enfermedad está ya avanzada y empieza a manifestarse de manera que pierde movimiento casi total.

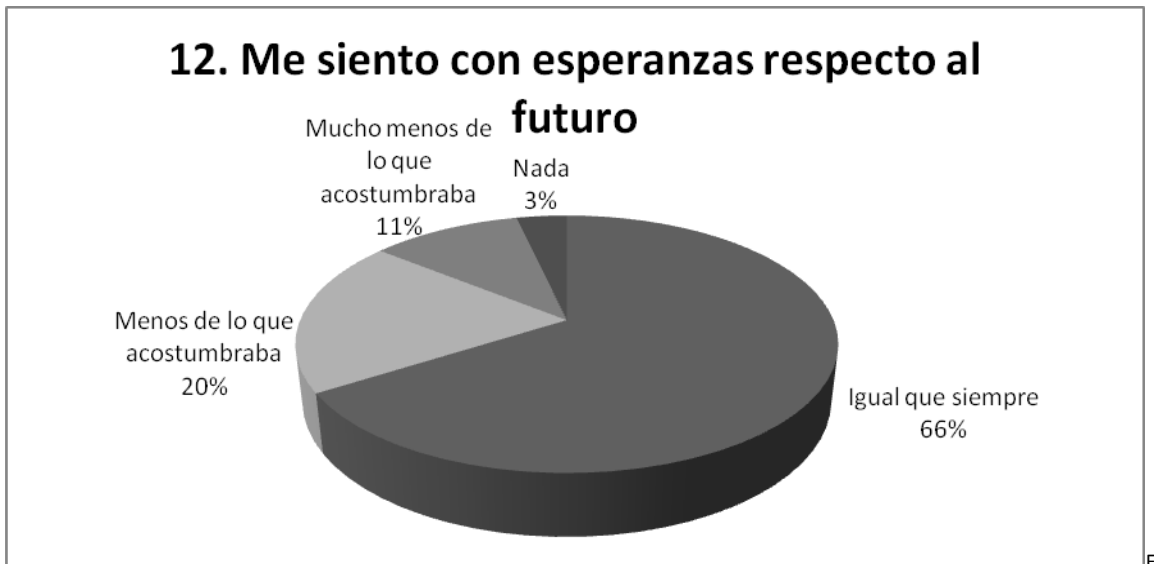
Pregunta No. 10 He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado Se menciona el deseo que los pacientes manifiestan por mantenerse siempre arreglados, aún con los efectos que sufren a nivel biológico y físico por causa de la quimioterapia. El arreglo personal lo manifiestan como algo sumamente importante, así lo refieren los pacientes diagnosticados hace más de 3 años, coincidiendo que el arreglarse los hace sentir con bienestar.



Fuente: Escala Hospitalaria de Angustia y Depresión. Aplicada a 56 personas durante el mes de agosto de 2012

Un 4% (2 pacientes) mencionan que dejaron totalmente de arreglarse por causa directa del avance de la enfermedad pues, solo se movilizan en silla de ruedas, y muestran estado crítico de salud. Un 12% (7 pacientes) podría tener un poco más de cuidado con el arreglo personal, comentaron que solo lo hacen cuando van a consulta o visitan a alguien de lo contrario no tienen interés. El 20% (11 pacientes) mencionan, no me preocupa cómo debería pues están conscientes del proceso de la enfermedad y no les afecta lo que la gente piense de ellos, si están o no arreglados de la manera más adecuada. Y el 64% (36 pacientes) mencionan, me preocupo al igual que siempre. Ya que la enfermedad para ellos no es obstáculo ni motivo para perder la vida sin luchar.

Pregunta No. 12 Me siento con esperanzas respecto al futuro. Los pacientes, mantienen la esperanza respecto al futuro de lo que suceda con sus vidas, su relación con la familia y los ambientes en los cuales ha estado inmerso. La mayoría menciona que sus esperanzas son por la fe que profesan a Dios, y la satisfacción de haber logrado diferentes situaciones durante los años de vida. Viviendo ahora un estado de bienestar personal y familia.



Fuente: Escala Hospitalaria de Angustia y Depresión. Aplicada a 56 personas durante el mes de agosto de 2012

Un 3% (2 pacientes) mencionaron que en nada, logran sentir esperanza respecto al futuro pues la enfermedad está en la etapa final. Mientras 11% (6 pacientes) mencionaron que mucho menos de lo que acostumbraba, tener la esperanza pues los procesos de tratamiento los hacen sentir ausencia de esperanza, ya que los efectos de la quimioterapia los dejan sin expectativas a futuro. 20 % (11 pacientes) mencionaron que la esperanza al futuro es menos de lo que acostumbraba, pues sus ambientes laborales y sociales disminuyen al recibir tratamiento y esto los hace estar lejos de sus relaciones interpersonales. Y el 66% (37 pacientes) confían en una esperanza hacia el futuro, igual que siempre lo hicieron antes de conocer su diagnóstico, pues se aferran a la idea que Dios les provee de esa satisfacción de un futuro lleno de esperanza junto a sus seres queridos.

Pregunta No. 14 Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión. Se representa la manera como el paciente se divierte en casa, en los ambientes en los cuales aún visita, y la manera de prestarle atención a la distracción y no fijarla en el curso de la enfermedad.



Fuente: Escala Hospitalaria de Angustia y Depresión. Aplicada a 56 personas durante el mes de agosto de 2012

Un 4% (2 pacientes) mencionan que rara vez, se divierten pues el avance de la enfermedad ha disminuido la diversión. Un 14% (8 pacientes) mencionan que no muy seguido logran estar en diversión pues aún se ocupan de algunas actividades y no les queda tiempo para estar observando televisión o leer algún libro. 20% (11 pacientes) mencionan que a veces logran estar sentados frente al televisor pero es lo único que les ayuda, pues la radio y leer les es aburrido. Y el 62% (35 pacientes) logran tener diversión seguido, pues por las mañanas escuchan música, tienen ya un programa de televisión por ver, y consideran leer lecturas motivacionales para antes de dormir.

Subescala de depresión

- (2) Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer.
- (4) Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas.
- (6) Me siento alegre.
- (8) Siento como si yo cada día estuviera más lento.
- (10) He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado.
- (12) Me siento con esperanzas respecto al futuro.
- (14) Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de TV.

Los ítems anteriores son los utilizados para conocer la depresión de los pacientes dentro del proceso de cáncer. Desde el contexto los pacientes mencionaron que cada uno de los estados emocionales que presenta la escala ellos lo viven en casa y en los diferentes lugares con grupos de amigos o familiares. Disminuir las cosas que le han gustado hacer en casa y con los amigos, la ausencia de alegría sobre todo cuando no hay acompañantes en casa, los movimientos lentos que experimenta cada vez que se mueve, la intención de mantenerse arreglados en su aspecto personal.

Se asocian también las esperanzas al futuro, el deseo que disminuye de sobre llevar la enfermedad, de enfrentar el tratamiento, la manera de no ser positivos en su proyección al futuro. Según lo anterior la subescala hace evidente el estado de depresión que experimenta el paciente.

El proceso de la enfermedad que los pacientes experimentan en sus diferentes estados emocionales, les acerca más a la muerte, este proceso definitivamente hace evidente la necesidad del acompañamiento psicológico, para disminuir los pensamientos que resultan de lo que experimenta frente a la vida y frente a la muerte. Considerando la forma de evaluar de la escala, puntualiza que los pacientes evaluados están en caso probable de depresión.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- Durante el proceso investigativo, se evidenció la presencia de angustia en los pacientes que respondieron el cuestionario. Este estado de angustia se debe a la incertidumbre que vive el paciente, ante la separación que habrá en el proceso diagnóstico dejando sus labores cotidianas, como preparación ante el tratamiento, y los efectos que este causara. Así mismo las situaciones amenazantes que conforman el proceso de tratamiento, presentándose comúnmente después de la quimioterapia.

- Las personas con enfermedad terminal, reciben el diagnóstico como una sentencia de muerte ocasionándoles, desequilibrios a nivel biológico, físico y psicológico a raíz de asociar la enfermedad con efectos negativos, y en ocasiones, aunado a la falta de sensibilidad y empatía del personal encargado de dar a conocer el diagnóstico.

- La percepción de esperanzas al futuro, está asociada a factores psicosociales como la disponibilidad de acompañamiento por parte de familiares, apoyo social, emocional, información de tratamiento oncológico disponible y la adherencia al mismo, y la propia percepción sobre la enfermedad.

- La intervención psicológica en los pacientes, resulta fundamental, pues permite reconocer en el paciente, la manera adecuada de acompañarlo en cuidados paliativos y así minimizar las necesidades de tipo afectivo, que la mayoría menciona; que compartan con él tiempo, que lo escuchen, ayudarlo a no sentirse apartado del diario vivir.

Debe tomarse en cuenta las respuestas de afrontamiento del paciente, su diagnóstico, la actitud de la familia, y su entorno social.

- En la actualidad el cáncer es una enfermedad crónica tratable que manifiesta implicaciones a nivel biológico, físico, y psicológico. Algunas maneras de tratarlo son las siguientes; quimioterapia, radioterapia o cirugía, los efectos en salud que esto causa, desarrolla en el paciente diversas reacciones a nivel psicológico, el temor a la muerte, la angustia de dejar a la familia sin apoyo, la incertidumbre de conocer su proceso de enfermedad. es indispensable el acompañamiento psicológico por medio de charlas que instruyan de forma adecuada, la aceptación de la enfermedad y apoyo emocional que contribuya al bienestar integral de los pacientes.
- Las actividades cotidianas de los pacientes no se ven afectadas directamente por la enfermedad, puesto que mencionaron tener fe en Dios esa fuerza a nivel espiritual, los hace soportar cualquier situación y afrontar la muerte desde la experiencia de la vida. La familia también forma parte elemental del proceso de afrontamiento de la enfermedad. No obstante, el factor de la apariencia personal interviene de manera negativa en la interacción social por lo que algunos pacientes prefieren no tener esta interacción. La relación que establecen entre su fe y lo que sucede en su vida, logra poner entre ellos un estado de satisfacción y estar en plenitud ante la muerte.

4.2. Recomendaciones

A Instituto Guatemalteco de Seguridad Social:

- Motivar al equipo multidisciplinario médicos, psicóloga, trabajadora social, enfermeras(os). A continuar con el poder social que poseen y responsabilizarse de su labor como agentes generadores de cambio, haciendo uso adecuado de la convivencia con los pacientes, lograr de mejor manera la integración de clínicas médicas, con el área de cuidados paliativos, y así crear un ambiente en el cual el paciente se siente acompañado desde el inicio de la enfermedad y no hasta el final, así obtendrá un beneficio completo, la población que atienden.
- Promover la formación y preparación del personal respondiendo específicamente a las necesidades de los pacientes oncológicos, mostrando siempre la importancia del equipo multidisciplinario en todo el proceso de la enfermedad.
- Desarrollar talleres dirigidos a los pacientes oncológicos, donde se aborden temas desligados a la enfermedad. Presentar actividades que impliquen habilidades manuales y decorativas. Espacios de relajación en donde se les brinden diversas formas de lograr ese estado.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas:

- Fomentar talleres dirigidos a la atención integral en pacientes oncológicos, específicamente formas de abordamiento, puesto que en la actualidad la prevalencia de esta enfermedad es más constante e impacta a las familias de manera devastadora.

- Promover en los educandos universitarios, la importancia de la intervención de la psicología en cuidados paliativos, con la finalidad de generar cambios en el afrontamiento de la enfermedad, y en la sociedad guatemalteca.

A las Autoridades Gubernamentales:

- Fortalecer los programas oncológicos con enfoque social, con el propósito de contribuir en el bienestar, de las familias de los pacientes y así generar cambio a nivel social.
- Realizar diversas actividades que contengan acción de ser dirigidas a la población, promoviendo el valor de la aceptación de la enfermedad, concientizar de lo importante que es la revisión médica, con el fin de construir una sociedad que conozca y realice prevención en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alba García, J. M. (2001) *Ética Profesional, Parte fundamental*. Morelia: Editorial Amiesic. 195 pp.
2. Bayés, R. (1996) *Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa*. Madrid: Editorial Panamericana. 211 pp.
3. Bejerano, F. (1992) *Fundamentos del cuidado paliativo y atención del paciente terminal* Bogotá: Fundación Omega. 194 pp.
4. Branden, N. (1989) *¿Cómo mejorar la autoestima?* Buenos Aires: Editorial Paidós. 115 pp.
5. Comeche M.I, Diaz M.I., Vallejo M.A. (1995). *Cuestionarios Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales*. Madrid: Fundación Universidad Empresa. 82 pp.
6. Freud, Sigmund (1965) *El Malestar en la cultura. Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu, 235 pp.
7. Garcia, Alfonso (2005) *Tanatología y el proceso de duelo*. Madrid. España Editorial Eduforma 283 pp.
8. González Rey, Fernando (2006) *Investigación Cualitativa y Subjetiva*. Guatemala Oficina de Derechos Humanos Del Arzobispado de Guatemala. 247 pp.
9. Heidegger Martin. *Ser y Tiempo* (1977) trad. por Jorge Eduardo Rivera. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1997; Madrid, España. Editorial Trotta, 2009 2ª edición. 280 pp.
10. Hernández Álvarez, Mario. (2002) *La salud fragmentada en Colombia: 1910-1946* Bogotá, Colombia editorial Unibiblos pp. 324
11. Hopkins, Jeffrey. (2006) *Acerca de la muerte* Madrid Editorial Océano 285 pp.
12. Ibor Aliño J.(2005) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV TR; y Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10*. Barcelona: Editorial Can Magarola. 1041 pp.
13. Kùbler- Ross Elisabeth (1999) *El túnel y la luz*. Barcelona: Editorial Grijalvo 225 pp.

14. Melillo Suárez, N. (2002) *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 372 pp.

15. Nieto Munuera, J (2007) *Psicología de la Salud, estudio del comportamiento ante la enfermedad*. Madrid, España: Editorial McGraw Hill Interamericana. 343 pp.

16. OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo. *Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Mensaje de la Directora General Dra. Gro Harlem Brundtland. Ginebra. Octubre de 2002.

17. Sánchez Díaz, I. (2006). *Educación médica y medicina paliativa*. Santiago de Chile: Ediciones Cide. 235 pp.

ANEXOS

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Autor: A. S. Zigmond, R. P. Snaith.

Referencia: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Evalúa: Detección de trastornos depresivos y ansiosos en el contexto hospitalario no psiquiátrico.

N.º de ítems 14.

Administración: Auto aplicada.

DESCRIPCIÓN

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), conformada por 14 ítems, fue creada por Zigmond A.S. y Snaith R.P. (1983) y permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. El contenido de la HAD está referido a los aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) es especialmente interesante y evita equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con cáncer.

Diferenciar claramente entre los trastornos de tipo depresivo y los de tipo ansioso. Se recomienda que se utilice como instrumento de detección; en el caso de que puntúe como positivo la evaluación ha de complementarse con otras escalas más específicas y heteroaplicadas (p. ej., las escalas de Hamilton).

La HAD está constituida por 14 ítems, ninguno de los cuales hace referencia a síntomas somáticos. Los ítems se agrupan en dos subescalas, cada una de ellas con 7 ítems:

Subescala de ansiedad: está centrada en sus manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, nervios en el estómago, angustia). Son los ítems impares.

Subescala de depresión: centrada en la anhedonía (disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal, ilusión). Son los ítems pares.

Tradicionalmente se viene utilizando de forma auto aplicada si bien uno de sus autores (Snaith, 1987) recomienda que sea heteroaplicada.

El paciente ha de contestar a cada ítem utilizando una escala tipo Likert que unas veces hace referencia a intensidad del síntoma y otras veces a frecuencia de presentación. En cualquier caso, la escala oscila entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso).

El marco de referencia temporal es la semana previa.

Está adaptada y validada al español.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

Para cada subescala la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman.

Cabe recordar que los ítems impares conforman la subescala de ansiedad y los pares la de depresión.

En ambas subescalas la puntuación obtenida se interpreta de acuerdo a los siguientes criterios:

0-7: rango de normalidad.

8-10: caso probable.

11-14 Problema clínico

Subescala de ansiedad

(1) Me siento tenso o nervioso.

(3) Tengo una sensación de miedo como si algo horrible fuera a suceder.

(5) Tengo mi mente llena de preocupaciones.

(7) Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.

(9) Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago.

(11) Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.

(13) Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro.

Subescala de depresión

(2) Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer.

(4) Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas.

(6) Me siento alegre.

(8) Siento como si yo cada día estuviera más lento.

(10) He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado.

(12) Me siento con esperanzas respecto al futuro.

(14) Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de TV.

H.A.D VERSION ADAPTADA

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada.

1. Me siento tenso o nervioso

- a) Todos los días
- b) Muchas veces
- c) A veces
- d) Nunca

2. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer

- a) Como siempre
- b) No lo bastante
- c) Sólo un poco
- d) Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder

- a) Definitivamente y es muy fuerte
- b) Sí, pero no es muy fuerte
- c) Un poco, pero no me preocupa
- d) Nada

4. Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas

- a) Al igual que siempre lo hice
- b) No tanto ahora
- c) Casi nunca
- d) Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

- a) La mayoría de las veces
- b) Con bastante frecuencia
- c) A veces, aunque no muy seguido
- d) Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre

- Nunca
- No muy seguido
- A veces
- Casi siempre

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

- a) Siempre
- b) Por lo general
- c) No muy seguido
- d) Nunca

8. Siento como si yo cada día estuviera más lento

- a) Por lo general en todo momento
- b) Muy seguido
- c) A veces
- d) Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago

- a) Nunca
- b) En ciertas ocasiones
- c) Con bastante frecuencia
- d) Muy seguido

10. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado

- a) Totalmente
- b) No me preocupa como debiera
- c) Podría tener un poco más de cuidado
- d) Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

- a) Mucho
- b) Bastante
- c) No mucho
- d) Nada

12. Me siento con esperanzas respecto al futuro

- a) Igual que siempre
- b) Menos de lo que acostumbraba
- c) Mucho menos de lo que acostumbraba
- d) Nada

13. Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro

- a) Muy frecuentemente
- b) Bastante seguido
- c) No muy seguido
- d) Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

- a) Seguido
- b) A veces
- c) No muy seguido
- d) Rara vez