

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

**“LA DEPRESIÓN DURANTE EL MANEJO DEL DUELO ANTICIPADO EN
PACIENTES CON CÁNCER DE 40 A 60 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL
INSTITUTO Y HOSPITAL DE CANCEROLOGÍA DR. BERNARDO DEL VALLE
SAMAYOA – INCAN-, DURANTE EL CICLO 2019”**

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

POR

**ASTRID LORENA LÓPEZ BARRERA
FLOR DE LUCÍA NUFIO REYES**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS**

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2019

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem in the background. It features a central shield with a figure on horseback, surrounded by various heraldic symbols like castles, lions, and columns. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter.

CONSEJO DIRECTIVO

Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal

SECRETARIA

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Astrid Theilheimer Madariaga
Lesly Danineth García Morales

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo

REPRESENTANTE DE EGRESADOS



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas



C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg. 025-2019
CODIPs.2309-2019

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

08 de noviembre de 2019

Estudiantes

Astrid Lorena López Barrera
Flor de Lucía Nufio Reyes
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO (10º.) del Acta SETENTA Y SEIS GUIÓN DOS MIL DIECINUEVE (76-2019), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 08 de noviembre de 2019, que copiado literalmente dice:

“**DÉCIMO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: “**LA DEPRESIÓN DURANTE EL MANEJO DEL DUELO ANTICIPADO EN PACIENTES CON CÁNCER DE 40 A 60 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL INSTITUTO Y HOSPITAL DE CANCEROLOGÍA DR. BERNARDO DEL VALLE SAMAYOA -INCAN-, DURANTE EL CICLO 2019**”, de la carrera de: Licenciatura en Psicología realizado por:

Astrid Lorena López Barrera
Flor de Lucía Nufio Reyes

DPI: 2871 16689 0101
DPI: 2091 65413 2205

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Abraham Cortez Mejía y revisado por el Licenciado Helvin Velásquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **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”


Licenciada Julia Alicia Ramirez Orizabal
SECRETARIA



/Gaby

UG-223-2019

Guatemala, 04 de noviembre del 2019

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM



Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, las estudiantes **ASTRID LORENA LÓPEZ BARRERA, CARNÉ NO. 2871-16689-0101 y Registro de Expediente de Graduación No. L-37-2019-C-EPS Y FLOR DE LUCÍA NUFIO REYES, CARNÉ NO. 2091-65413-2205, Registro de Expediente de Graduación No. L-49-2019-C-EPS** han completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- **10 créditos académicos del Área de Desarrollo Profesional**
- **10 créditos académicos por Trabajo de Graduación**
- **15 créditos académicos por haber realizado Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- respectivamente.**

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"LA DEPRESIÓN DURANTE EL MANEJO DEL DUELO ANTICIPADO EN PACIENTES CON CÁNCER DE 40 A 60 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL INSTITUTO Y HOSPITAL DE CANCEROLOGÍA DR. BERNARDO DEL VALLE SAMAYOA -INCAN-, DURANTE EL CICLO 2019"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 26 de abril del año 2019.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Atentamente,



M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN

Lucia G.
CC. Archivo

ADJUNTO DOCUMENTOS SEGÚN ANEXO ADHERIDO.

CIEPs. 053-2019
REG. 025-2019

INFORME FINAL

Guatemala, 09 de octubre de 2019

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Helvin Velásquez Ramos** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“LA DEPRESIÓN DURANTE EL MANEJO DEL DUELO ANTICIPADO EN PACIENTES CON CÁNCER DE 40 A 60 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL INSTITUTO Y HOSPITAL DE CANCEROLOGÍA DR. BERNARDO DEL VALLE SAMAYOA –INCAN-, DURANTE EL CICLO 2019”.

ESTUDIANTES:
Astrid Lorena López Barrera
Flor de Lucía Nufio Reyes

DPI. No.
2871166890101
2091654132205

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 07 de octubre del año en curso por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 08 de octubre de 2019, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador

Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.

“Mayra Gutiérrez”



Centro Universitario Metropolitano –CUM- Edificio “A”
9ª. Avenida 9-15, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



**CIEPs. 053-2019
REG. 025-2019**

Guatemala, 09 de octubre de 2019

**Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas**

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

“LA DEPRESIÓN DURANTE EL MANEJO DEL DUELO ANTICIPADO EN PACIENTES CON CÁNCER DE 40 A 60 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL INSTITUTO Y HOSPITAL DE CANCEROLOGÍA DR. BERNARDO DEL VALLE SAMAYOA –INCAN-, DURANTE EL CICLO 2019”.

ESTUDIANTES:

**Astrid Lorena López Barrera
Flor de Lucía Nufio Reyes**

DPI. No.

**2871166890101
2091654132205**

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 07 de octubre de 2019, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

**Licenciado Helvin Velásquez Ramos
DOCENTE REVISOR**



**Centro Universitario Metropolitano –CUM- Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530**

c. archivo

Guatemala, 03 de abril de 2019

Coordinación

Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs)

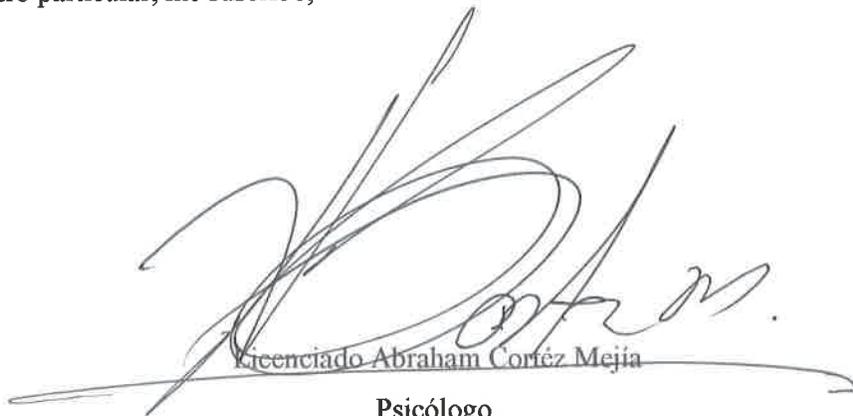
“Mayra Gutiérrez”

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado *“La depresión durante el manejo del duelo anticipado en pacientes con cáncer de 40 a 60 años de edad que asisten al Instituto y Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle Samayoa –INCAN-, durante el ciclo 2019”* realizado por las estudiantes Astrid Lorena López Barrera, CUI 2871 16689 0101, y Flor de Lucía Nufio Reyes, CUI 2091 65413 2205.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación del correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciado Abraham Cortez Mejia

Psicólogo

Colegiado No. 2795

Asesor de contenido

Guatemala, 11 de enero de 2019

Coordinación
Centro de Investigaciones en
Psicología (CIEPs) "Mayra Gutiérrez"

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarle que las estudiantes Astrid Lorena López Barrera, CUI 2871 16689 0101, y Flor de Lucía Nufio Reyes, CUI 2091 65413 2205 realizaron en esta institución 10 aplicaciones de test de depresión como parte del trabajo de Investigación titulado: *"La depresión durante el manejo del duelo anticipado en pacientes con cáncer de 40 a 60 años de edad que asisten al Instituto y Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle Samayoa –INCAN-"* en el período comprendido del 01 de octubre al 16 de noviembre del año 2018, en horario de 8:00 a 11:00 horas.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,


Dra. Vicky Fuentes de Falla
Presidenta de la Liga Nacional Contra el Cáncer
Tel. 2417-2100

LIGA NACIONAL CONTRA EL CÁNCER
RECORRIDO
11 ENE 2019
NOMBRE: _____
HORA: _____

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR ASTRID LORENA LÓPEZ BARRERA

HENRY RUBÉN LÓPEZ BARRERA

ARQUITECTO

COLEGIADO 4611

EDWIN ALEXIS LÓPEZ BARRERA

MÉDICO Y CIRUJANO

COLEGIADO 21682

DEYSI JUDITH LÓPEZ GÓMEZ

LICENCIADA EN PSICÓLOGA

COLEGIADO 5323

POR FLOR DE LUCÍA NUFIO REYES

REINA ISABEL REYES CÓRDOVA DE NUFIO

LICENCIADA EN PEDAGOGÍA Y ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA

COLEGIADO 13441

HÉCTOR ADILIO NUFIO REYES

INGENIERO AGRÓNOMO

COLEGIADO 2793

ACTO QUE DEDICO

Por: Astrid Lorena López Barrera

A:

- DIOS:** Por mi vida, por la vida de cada persona que colocó en mi camino para cumplir este sueño y cada bendición, este logro es por él y para él.
- MIS PADRES:** Henry Rubén López Gómez
Berta Hermelinda Barrera Salazar
Por su apoyo incondicional, por darme el mejor ejemplo de superación y esfuerzo, gracias por su amor, por siempre creer en mí y en la realización de este sueño.
- MIS HERMANOS:** Henry Rubén López Barrera
Edwin Alexis López Barrera
Por ser mi ejemplo a seguir, por enseñarme a luchar por mis sueños y lograrlos a pesar de las adversidades.
- MIS SOBRINOS:** Sofía López y Edwin López.
Gracias por ser mi mayor inspiración, que este logro sea un ejemplo para sus vidas.
- JORGE CRUZ:** Gracias por tu amor, confianza y apoyo. Por estar conmigo en los peores momentos y disfrutar a mi lado cada alegría.
- MI FAMILIA:** Abuelos, tíos y primos. Por confiar en mí. Especialmente a mi abuela Sara Salazar y a mi tío Edwin López que desde el cielo interceden por mí, y hoy celebran conmigo este triunfo.
- LUCIA NUFIO:** Por tu esfuerzo y dedicación, gracias por acompañarme en el cumplimiento de este logro.
- MIS AMIGOS:** Por cada momento compartido durante toda mi formación, gracias por formar parte de este logro.

ACTO QUE DEDICO

Por: Flor de Lucía Nufio Reyes

A:

- DIOS:** Por su gran amor a mí, guiarme y permitirme dar este paso, porque siempre me bendijo en el proceso de este sueño.
- MIS PADRES:** Héctor Adilio Nufio Reyes
Reina Isabel Reyes Córdova de Nufio
Por su ejemplo de superación académica, constancia y dedicación, gracias por sus esfuerzos en mi formación, por creer y apoyarme en esta etapa de mi vida, y por todo su amor hacia mí.
- MI HERMANO:** Héctor Guillermo Nufio Reyes
Por todo su amor, su apoyo incondicional y creer en mí siempre.
- JOEL YAX:** Por su apoyo, amor y siempre creer en la realización de este sueño.
- MI FAMILIA:** Abuelos, tíos y primos, por su apoyo y cariño.
- ASTRID LÓPEZ** Con quien comparto este logro, gracias por su dedicación y esmero en la realización de este proyecto.
- MIS AMIGOS:** Por los momentos de alegría que hemos compartido y por haber sido parte de esta etapa tan importante de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A:

La Universidad de San Carlos de Guatemala, por ser nuestra alma mater, abrirnos las puertas, formarnos como profesionales y permitirnos pertenecer a tan prestigiosa casa de estudios.

La Escuela de Ciencias Psicológicas, por tener catedráticos de excelencia y permitirnos con base en su experiencia, formarnos como profesionales en salud mental.

El Instituto y Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle S. –INCAN-, por abrirnos las puertas de la institución y consentir la realización de la última fase de nuestro proyecto de investigación.

El Licenciado Abraham Cortez, por su asesoría y motivación en la elaboración del proyecto de investigación.

El Licenciado Helvin Velásquez, por su orientación y apoyo en la revisión de nuestro proyecto de investigación.

La Licenciada Silvia de León y Licenciada Laura Villegas, por su valiosa amistad, asesoría y colaboración en la elaboración de nuestro proyecto de investigación.

A los pacientes participantes del estudio, por la confianza y participación que nos brindaron para la realización de nuestro proyecto de investigación.

Índice

	Pág.
RESUMEN	
PRÓLOGO	
CAPÍTULO I	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO.....	1
1.01. Planteamiento inicial del problema	1
1.02. Objetivos de la investigación	3
1.02.1. Objetivo general	3
1.02.2. Objetivos específicos.....	3
1.03. Marco teórico	4
1.03.1. Antecedentes	4
1.03.2. Contexto Guatemala	5
1.03.3. Marco institucional.....	5
1.03.4. Desarrollo de la personalidad	6
1.03.4.1. Estadíos psicosociales de Erikson	7
1.03.5. Cáncer	9
1.03.5.1. Paciente oncológico.....	9
1.03.5.2. Tratamiento oncológico: equipo multidisciplinario	9
1.03.6. Psicooncología	10
1.03.6.1. Efectos psicosociales del cáncer.....	10
1.03.7. Ansiedad.....	11
1.03.7.1. Ansiedad y cáncer	12
1.03.8. Duelo	13
1.03.8.1. Tipología del duelo.....	13
1.03.8.1. Duelo anticipado	14
1.03.9. Depresión	15
1.03.9.1. Criterios diagnósticos del trastorno depresivo, DSM V	16
1.03.9.2. Niveles de depresión	18
1.03.9.3. Tratamiento psicológico de la depresión.....	18
CAPÍTULO II	24
2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	24
2.01. Enfoques y modelos de investigación	24

2.02. Técnicas.....	24
Técnica de muestreo.....	24
Técnicas de recolección de datos	24
Técnicas de análisis de la información.....	25
2.03. Instrumentos.....	26
2.04. Operacionalización de los objetivos.....	27
CAPÍTULO III.....	29
3. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	29
3.01. Características del lugar y de la muestra.....	29
3.02. Presentación e interpretación de resultados	30
3.03. Análisis general.....	35
CAPÍTULO IV.....	42
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
4.01. Conclusiones	42
4.02. Recomendaciones.....	43
4.03. Referencias.....	44
4.04 Anexos.....	45

RESUMEN

“La depresión durante el manejo del duelo anticipado en pacientes con cáncer de 40 a 60 años de edad que asisten al Instituto y Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle Samayoa – INCAN-, durante el ciclo 2019”

Autoras: Astrid Lorena López Barrera

Flor de Lucía Nufio Reyes

El objetivo general de esta investigación fue aportar conocimientos sobre los niveles de depresión durante el manejo del duelo anticipado en pacientes con cáncer.

Para la realización del estudio de investigación se utilizó el modelo y enfoque cuantitativo, bajo el diseño de investigación pre experimental, debido a que se evaluó una misma muestra dos veces, se seleccionó a 10 participantes por medio del muestreo no aleatorio. Se aplicó una evaluación psicométrica, en donde se recolectaron los datos a través del Inventario de la Depresión de Beck. Se realizó un abordaje psicoterapéutico, basado en la Terapia Cognitiva de la Depresión, propuesto por Aaron Beck, en el cual se establecieron criterios básicos para el tratamiento de la depresión, luego se reevaluó a la misma población con el fin de comprobar la efectividad del tratamiento para medir las variables planteadas en el estudio. La presentación de resultados se realizó a través del análisis de datos de gráficas y análisis de relación de datos.

Se concluyó que los pacientes diagnosticados con cáncer durante el duelo anticipado experimentan signos y síntomas de un trastorno del estado de ánimo, como la depresión, en el que los niveles identificados son evidentemente graves/severos. Se logró comprobar la efectividad en el tratamiento de la depresión, con la aplicación de un programa que implicó el manejo de la técnica más conocida y utilizada en la terapia cognitiva de Aaron Beck, en donde se pudo comprobar a través de la reevaluación que los pacientes pasaron de un nivel de depresión grave a un nivel de depresión moderada, hasta leve.

PRÓLOGO

El cáncer es una enfermedad que afecta drásticamente los distintos ámbitos que rodean al paciente, ya sea físico, social, económico y emocional. Los cambios que presenta su cuerpo, la sintomatología que le acompaña, la dificultad de no poder realizar sus actividades diarias, el dejar a su familia y amigos es un proceso doloroso y traumático.

En el estudio se logró conocer los niveles de depresión que presentan los pacientes diagnosticados con cáncer durante el manejo de duelo anticipado, teniendo resultados alarmantes desde depresión moderada a alta por medio del Inventario de la Depresión de Beck, escala recomendada para un diagnóstico rápido y confiable. Se abordó un plan de tratamiento enfocado en la depresión, utilizada en el enfoque cognitivo conductual de Aaron Beck. Así mismo, al finalizar la intervención psicoterapéutica se pudo identificar en los pacientes una disminución y regulación de los niveles de depresión, mejorando su calidad de vida y su percepción psicosocial.

Se utilizó el muestreo no aleatorio, donde se seleccionó una muestra de 10 participantes que cumplieran con los siguientes criterios: pacientes diagnosticados con cáncer, con signos y síntomas de depresión, dentro de las edades de 40 a 60 años, que asistan al Instituto y Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle S. –INCAN-. Este hospital tiene como objetivo promover la organización y realización de la lucha contra el cáncer y todas sus manifestaciones en la República de Guatemala; siendo una asociación ajena a toda actividad política, religiosa y lucrativa.

En el ámbito de la salud mental, la depresión es el trastorno del estado de ánimo que más se presenta en los pacientes con enfermedades crónicas, como lo es el cáncer. Esto dificulta que el paciente afronte correctamente su diagnóstico, trayendo consecuencias en la capacidad de toma de decisiones, seguimiento y evolución en su tratamiento médico, enfrentándose a pensamientos negativos, confrontativos, sentimientos de ira y negociación, disminución del interés en sus actividades, problemas de sueño, sentimientos de inutilidad, y sobre todo un estado de ánimo bajo durante la mayor parte del día, siendo éstos los

principales síntomas que engloba la depresión. Por lo tanto, la identificación e intervención psicoterapéutica son aspectos importantes e indispensables en el tratamiento del cáncer.

El alcance obtenido en la investigación fue comprobar la efectividad de un plan de tratamiento para la depresión, siendo ésta la técnica enfocada en la terapia cognitiva de Aaron Beck, aportando a los profesionales de la salud mental que laboran en la institución un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, adaptado a pacientes hospitalizados, beneficiando al paciente en el incremento de su autoestima, su seguridad, afrontar las distintas situaciones que la enfermedad le presenta de una forma más tranquila, con más confianza y dominio de la situación.

Las limitaciones encontradas en el plan de acción de la investigación se fueron dando al momento de seleccionar la población, debido a que muchos de los pacientes no se encontraban estables médica y físicamente, es decir, se sentían muy agotados, presentaban dolor crónico, o físicamente se les imposibilitaba poder hablar o escuchar; en otros casos los pacientes estaban ocupados siendo atendidos por otros servicios como lo son radioterapia, quimioterapia, nutrición, entre otros. Esto dificultó en la coordinación con la atención al paciente; así mismo al momento que el hospital daba de alta a algún paciente no se podía completar el plan de tratamiento, por lo que la muestra se tenía que reemplazar.

Como investigadoras agradecemos al Instituto y Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle S. por la confianza y la oportunidad de realizar nuestra investigación, a todas las personas que fueron participes de este proceso, a los pacientes, profesionales de la salud, y a todos aquellos que nos brindaron su apoyo ya sea de manera directa o indirecta.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.01. Planteamiento inicial del problema

El problema a investigar fue: “La depresión durante el manejo del duelo anticipado en pacientes con cáncer de 40 a 60 años de edad que asisten al Instituto y Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle Samayoa –INCAN-, durante el ciclo 2019”.

En los países americanos, el cáncer es la segunda causa de muerte. Según el Centro Nacional de Epidemiología (CNE), cada año fallecen por esta enfermedad 1,1 millones de personas. Sin embargo, se estima que entre el 30 y 40% de los casos de cáncer pueden ser prevenidos y otro 30% de los casos pueden curarse, mediante la detección temprana seguida de un tratamiento efectivo.

En la región, los tipos de cáncer que más se registran son: cervicouterino y de mama para las mujeres, así como cáncer pulmonar, próstata y colorrectal para los hombres. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en Guatemala se registran al menos 7 mil 250 muertes por cáncer cada año.

Es la depresión uno de los trastornos del ánimo más visibles en los pacientes diagnosticados con cáncer que asisten al Instituto y Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle S. –INCAN-; los síntomas de depresión como el llanto, tristeza, anhedonia, anergia, abulia, aislamiento social, insomnio, hipersomnias, baja autoestima, disminución o aumento de apetito, entre otros, pueden aparecer poco después del diagnóstico o en cualquier momento durante el tratamiento o después de éste, por lo tanto, el apoyo psicológico que brinda el equipo de profesionales de la salud mental va dirigido a ayudar al paciente a sobrellevar el cáncer, siendo para él una situación amenazante e impactante, pues afecta cada aspecto de su vida; en lo físico, conductual, emocional, social y psicológico.

La depresión forma parte de un cuadro patológico complicado de tratar, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y afectivos. Una persona que sufre de depresión se ve afectada en todas las esferas de su vida, por lo que su calidad de vida disminuye.

El duelo anticipado hace referencia a las manifestaciones emocionales, conductuales y sociales que se presentan antes de una pérdida inminente, por ejemplo, cuando a una persona se le da un diagnóstico médico crónico o terminal, sufre un accidente automovilístico, o se ve afectada ante cualquier situación que atente gravemente contra la vida propia o conduzca a la muerte.

Paciente oncológico se le denomina a aquella persona que recibe tratamiento para el cáncer en un ambiente hospitalario, con el fin de solucionar y abordar los síntomas y signos que conlleva la enfermedad.

Durante el transcurso de la investigación se dio respuesta a las siguientes interrogantes: ¿cuáles son los niveles de depresión durante el manejo del duelo anticipado?, y ¿qué efectividad tiene un programa para el tratamiento de la depresión durante el manejo del duelo anticipado?

1.02. Objetivos de la investigación

1.02.1. General

Aportar conocimientos sobre los niveles de depresión durante el manejo del duelo anticipado en pacientes con cáncer.

1.02.2. Específicos

- Identificar el nivel de depresión en pacientes con cáncer de 40 a 60 años de edad que asisten al Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle Samayoa – INCAN-, durante el ciclo 2019.
- Aportar criterios para el tratamiento de la depresión durante el manejo del duelo anticipado en pacientes con cáncer que asisten al Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle Samayoa – INCAN-, durante el ciclo 2019.
- Comprobar la efectividad de un programa para el tratamiento de la depresión durante el manejo del duelo anticipado en pacientes con cáncer que asisten al Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle Samayoa – INCAN-, durante el ciclo 2019.

1.03. Marco teórico

1.03.1. Antecedentes

El cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Tiene grandes repercusiones en la sociedad y en todo el mundo. Las estadísticas del cáncer, según el Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos (2018), describen lo que ocurre en grandes grupos de personas y ofrecen una imagen a través del tiempo de la carga que representa el cáncer en la sociedad.

Además de la gama de efectos que trae consigo la enfermedad del cáncer, la depresión es un problema muy común en los pacientes que lo padecen, su adecuada y pronta identificación permite la aplicación de intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas necesarias en cada caso. Considerando que existen diferentes dificultades para la evaluación de la depresión, esto se hace más evidente en pacientes que sufren de cáncer, pues algunos de ellos están debilitados físicamente debido a los tratamientos o al estadio de su enfermedad. Existen estudios (Bukber, 1984) donde se demuestran una amplia variación en la prevalencia de la depresión en pacientes con cáncer (4% a 58%), debido al tipo de población estudiada, al estadio clínico de la enfermedad, así como por los instrumentos diagnósticos aplicados.

De acuerdo con la revisión del Artículo referente a la Prevalencia de depresión en una población de pacientes con cáncer (García, 2010), en cuatro estudios emplearon el Inventario de Depresión de Beck como instrumento para evaluarla en pacientes con cáncer: Plumb, en 1981, encontró que 33% de los pacientes presentaban depresión; Gooding (2004), evidenció depresión en 39% de pacientes varones con cáncer; y Sachs (2004), informó 57% de síntomas depresivos en un grupo de mujeres, mientras que Kelsen (1995) encontró 38% de casos con depresión.

El trastorno psiquiátrico que se asocia con más frecuencia con el cáncer es la depresión (Ritterban & Spielberger, 2001). En la mayoría de estudios internacionales, se encuentra un rango de prevalencia de morbilidad psicológica en cáncer entre 4.5% y 50%.

1.03.2. Contexto Guatemala

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el año 2016, creó una guía de prevención y atención integral de cáncer, con el fin de brindar una herramienta técnica que se basa en información científica que contribuya a mejorar la calidad de atención y la toma de decisiones relacionadas con la promoción, prevención del cáncer, recuperación y rehabilitación de la salud.

Sin embargo, la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud (2017) determinan la urgencia de que en Guatemala se adopten nuevos compromisos para dirigir mejores avances contra el cáncer, debido a que el país se enfrenta a grandes epidemias, siendo el cáncer una de ellas, y no cuentan con los recursos necesarios, lo que podría generar un riesgo creciente para la población guatemalteca.

En Guatemala, actualmente, son reducidas las instituciones dedicadas a atender dicha epidemia, el cáncer, entre algunas entidades que prestan el servicio a toda la población están: el Hospital Nacional San Juan de Dios, Hospital Nacional Roosevelt, el Instituto de Cancerología, la Unidad de Oncología Pediátrica, éstas son instituciones con más registro de atención a pacientes con cáncer.

El Instituto y Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle Samayoa –INCAN-, es el único hospital especializado en cáncer en adultos en Guatemala, se registran alrededor de 3,500 nuevos casos de cáncer al año, y atiende a una población estimada de 80 mil personas.

El departamento de Registro del Hospital INCAN (2016) demuestra que durante los años 2012 y 2013, se registraron casi 3,500 pacientes con cáncer, de los cuales el 29% fueron hombres y el 71% mujeres.

1.03.3. Marco Institucional

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2016) indica ser el ente encargado de garantizar el ejercicio del derecho de a la salud de las y los habitantes de Guatemala, ejerciendo la rectoría del sector salud a través de la conducción, coordinación, y regulación de la prestación de servicios de salud, y control del financiamiento y administración de los recursos, orientados al trato humano para la promoción de la salud, prevención de la

enfermedad, recuperación y rehabilitación de las personas, con calidad, pertinencia cultural y en condiciones de equidad.

La Liga Nacional Contra el Cáncer es una asociación, ajena a toda actividad política, religiosa y lucrativa, que tiene por objeto promover la organización y realización en la República de Guatemala de la lucha contra el cáncer y todas sus manifestaciones, actuando por sí misma y en cooperación con los organismos oficiales y privados, cuyos fines sean análogos a ella.

Fue fundada en el año 1952 por la inquietud del Club Rotario de Guatemala. La comisión de organización fue presidida por el Doctor Bernardo del Valle Samayoa, y sus estatutos y personalidad jurídica fueron aprobados por Acuerdo Gubernativo el 3 de febrero del año 1953. La primera clínica se inauguró el 28 de agosto de 1953 en las instalaciones del Hospital San Juan de Dios, su presupuesto fue financiado por la Liga.

Hasta 1969, se creó el Instituto de Cancerología y Hospital Dr. Bernardo del Valle S.- INCAN-, con el fin de expandir los servicios de crear un institución que proveyera no solo atención ambulatoria sino la posibilidad de atender a la población guatemalteca con cáncer, que necesitaran ser hospitalizados y ser tratados con continuidad.

1.03.4. Desarrollo de la personalidad

La personalidad se refiere a un patrón distintivo y relativamente moldeante de pensamientos, sentimientos, necesidades, motivos, valores, actitudes y comportamientos del individuo, es decir, la suma total de maneras en las cuales una persona reacciona e interactúa con los demás. Este aspecto conlleva características internas que determinan y reflejan cómo una persona responde a su entorno, reflejando diferencias individuales entre todas las personas.

En su Libro Desarrollo Humano: estudio del ciclo vital, (Philip, 1997) hace mención de la Teoría Psicosocial de Erikson, en la cual se describe Generatividad contra Estancamiento, etapa que se da en los adultos de mediana edad, entre cuarenta y cincuenta años, en donde indica que los adultos de mediana edad asumen la responsabilidad, los roles

adultos en su comunidad, el trabajo y la tarea de enseñar y guiar a la siguiente generación, o se quedan personalmente empobrecidos, centrados en sí mismos y estancados.

Para Erik Erikson (Philip, 1997), el desarrollo psicosocial de las personas está dado a través de cada estadio determinado en parte por los éxitos o por los fracasos. Cada fase de éste desarrollo comprende ciertas tareas o funciones que son psicosociales por naturaleza. Cada fase tiene un tiempo óptimo, y es inútil empujar a un niño a la adultez, cosa muy común entre personas obsesionadas con el éxito.

Al pasar por un estadio, se adoptan ciertas virtudes o fuerzas psicosociales que ayudarán en el resto de los estadios de la vida.

1.03.4.1. Estadios psicosociales de Erikson (Philip, 1997), tomando a consideración las etapas más relevantes para la investigación.

- **Estadio VII: adultez-media**

Este estadio corresponde al de la adultez media. Es muy difícil establecer el rango de edades, pero se incluye aquel periodo dedicado a la crianza de los niños. Para la mayoría de las personas, se estaría hablando de un período comprendido entre los 20 y los 50 (o más) años de edad. La tarea fundamental es lograr un equilibrio apropiado entre la productividad y estancamiento.

Se debe mencionar que la productividad es una extensión del amor hacia el futuro, tiene que ver con una preocupación sobre la siguiente generación y todas las demás futuras. Aunque la mayoría de personas ponen en práctica la productividad teniendo y criando hijos, también existen otras maneras de hacerlo. Erikson considera que la enseñanza, la escritura, la inventiva, las ciencias y las artes, el activismo social complementan la tarea de productividad. En pocas palabras, la productividad es cualquier cosa que llene esa vieja necesidad de ser necesitado.

Por otro lado, el estancamiento es la denominación de cuidar de nadie. Una persona estancada deja de ser un miembro productivo de la sociedad.

La tendencia maligna de rechazo, supone muy poca productividad y bastante estancamiento, produciendo una mínima participación o contribución a la sociedad. Esta etapa es la llamada “crisis de la mediana edad”, pero no cabe duda de que si se atraviesa esta etapa con éxito, se desarrollará una capacidad importante para cuidar, que luego servirá el resto de vida.

- **Estadio VIII: adultez tardía**

Esta última etapa, la delicada adultez tardía o madurez, o la llamada de forma más directa y menos suave, edad de la vejez, empieza alrededor de la jubilación, después que los hijos se han ido; alrededor de los 60 años de edad, aproximadamente. Algunas personas que llegan a esta etapa de su vida rabian con esto, y dicen que esta etapa empieza solo cuando las personas se sienten viejas, pero esto es un efecto directo de una cultura que realza la juventud, no cual aleja incluso a los mayores de que reconozcan su edad. Erikson establece que es bueno llegar a esta etapa y si no se logra, es que existieron algunos problemas anteriores que retrasaron el desarrollo normal.

La tarea primordial de esta etapa de desarrollo es lograr una integridad, debido a que parece ser la más difícil de todas. Primero ocurre distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad, otros perciben que su tarea como padres ya ha finalizado y la mayoría creen que sus aportes ya no son necesarios.

Junto a las enfermedades que asechan en esta etapa, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren, los familiares también, la pareja muere. Es inevitable que exista la desesperanza de saber que esta etapa es la más cercana al fin de la vida.

La persona que afronta la muerte sin miedo tiene la virtud que Erikson llama sabiduría. Considera que este es un regalo para los hijos, dado que los niños sanos no temerán a la vida si sus mayores tienen la suficiente integridad para no temer a la muerte.

1.03.5. Cáncer

De acuerdo con la OMS (2017), el cáncer es un crecimiento y diseminación anormal e incontrolado de las células. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir distintas partes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso conocido como “metástasis”.

Para Gómez & Granados García, (2013), el cáncer es una anomalía que puede tratarse de formas diferentes, desde el punto de vista biológico es un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular, tal modificación conduce el desarrollo de una clona que tiene la capacidad de invadir y destruir los tejidos adyacentes y diseminarse hacia sitios distantes con formación de nuevas colonias o propagación metastásica, induciendo hasta la muerte.

De acuerdo con Barthe (1997), la enfermedad oncológica está provocada por trastornos genéticos, no son contagiosos, en muy pocas ocasiones son hereditarias, y afortunadamente en muchos casos son curables.

Según Macarulla, Ramos & Tabernero (2009), un tumor es maligno cuando tiene la capacidad de invadir otros tejidos, liberando parte de las células tumorales al torrente sanguíneo o linfático. Mediante este proceso se forman lesiones a distancia llamadas metástasis.

1.03.5.1. Paciente oncológico

El paciente oncológico se le denomina a aquella persona diagnosticada con cáncer que recibe tratamiento oncológico en un ambiente hospitalario.

1.03.5.2. Tratamiento oncológico: Equipo multidisciplinario

El tratamiento del cáncer no implica solo la aplicación de intervención médica o farmacéutica, debido a que el cáncer es provocado por distintos factores, así debe ser su tratamiento, multidisciplinario, con el cual se ofrezcan soluciones a todas aquellas áreas que en relación al paciente y su diagnóstico estén afectadas, ya sea a nivel físico, psicológico, social, nutricional, familiar, o incluso espiritual.

Es por ello, que se ve la necesidad de formar grupos multidisciplinarios que respondan a las demandas del paciente, como personal médico, personal de enfermería, profesionales de la salud mental, trabajo social, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, guías espirituales, voluntarios y todo aquel personal de salud que aporte bienestar al paciente.

1.03.6. Psicooncología

De acuerdo con Gómez & Granados García (2013), la psicooncología es la disciplina dedicada al estudio científico del paciente que desarrolla el cáncer, cuyo objetivo central es precisamente el cuidado psicosocial del paciente oncológico. La psicooncología coadyuva con el equipo médico con el abordaje integral del enfermo. Por lo tanto, esta rama se complementa con profesionales de salud mental y la oncología, con el objetivo de abordar y tratar todos los aspectos que rodean al paciente diagnosticado con cáncer, como lo es el área social, familiar, cultural, espiritual, económico, psicológico, emocional, legal y sexual, las consecuencias que consigo trae, así como las repercusiones y el impacto que no solo ocasiona la enfermedad si no también, el tratamiento oncológico.

1.03.6.1. Efectos psicosociales del cáncer

Según Barthe (1997), el cáncer puede llegar a ocasionar graves trastornos psicológicos, emotivos, afectivos..., que son, en ocasiones, tan importantes como las enfermedades que los han producido. Por este motivo es imprescindible la colaboración de personal experto en estas cuestiones (Psicólogos), con el equipo sanitario (médicos y enfermeras).

La literatura mundial reconoce que en el proceso de enfermedad y tratamiento oncológico se presentan tres fases en las reacciones psicológicas esperables, dependiendo de la fase en que se encuentre dicho proceso: (Gómez & Granados García, 2013)

1. Fase inicial: sin pretender determinar que en todos los pacientes se presenta de la misma forma y en el orden referido, son: incredulidad, rechazo y el impacto ante la noticia del diagnóstico.
2. Fase disforia: se reconocen síntomas depresivos, ansiosos, insomnio, anorexia, alteraciones de la concentración, incapacidad en el funcionamiento cotidiano, pensamientos irracionales relacionados con la enfermedad y la muerte.

3. Fase de adaptación a largo plazo: se caracteriza por la utilización de diferentes estrategias y estilos de adaptación a eventos anteriores de la vida. (pp.1099)

El cáncer produce distintos efectos colaterales que afectan a cada uno de los pacientes de forma especial e inigualable. Por lo que, dependerá de la capacidad de resiliencia de cada paciente, así como de los mecanismos de defensa y contención, para poder adaptarse, sobrellevar y responder a los diferentes síntomas que provocan la enfermedad y su tratamiento.

Según Gómez & Granados García (2013), se calcula que aproximadamente 25 a 30% de los pacientes tienen una respuesta adaptativa normal, otro 20 a 25% sufre de cuadros de estrés agudos y posteriormente tienen una adaptación normal, sin requerir atención médica y psicológica. Un 30% presenta un trastorno de ajuste con ansiedad, depresión o mixtos; cerca de 5 a 10% sufre de depresión mayor, 3% presenta cuadros de delirio y los restantes presentan trastornos de ansiedad, personalidad y enfermedades mentales mayores.

1.03.7. Ansiedad

La Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association, APA), refiere a la ansiedad como “una reacción humana normal ante situaciones estresantes”. Sin embargo, en el caso de personas con trastornos de ansiedad, esos temores y preocupaciones no son temporales. Su ansiedad persiste, e incluso puede empeorar con el paso del tiempo.

Los trastornos de ansiedad pueden afectar seriamente la capacidad de desempeño laboral, escolar y en situaciones sociales. También puede interferir en las relaciones con familiares y amigos.

Aunque hay muchos tipos de trastornos de ansiedad, varios estudios sugieren que la mayoría de los mismos son provocados por procesos subyacentes similares. Las personas que tienen trastornos de ansiedad tienden a sentirse abrumados fácilmente por sus emociones, y a presentar reacciones particularmente negativas a esos sentimientos y situaciones desagradables. Cuando una persona aprende a transformar esos patrones de pensamiento, puede reducir la posibilidad e intensidad de los síntomas de la ansiedad.

1.03.7.1 Ansiedad y cáncer

La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (American Society of Clinical Oncology, ASCO) describe a la ansiedad como “una sensación de nerviosismo, tensión o preocupación”. Es una emoción normal que alerta al cuerpo para que responda ante una amenaza. Sin embargo, la ansiedad intensa y prolongada es un trastorno que puede interferir en las relaciones y actividades cotidianas. La ansiedad aguda se produce en breves episodios que finalizan rápidamente. La ansiedad crónica se mantiene a lo largo del tiempo.

Los síntomas de la ansiedad pueden ser leves o graves. Algunos de los síntomas pueden ser similares a los de la depresión, y esto se debe a que la depresión se produce junto con la ansiedad.

Muchas personas con cáncer experimentan síntomas de ansiedad. Un diagnóstico de cáncer puede generar ciertos sentimientos (ASCO, 2018):

- Temor a los efectos secundarios del tratamiento o relacionados con éste
- Temor a una recidiva del cáncer o a su diseminación después del tratamiento
- Incertidumbre
- Preocupación por perder la independencia
- Inquietud sobre cambios en las relaciones
- Temor a la muerte

Es posible que la ansiedad dificulte afrontar el tratamiento del cáncer. También puede interferir en su capacidad de tomar decisiones sobre su atención.

La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (American Society of Clinical Oncology, ASCO) recomienda hacer una detección de la ansiedad. Esta debe hacerse cuando reciba un diagnóstico de cáncer y en intervalos periódicos durante su tratamiento y recuperación. Las recomendaciones de tratamiento dependerán de cuántos síntomas de ansiedad tiene y con qué frecuencia los tiene.

1.03.8. Duelo

Distintas enfermedades crónicas, como lo es el cáncer, consumen y debilitan gravemente la condición física y emocional del paciente, por lo que en su mayoría si no existe control ni tratamiento, conducen a la muerte.

Para Villagrán (1996), el duelo (del latín *dolus*, dolor: pena, aflicción o pesar por la muerte de alguien) como reacción emocional ante una pérdida es un proceso que puede variar de persona a persona e, incluso, en el mismo individuo a lo largo del tiempo. Es un proceso normal que tiene lugar ante la muerte de un ser querido.

Según Sherr (1992), el duelo es el proceso psicológico al que nos enfrentamos tras las pérdidas y que consiste principalmente en la adaptación emocional a estas, si bien se trata de una experiencia compleja que engloba también factores fisiológicos, cognitivos y comportamentales, entre otros.

1.03.8.1 Tipología del duelo

El duelo se compone por distintas reacciones tanto a nivel cognitivo como emocional manifestándose de manera subjetiva en el individuo, por lo que su resolución dependerá de distintos factores que van desde las circunstancias de la pérdida, hasta el tipo de relación que este llevaba con la persona fallecida o la pérdida.

Según Villagrán (1996), en su libro *La Depresión*, hace una diferenciación en cuanto al duelo normal y el duelo patológico:

- *Duelo normal*: el duelo normal suele durar alrededor de un año, pero existen estudios que confirman que muchas personas nunca completan el trabajo de duelo y hasta el final de sus vidas presentan reacciones y conductas propias del mismo. El trabajo de duelo llega a su fin cuando ya no se piensa que la persona querida se ha ido o se deja de pensar en aquello que se perdido, sino que se acepta que ya no está.

- *Duelo patológico*: en el duelo patológico pueden aparecer síntomas físicos, que replican los sufridos por el fallecido. En este proceso de duelo puede desviarse de la norma por causas distintas, estar ausente y no producirse la reacción emocional o puede hacerse eterno y nunca resolverse.

1.03.8.2. Duelo anticipado

De acuerdo con Kübler-Ross (2006), el duelo anticipado es el duelo experimentado antes de una pérdida significativa. Se puede decir que el duelo anticipado puede ser un duelo de preparación. Preparación para el paciente que tiene una enfermedad terminal, y preparación para la familia y otras personas en la vida del paciente.

Este tipo de duelo no suele experimentarse solamente con el paciente, sino también con cualquier persona asociada emocionalmente al paciente, como lo son su familia más cercana, cuidadores, amigos, como el profesional de salud que brinda la atención proporcionada por el centro asistencial; médicos, psicólogos, enfermeras, entre otros.

1.03.8.2.1. Fases del duelo anticipado

El duelo anticipado se puede dividir en 5 distintas fases o etapas, la Psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross hace mención de las mismas por primera ocasión en su libro “On death and dying” (“Sobre la muerte y los moribundos”), en el año de 1969, en el que sus estudios se basan en los trabajos realizados con pacientes terminales en la Universidad de Chicago:

- *Primera fase: negación y aislamiento*: la negación, es habitual en casi todos los pacientes, no solo durante las primeras fases de la enfermedad o al enterarse en el diagnóstico, sino en la mayoría de todo el proceso. Estos pacientes pueden considerar la posibilidad de su propia muerte durante un tiempo, pero luego tienen que desechar estos pensamientos para proseguir con su vida. La negación es una defensa profesional que pronto será sustituida por una aceptación parcial.
- *Segunda fase: ira*: cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Esta fase de ira es muy difícil de afrontar para la familia y el personal multidisciplinario,

debido a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.

- *Tercera fase: pacto (negociación):* el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “a la buena conducta”, además fija un plazo de “vencimiento” impuesto por uno mismo, y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento. La mayoría de los pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o en el despacho de un sacerdote; las promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta.
- *Cuarta fase: depresión:* cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas o se debilita y adelgaza no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara. Su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida.
- *Quinta fase: aceptación:* si un paciente ha tenido bastante tiempo y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni le enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia a los que gozan de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz; está casi desprovista de sentimientos, es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegar al momento del “descanso final del largo viaje”.

Una vez el paciente haya logrado sobrellevar todas las fases del duelo con ayuda de su terapeuta, es en estos momentos la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo que el propio paciente, cuando el paciente moribundo ha encontrado paz y aceptación, su capacidad de interés disminuye.

1.03.9. Depresión

Para el Instituto de Salud Mental (Mental, 2015), cuando una persona tiene un trastorno depresivo, éste interfiere con la vida diaria y el desempeño normal, causa dolor tanto para

quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

Para Villagrán (1996), la depresión es un estado de ánimo, donde pareciera que se estuviese encadenado al sufrimiento y no pudiera despegarse de él. El término se utiliza para designar un conjunto de síntomas entre los que se encuentran el ánimo triste o depresivo como elemento central.

La tristeza del depresivo es diferente a la tristeza normal, debido a que ésta se manifiesta con mayor intensidad de manera somática, siendo éstos los más frecuentes en la depresión: dolores o algias, vértigos o mareos, molestias gastrointestinales (náuseas, estreñimiento, gases) y las alteraciones cardiorrespiratorias (taquicardia, dificultad para respirar). Entre las quejas de dolores destacan las cefaleas, muy frecuentes como queja inicial en los trastornos depresivos.

1.03.9.1. Criterios diagnósticos del trastorno depresivo, según DSM V (Assosiation, 2014)

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).

3. pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito

casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).

4. insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica.

1.03.9.2. Niveles de depresión

Según la Guía para interpretación del inventario de la depresión de Beck (Beck, 2010), propone los siguientes niveles de depresión de acuerdo a la valoración de resultados de la escala:

Puntuación	Nivel de depresión
0-13	Depresión mínima
14-19	Depresión leve
20-28	Depresión moderada
29-63	Depresión grave / severa

Se debe considerar que una puntuación persistente de 19 o más, indica que puede necesitar ayuda profesional. (Beck, 2010)

1.03.9.3. Tratamiento psicológico de la depresión

En la Psicoterapia se utiliza una serie de técnicas o estrategias con el fin de modificar o influir en la conducta, los pensamientos, los afectos y las actitudes del paciente. La elección de las técnicas de tratamiento debe hacerse por medio de una evaluación profesional según las necesidades del paciente.

En el tratamiento psicológico de la depresión, la técnica más conocida y utilizada es la denominada Terapia Cognitiva de Beck, es un procedimiento avalado por distintos estudios experimentales comparados que demuestran su eficacia. (Villagrán, 1996)

1.03.9.3.1 Terapia Cognitiva

De acuerdo con Beck (2010), la Terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, que se utiliza para tratar distintas alteraciones

psiquiátricas (la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.

Es decir, los eventos que suceden en la consciencia se van a basar, específicamente, en las actitudes o supuestos desarrollados a partir de la propia experiencia, por lo que el paciente responderá de la forma en la que éste mismo se etiquete, incluso, aunque las situaciones no se relacionen en la dimensión personal.

El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente.

1.03.9.2 Terapia Cognitiva de Beck para el tratamiento de la depresión

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales llevadas a cabo por el psiquiatra y profesor estadounidense Aaron Temkin Beck, en los años 1963, 1964 y 1967. Esta interpretación entre los enfoques clínicos y experimentales ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva.

La Terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de la depresión, se trata de una técnica muy estructurada y directiva que exige la cooperación activa del paciente. El objetivo de esta terapia no se centra específicamente en la remisión de los síntomas depresivos, sino más bien, al aprendizaje de nuevas estrategias que ayuden al paciente a fortalecerse de futuros acontecimientos y de este modo evitar recaídas.

La Terapia Cognitiva de Beck, es una terapia corta y limitada en tiempo (de 10 a 20 sesiones como máximo) y consta de una serie de fases específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones (Beck, 2010):

1. Se informa al paciente de los principios teóricos en los que se basa la terapia, especialmente de la conexión pensamiento - afecto - conducta.

2. Controlar los pensamientos (cogniciones automáticas negativas) y los estados de ánimo que la acompañan. Con este fin se utilizan auto registros en donde el sujeto va identificando las circunstancias ambientales o hechos relacionados y pensamientos asociados a ello.
3. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
4. Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
5. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias, buscando alternativas que lo sustituyan.

1.03.9.3.3. Criterios básicos para el tratamiento de la depresión: El tratamiento sesión por sesión (según terapia cognitiva de A. Beck)

Curso típico de la terapia:

a. Datos personales

Se recaba información personal del paciente y familiar

b. Evaluación

Se evalúa con la escala de depresión de Beck para confirmar diagnóstico psicológico de depresión y determinar el nivel de gravedad del mismo.

Sesión 1

Plan:

- ✓ Explorar los síntomas de depresión
- ✓ Evaluar posibles ideas de suicidio
- ✓ Discutir la influencia de los pensamientos sobre la conducta
- ✓ Explorar y determinar el nivel de actividad del paciente

Trabajo individual: llevar un programa de actividades para evaluar el grado de actividad del paciente y obtener datos objetivos sobre el nivel de su funcionamiento actual

Sesión 2

Plan:

- ✓ Revisar los síntomas de la depresión
- ✓ Supervisar el programa de actividades para evitar posibles omisiones y distorsiones
- ✓ Comenzar a demostrar las relaciones entre pensamiento, conducta y afecto, basándonos en experiencias del paciente

Trabajo individual: continuar con el programa de actividades agradables y actividades a las que pudiese hacer frente adecuadamente y sin dificultad por poseer las habilidades necesarias (actividades de dominio)

Definir problemas que el paciente considere que pueden influir o contribuir a la depresión

Sesión 3

Plan:

- ✓ Revisar las actividades de dominio
- ✓ Continuar elicitando pensamientos relacionados con la tristeza

Trabajo individual: registrar los pensamientos que suceden durante los períodos de tristeza, ansiedad y enfado, con el objetivo de hacer más clara la relación entre pensamiento, conducta y afecto.

Sesión 4

Plan:

- ✓ Discutir los pensamientos específicos que dan lugar a efectos desagradables

Trabajo individual: continuar registrando los pensamientos, si es posible registrar explicaciones alternativas.

Evitar etiquetas negativas hacia sí mismo

Evaluar en una escala de 0 a 10 hasta qué punto el paciente “desea realizar las actividades” y hasta qué punto lo que buscaba era satisfacer las expectativas del terapeuta

Sesión 5

Plan:

- ✓ Discutir los pensamientos e identificar contenidos recurrentes o frecuentes

Trabajo individual: “las camas sirven para dormir” si no se duerme en 15 minutos, debe levantarse y hacer algo que le distraiga y aleje los pensamientos.

Continuar registrando los pensamientos; hacer una lista de las responsabilidades que tiene como paciente para mejora de su enfermedad física

Sesión 6, 7 y 8

Plan:

- ✓ Revisar los pensamientos, en particular las expectativas del paciente ante sus “debo” en lugar de “quiero”
- ✓ Discutir los pensamientos relacionados con sus responsabilidades como paciente

Trabajo individual: continuar identificando los pensamientos negativos y proponer explicaciones alternativas a los “pensamientos automáticos”

Sesión 9, 10 y 11

Plan:

- ✓ Centrarse en las autocríticas y trabajar en respuestas para hacerlas frentes
- ✓ Intentar responder a los “quiero” en lugar de hacerlo a los “debo”

Trabajo individual: no hay

Sesión 12, 13, 14 y 15

Plan:

- ✓ Continuar trabajando sobre las autocríticas, centrándose en los supuesto subyacentes

Trabajo individual: hacer una lista de “deseos”, prestando especial atención a objetivos futuros. La finalidad de esta tarea consiste en que el paciente se centre en sus propias necesidades y expectativas

Sesión 16, 17, 18 y 19

Plan:

- ✓ Discutir los deseos del paciente según la tarea personal

Trabajo individual: discutir en profundidad el objetivo de sus responsabilidades como paciente concretamente

Sesión 20, 21 y 22

Plan:

- ✓ Las últimas sesiones se objetivizan a consolidar y a reflexionar sobre la mejoría conseguida, ilustrando sus cambios cognitivos y conductuales.

Reevaluación: Esta fase consiste en evaluar por segunda ocasión al paciente con el inventario de depresión de Beck para medir la funcionalidad del tratamiento de la terapia cognitiva para el manejo de la depresión.

CAPÍTULO II

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.01. Enfoques y modelos de investigación

En la investigación se utilizó el modelo y enfoque cuantitativo, bajo el diseño de investigación pre-experimental, debido a que se evaluó una misma muestra dos veces para comparar los resultados y cumplir los objetivos formulados.

2.02. Técnicas

✓ Técnica de muestreo

Se utilizó el muestreo no aleatorio, eligiendo una muestra de 10 participantes, con los siguientes criterios: pacientes diagnosticados con cáncer, con signos y síntomas de depresión, dentro de las edades de 40 a 60 años, que asistan al Instituto y Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle S. –INCAN-, durante el ciclo 2018.

✓ Técnicas de recolección de datos

- Guía de observación: a través de ella se obtuvo información útil para considerar a los participantes que componen la muestra del estudio de investigación. Fue una guía aplicada por las investigadoras, en el Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle S. –INCAN-, a partir del lunes 08 al viernes 12 de octubre, en el horario de 8:00 a 11:00 horas.
- Prueba psicométrica: El Inventario de la Depresión de Beck; se aplicó con el fin de detectar los niveles de severidad de los signos y síntomas depresivos del paciente oncológico. Fue auto aplicado, en el Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle S. –INCAN-, a partir del lunes 15 al viernes 19 de octubre, en el horario de 8:00 a 11:00 horas.

- Programa de intervención: consistió en la aplicación de un plan de tratamiento para la depresión, llevado a cabo durante el manejo del duelo anticipado, basado en la Terapia Cognitiva de Beck. Aplicado por las investigadoras, en el Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle S. –INCAN-, a partir del lunes 15 al viernes 26 de octubre, en el horario de 8:00 a 11:00 horas.

- Reevaluación: luego de la aplicación del plan de tratamiento, se reevaluó a la misma muestra con el Inventario de la Depresión de Beck; con el fin de comprobar la efectividad de un programa para el tratamiento de la depresión durante el manejo del duelo anticipado. Aplicado por las investigadoras, en el Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle S. –INCAN-, a partir del lunes 29 de octubre al viernes 02 de noviembre, en el horario de 8:00 a 11:00 horas.

✓ **Técnicas de análisis de la información**

Para el procesamiento y análisis de datos se realizó lo siguiente:

- Análisis de datos de gráficas: con el fin de dar respuestas subjetivas, categorizarlas y presentar así un resultado cuantificable.

- Análisis de relación de datos: al reevaluar a la misma muestra se analizaron los resultados del instrumento antes y después de la intervención con el fin de compararlos y comprobar la efectividad del tratamiento.

2.03. Instrumentos

1. Guía de observación: fue una guía de observación que midió ciertos criterios relacionados a los objetivos específicos.

Guía de observación

					Fecha:		
Nombre del participante							
Edad	Escolaridad		Estado civil				
Religión	Residencia						
Objetivos Específicos	Área a observar	Criterio de elaboración	Criterio de evaluación				
			MUCHO	POCO	NADA		
Identificar el nivel de depresión en pacientes con cáncer de 40 a 60 años de edad que asisten al Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle Samayoa –INCAN-, durante el ciclo 2019.	A nivel conductual	Autocuidado y aseo personal					
		Agresividad verbal					
		Llanto					
		Agitación o retardo psicomotor					
	A nivel cognitivo	Pensamientos negativos					
		Creencias disfuncionales					
		Dificultad para tomar decisiones					
		Autofocalización					
		Rumiaciones constantes de los síntomas físicos					
	A nivel psicofisiológico	Alteraciones del sueño					
		Alteraciones en el apetito					
		Disminución del deseo sexual					
		Molestias físicas					
	A nivel emocional y motivacional	Tristeza					
		Desamparo					
		Desesperanza					
		Rencor					
		Autodesprecio					
		Culpa					
		Frustración					
Vacío							
Vergüenza							
Fracaso							
Irritación							
Aburrimiento							
Afecto aplanado							

2. El Inventario de la Depresión de Beck: (Ver anexo 3)

FICHA TÉCNICA	
Características	Descripción
Nombre del test	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
Autor	Aaron T. Beck, Roberth A. Steer y Gregory K. Brown.
Autor de la adaptación española	Jesús Sans y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández
Editor de la adaptación española	Pearson Educación, S. A.
Fecha de la última revisión del test en su adaptación española	2011
Constructo evaluado	Depresión
Área de aplicación	Psicología clínica, forense y Neuropsicología
Soporte	Papel y lápiz, auto administrado

3. Plan de tratamiento para la depresión

(Ver anexo 4)

2.04. Operacionalización de los objetivos

Objetivos específicos	Categorías/ Variables	Técnicas	Instrumentos
Identificar el nivel de depresión en pacientes con cáncer de 40 a 60 años de edad que	Depresión Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la	Observación	Guía de observación a pacientes depresivos

<p>asisten al Hospital de Cancerología</p> <p>Comprobar la efectividad de un programa para el tratamiento de la depresión durante el manejo del duelo anticipado.</p> <p>Aportar criterios para el tratamiento de la depresión durante el manejo del duelo anticipado.</p>	<p>depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, anhedonia, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito.</p> <p>Duelo anticipado Para <i>Aldrich</i> el duelo anticipado se manifiesta como cualquier duelo que tiene lugar antes de una pérdida.</p> <p>Paciente oncológico Se le denomina a aquella persona diagnosticada con cáncer que recibe tratamiento oncológico en un ambiente hospitalario.</p>	<p>Pruebas Psicométricas (Escala)</p>	<p>Inventario de la Depresión de Beck</p>
--	--	--	--

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.01. Características del lugar y de la muestra

Características del lugar

La Liga Nacional Contra el Cáncer, es una asociación ajena a toda actividad política, religiosa y lucrativa, que tiene por objeto promover la organización y realización, en la República de Guatemala, de la lucha contra el cáncer y todas sus manifestaciones, actuando por sí misma y en cooperación con los organismos oficiales y privados, cuyos fines sean análogos a ella, de aquí se deriva el Instituto de Cancerología, como una entidad privada de servicio social.

El Instituto Nacional de Cancerología y Hospital "Dr. Bernardo del Valle Samayoa", (INCAN), ubicado en la 6ª. Avenida 6-58, Z.11 de la ciudad de Guatemala, atiende a población delimitada a jóvenes, adultos y personas de la tercera edad que han sido diagnosticados con cáncer, con la intención de brindar una mejor calidad de vida con la ayuda de los servicios de educación, prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer.

Desde sus comienzos; el Instituto de Cancerología ha contado con los departamentos complementarios que requieren la total atención de los pacientes, como lo son: Sección Administrativa, Laboratorio Clínico, Laboratorio de Patología y Citología, Departamento de Radiodiagnóstico, Unidad de Estomatología, Departamento de Terapia por Radiación, Clínicas de Consulta (Papanicolaou, Rayos X, Mamografía, Ultrasonido, etc.), Banco de Sangre, Ortopedia Oncológica, Neurocirugía, Urología Oncológica, Cirugía, Departamento de Quimioterapia, Nutrición, Cuidados Paliativos, Psicología, Dermatología, Clínica del Dolor, Farmacia, Trabajo Social, Albergue y otros. Asimismo, cuenta con un Hospital involucrado al Instituto. Área externa y Hospital funcionan de manera conjunta, estando bajo la responsabilidad del mismo grupo profesional.

Características de la muestra

Los pacientes que se tomaron en cuenta en la investigación mostraron actitudes positivas, pese a la condición médica en la que se encontraban, algunas de las características que mostraron fue una actitud colaboradora, participativa y con apertura ante las evaluaciones que se les realizaron; demostrando su solidaridad entre ellos, cuando a alguno de los participantes se les dificultaba responder algunos ítems del instrumento, del mismo modo en el que compartieron su experiencia con la enfermedad.

Para la aplicación de los instrumentos se eligieron 10 participantes, no aleatoriamente, hombres y mujeres, comprendidos entre las edades de 40 a 60 años, provenientes de distintos puntos el país. Cabe mencionar que los participantes elegidos ya estaban diagnosticados médicamente, por lo que ya habían iniciado su proceso de duelo, es decir, duelo anticipado, característica importante de la muestra que conforma la investigación.

3.02. Presentación e interpretación de resultados

3.02.1. Presentación de datos generales

Las personas que colaboraron en el estudio se encuentran entre el rango de 40 a 60 años de edad, siendo la media 50 años; los participantes se caracterizan por contar con un nivel educativo que va desde analfabetismo hasta educación media, en donde la mayoría lograron alcanzar sólo el nivel primario escolar. El estado civil de la mayoría de los participantes se encuentra en unión libre o casados, mientras que la minoría son divorciados y separados. Las creencias religiosas que predominan son la Cristiana Evangélica, seguida de la Cristiana Católica.

Los participantes del estudio residen en el área noroccidente y metropolitana del país, siendo en su mayoría del departamento de Guatemala, seguido de los departamentos de Petén, Quiché, San Marcos y Huehuetenango.

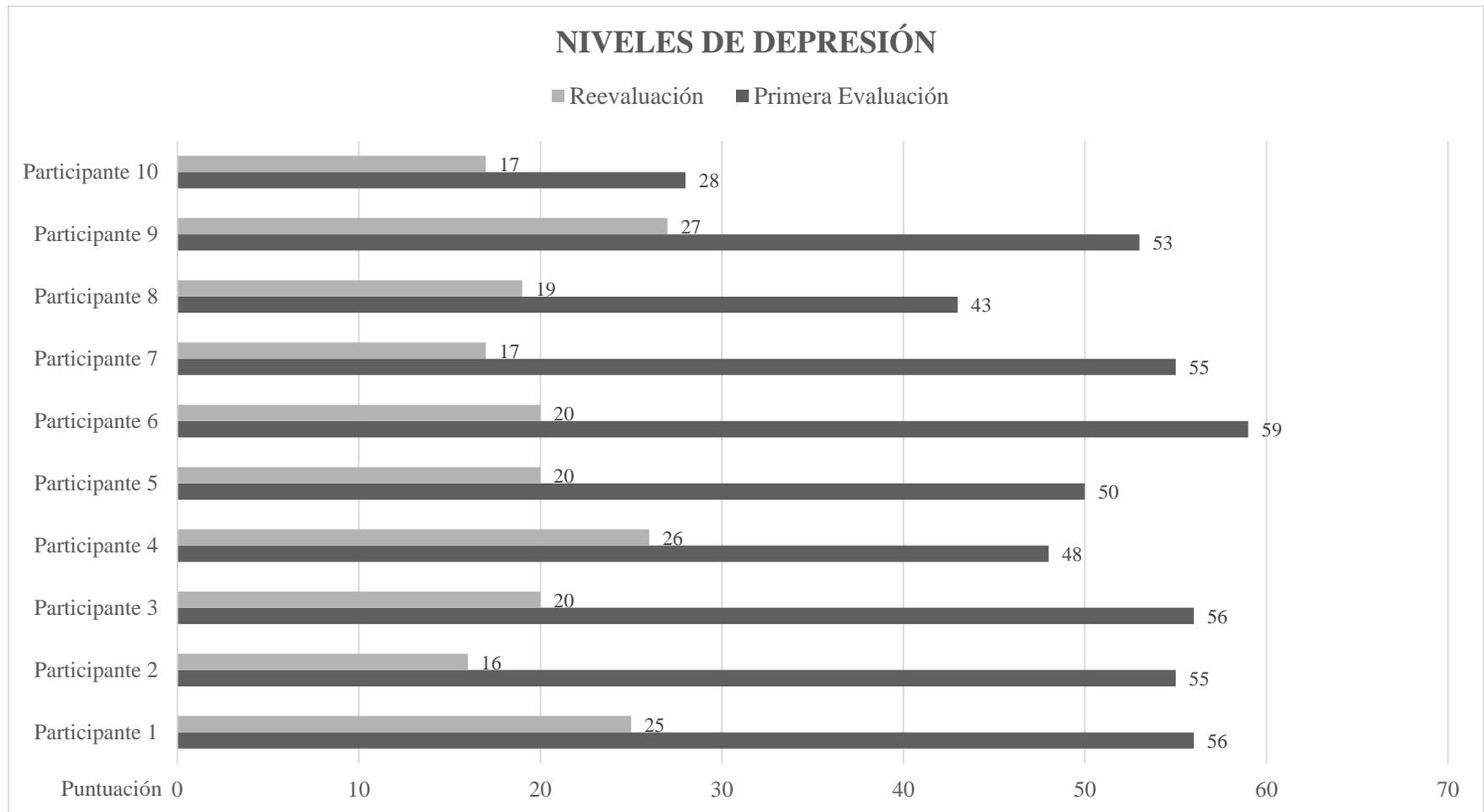
3.02.3. Presentación de resultados “Reevaluación, Niveles de Depresión, Inventario de Depresión de Beck”

TABLA No. 1
NIVELES DE DEPRESIÓN

<i>No. De participante</i>	Primera evaluación		Reevaluación	
	Resultado	Nivel	Resultado	Nivel
<i>1</i>	56	Grave	25	Moderada
<i>2</i>	55	Grave	16	Leve
<i>3</i>	56	Grave	20	Moderada
<i>4</i>	48	Grave	26	Moderada
<i>5</i>	50	Grave	20	Moderada
<i>6</i>	59	Grave	20	Moderada
<i>7</i>	55	Grave	17	Leve
<i>8</i>	43	Grave	19	Leve
<i>9</i>	53	Grave	27	Moderada
<i>10</i>	28	Moderada	17	Leve

Fuente: Comparación de datos de primera evaluación y reevaluación de los niveles de depresión, con el Inventario de la Depresión de Beck aplicado a participantes del proyecto de investigación.

GRÁFICA No. 1



Fuente: Resultados de la Tabla No. 1 de comparación de datos de primera evaluación y reevaluación de los niveles de depresión, con el Inventario de la Depresión de Beck aplicado a participantes del proyecto de investigación.

Interpretación y análisis de resultados:

En el estudio realizado con pacientes diagnosticados con cáncer, se puede observar en la presentación de los resultados de la tabla No. 1, que se lograron identificar los niveles de depresión previos a la aplicación del plan de tratamiento, comprobando, con una reevaluación de la depresión, la reacción positiva y mejoría en cuanto a la sintomatología del trastorno depresivo presentado. Aunque algunos pacientes no presentaron una notable mejoría en el estado anímico, la mayoría de los participantes de dicha muestra redujo los niveles de depresión grave a depresión moderada, como se puede observar en la comparación de la gráfica No. 1. Mientras que otro tanto aminoró los niveles de depresión grave a depresión leve.

Los pacientes con cáncer son una población en riesgo alto de desarrollar reacciones emocionales negativas y trastornos psicopatológicos debido a los acontecimientos estresantes a los que se ven enfrentados a consecuencia del diagnóstico y posterior tratamiento. El trastorno depresivo es uno de los más frecuentes diagnósticos psicológicos en pacientes que sufren de cáncer, alterando significativamente las esferas social, laboral y personal.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la primera evaluación con el Inventario de la Depresión de Beck, como se puede observar en la gráfica No. 1, los participantes obtuvieron niveles de depresión severos, demostrando que la mayoría de los pacientes que sufren duelo anticipado en el proceso de diagnóstico y tratamiento oncológico experimentan signos y síntomas de alteraciones disfuncionales a nivel conductual, cognitivo, psicofisiológico, emocional y motivacional.

En el proceso de evaluación de la muestra, se logró identificar distintos síntomas que cumplían con los criterios diagnósticos del trastorno depresivo, según el DSM-V, entre los cuales están: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día; marcada disminución del interés; problemas de sueño; sentimientos de inutilidad, esto se da principalmente en los participantes de sexo masculino se pudo observar que la situación de no poder seguir apoyando económicamente a su familia provocaba frustración y culpa excesiva por sentirse una carga; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, debido a que el

mantenerse con estado de ánimo bajo les dificultaba en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento y evolución del mismo, causando preocupación y angustia en cuanto al pronóstico de su enfermedad.

Por lo tanto, las respuestas ante una pérdida significativa de su estado físico, social, familiar y laboral pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso, aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para su diagnóstico, sigue siendo un trastorno psicológico que necesita atención profesional inmediata. Los síntomas de depresión pueden aparecer poco después del diagnóstico o en cualquier momento durante el tratamiento o después de este.

Los pacientes que participaron con la realización del trabajo de campo de esta investigación demostraron durante la etapa del duelo anticipado sentimientos intensos de rabia y hostilidad ante su enfermedad y el resto del mundo (algunos pacientes manifestaron su situación como una injusticia divina); sentimientos de culpa enfocados en actos o hechos realizados en el pasado (creyendo que la enfermedad era producto de una mala conducta, de errores cometidos, o situaciones provocadas por ellos mismos como el consumo de sustancias psicoactivas o mala alimentación); sentimientos de pérdidas irremediables (creer que su enfermedad es el destino final de su vida, convencidos que el deceso es inevitable, por lo tanto el tratamiento se vuelve innecesario); estado de permanente alerta (temor a una metástasis o que el tratamiento no tenga efecto); humor deprimido (los pacientes tienden a sentir profunda tristeza, desesperanza, desconsuelo, derivados de su situación); anhedonia (donde es evidente la pérdida de su interés o el mundo que le rodea). Es entonces el duelo anticipado una pérdida que se imagina como inevitable o irreversible, este duelo se observó clínicamente de forma habitual en el propio paciente y raramente entre sus familiares.

Con los resultados obtenidos y comparados en ambas evaluaciones se demostró la eficacia del plan de tratamiento propuesto por Aaron Beck, en donde se pudo comprobar que para superar la depresión y prevenir recaídas, hay que identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que producen ciertas emociones y pensamientos irracionales que son la causa de la depresión, que según el modelo de tratamiento aplicado, la

perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean.

3.03. Análisis general

El cáncer, como ya se ha descrito anteriormente, es un crecimiento y diseminación anormal e incontrolado de las células. Uno de los rasgos principales de esta enfermedad es la multiplicación de células anormales que se extienden de manera inusual e incontrolable, invadiendo distintas partes del cuerpo, ubicándose en cualquier parte. Esta anomalía se refiere a un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio, entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte cerebral.

El cáncer es una de las enfermedades de mayor relevancia en el mundo, por su prevalencia, incidencia y mortalidad. Hablar de ello es poner nombre a una enfermedad que en el imaginario social tiene una carga muy negativa, ya que se asocia de forma casi automática con la muerte. El cáncer constituye actualmente en muchos casos una enfermedad crónica, con la que las personas afectadas pueden convivir durante años sin apenas presentar sintomatología ni evolución negativa del proceso, no obstante, existe consenso cuando se afirma que el cáncer es una enfermedad que impacta no solo en la esfera corporal de las personas afectadas, sino también en el entorno familiar y social más cercano. Esta enfermedad supone una ruptura en la línea de vida de las personas, independientemente del pronóstico y el desenlace final de la misma. Así como no hay dos cánceres iguales, tampoco existen personas que lo sufren o lo viven de la misma manera; existen personas que aun siendo afectadas por la adversidad de la situación, logran desarrollar procesos de afrontamiento y transformación que les permiten una nueva manera de entender la vida; sin embargo, existe otro grupo de personas que se ve afectada inmediatamente después del diagnóstico médico de la enfermedad, mostrando síntomas de depresión, como una respuesta rápida ante el duelo anticipado, derivado de la condición.

El tratamiento oncológico no implica sólo la intervención médica o farmacéutica, debido a que la enfermedad es provocada por distintos factores, por ende se debe combatir de manera multidisciplinaria, integrando soluciones que resuelvan aquellas áreas que afectan

al paciente, ya sea a nivel físico, psicológico, social, nutricional, familiar o incluso espiritual, es por ello que el paciente debe acudir a las demandas que posea por medio de personal médico, enfermería, profesionales de la salud mental, trabajo social, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, guías espirituales, voluntarios y todas aquellas personas dedicadas al servicio de salud que promuevan bienestar para el paciente.

El padecimiento de una enfermedad crónica, como el cáncer, genera un impacto negativo en el paciente, en sus distintas esferas, provocando una serie de reacciones que van desde los síntomas físicos que provoca la enfermedad y su tratamiento (agotamiento físico, dolor crónico, problemas de sueño, problemas de apetito, alteraciones en el aspecto físico, entre otros), y síntomas que responden a la enfermedad (baja autoestima, alteraciones en el estado de ánimo, abulia, anhedonia, sentimientos de culpa, pensamientos o ideas suicidas, disminución de la libido, aislamiento social, entre otros).

La reacción ante esta enfermedad es única para cada paciente, la cual depende de aspectos como: la personalidad del paciente y su historia personal, lo que condicionará su respuesta ante los distintos eventos y situaciones que surjan derivadas del cáncer, afectando sus percepciones, ideas, emociones y conductas; la situación social, debido a que el paciente reaccionará según las percepciones que tienen las personas más allegadas a su círculo social y la visión cultural de la enfermedad; la situación económica, afectará a medida de los recursos disponibles con los que cuenta el paciente para combatir su enfermedad; el significado subjetivo hacia la enfermedad, esto dependerá de las referencias personales y culturales conscientes o no conscientes que ayudarán al paciente en un intento de reducir la ambigüedad, la incertidumbre, el miedo y la ansiedad ante lo que le está sucediendo.

El Duelo significa dolor, pena, aflicción, pesar, por la pérdida de algo. Distintas enfermedades crónicas, como el cáncer, consumen y debilitan gravemente la condición física y emocional del paciente, por lo que su mayoría si no existe control ni tratamiento, se conduce a la muerte. El Duelo recoge por tanto en sí los diferentes matices que genera cualquier pérdida, y engloba todos y cada uno de los conceptos anteriormente explicados: la pérdida golpea y aflige, genera pena, supone una fuerte carga o pesar, y se sufre, se sobrelleva o se aguanta con fortaleza o debilidad, con resignación o con rabia. Es el Duelo

mismo el que se vive, el que se anticipa o el que se prolonga y por tanto es el duelo el que podemos y debemos aliviar. El duelo se compone por distintas reacciones, tanto a nivel cognitivo como emocional, manifestándose de manera subjetiva en el individuo, por lo que su resolución dependerá de distintos factores que van desde las circunstancias de la pérdida hasta el tipo de relación que llevaba con la persona fallecida o la pérdida.

Por lo tanto, el duelo es un proceso psicológico, debido a que el paciente se enfrenta tras la pérdida, llevándolo principalmente a la adaptación emocional, si bien se trata de una experiencia compleja, engloba también factores fisiológicos, cognitivos, comportamentales, entre otros.

Durante la fase de observación, se identificó que la reacción más inmediata ante el diagnóstico de cáncer es de incredulidad, aturdimiento, miedo, tristeza, ansiedad, culpa, cólera, vivencias de despersonalización y desrealización, etc. Seguido del diagnóstico los pacientes tienden a desarrollar mecanismos adaptativos y de defensa en respuesta del duelo anticipado, en donde se observaron diferentes tipos como la negación, la represión, la proyección, al aislamiento, la evitación de situaciones y decisiones, modificación en la percepción del tiempo, entre otros. Los pacientes interpretan normalmente su situación como una amenaza en las distintas esferas que rodean su vida, su integridad corporal y su capacidad. Así mismo se identificó las distintas circunstancias a las que se debe enfrentar el paciente, muchas veces por sí solo, resultándole difíciles, como la posibilidad de sufrir dolor físico, enfrentarse con sus propios sentimientos y comprender las respuestas emocionales (ira, tristeza, frustración, ansiedad, miedo), el tener que modificar sus roles socioprofesionales, el desprendimiento con su familia (debido a la temporalidad del tratamiento), la necesidad de comprender una nueva terminología médica, la imposibilidad de toma de decisiones en momentos de estrés, el volverse dependiente cuando antes no lo era, perder su intimidad, y distintas pruebas diagnósticas y tratamientos a los que se somete diariamente durante el proceso de su enfermedad.

Por lo que, el duelo anticipado es una respuesta emocional frente a una pérdida, teniendo la característica fundamental de ser la propia pérdida, y además no está acontecido en la realidad presente, sino en un futuro, es decir, el paciente tiende a imaginar un desenlace

fatal como fruto de su situación, en este caso, la enfermedad. De hecho, la situación en la que se encuentra la percibe de forma irreversible.

El duelo anticipado, comprende cinco fases o etapas, entre ellas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Durante la realización de la investigación se lograron identificar las fases de duelo con mayor incidencia en la población a estudio, siendo éstas la fase de negación una de las más frecuentes, debido a que es habitual que se presente no solo en las primeras fases de la enfermedad o al enterarse del diagnóstico, sino en la mayoría de todo el proceso, los pacientes pueden considerar la posibilidad de su propia muerte durante el proceso de su enfermedad, pero luego tienden a la necesidad de desechar estos pensamientos para proseguir con su vida como lo era habitualmente. La segunda fase de duelo que más se observó fue la fase de negociación, en la que la mayoría de los pacientes hacen pactos religiosos en donde se pide un plazo para alargar su tiempo de vida, con la condición de mejorar aspectos personales (muchas veces acuden a la negociación por la sensación de haber tenido la culpa de su enfermedad). Y la tercera fase más frecuente, pero no menos importante, fue la fase de depresión, en donde se pudo observar que los pacientes se cansan física y emocionalmente de negar su condición, debido a que el plan de tratamiento se complica (procedimientos quirúrgicos, quimioterapias, radioterapias, tratamiento paliativo) por lo que empiezan a manifestar más síntomas depresivos. Su insensibilidad, su ira y su rabia son sustituidas por una gran sensación de pérdida y desconsuelo.

Los pacientes con cáncer son una población en riesgo alto de desarrollar reacciones emocionales negativas y trastornos psicopatológicos debido a los acontecimientos estresantes a los que se ven enfrentados a consecuencia del diagnóstico y posterior tratamiento. El trastorno depresivo es uno de los más frecuentes diagnósticos psicológicos en pacientes que sufren de cáncer, alterando significativamente las esferas social, laboral y personal.

Se puede considerar que una persona tiene un trastorno depresivo cuando esto interfiere con su vida diaria y el desempeño normal, causa tanto dolor para quien la padece como para quienes le rodean. Es un estado de ánimo donde pareciera que se estuviese encadenado al sufrimiento y no pudiese despegarse de él. Es posible que la depresión dificulte afrontar

el tratamiento del cáncer. También puede interferir en su capacidad de tomar decisiones sobre su atención. En consecuencia, la identificación y el tratamiento de la depresión son aspectos importantes del tratamiento del cáncer.

En el proceso de evaluación de la muestra, se logró identificar distintos síntomas que cumplían con los criterios diagnósticos del trastorno depresivo, según el DSM-V, entre los cuales están: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día: los pacientes presentaban estado de ánimo bajo, decaimiento, desesperanza, tendencia al llanto y profunda tristeza manifestada en la expresión corporal; marcada disminución del interés: los pacientes fueron percibidos con una notable disminución del placer en todas o casi todas las actividades, esto fue observado cuando el equipo de voluntariado del hospital realizaban actividades con los pacientes y éstos se negaban a participar o lo hacían de manera desinteresada; problemas de sueño: al visitar a los pacientes, éstos se observaban con cansancio, debido a que referían no poder dormir lo necesario, o se mantenían somnolientos durante todo el día; sentimientos de inutilidad: principalmente en los participantes de sexo masculino se pudo observar que la situación de no poder seguir apoyando económicamente a su familia provocaba frustración y culpa excesiva por sentirse una carga; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse: el mantenerse con estado de ánimo bajo les dificultaba en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento y evolución del mismo, causando preocupación y angustia en cuanto al pronóstico de su enfermedad. Por lo tanto, las respuestas ante una pérdida significativa de su estado físico, social, familiar y laboral pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso, aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para su diagnóstico, sigue siendo un trastorno psicológico que necesita atención profesional inmediata. Los síntomas de depresión pueden aparecer poco después del diagnóstico o en cualquier momento durante el tratamiento o después de este.

La atención psicológica prestada tanto al paciente como a sus familiares es un aspecto fundamental para prevenir y mejorar la adaptación al proceso. La psicoterapia permite un acercamiento individual como grupal, siempre y cuando se cumplan algunos aspectos importantes como la mejora de autoestima, la adaptación a la enfermedad, la disminución de aspectos negativos como la depresión y la transmisión y expresión de emociones. Las

técnicas psicoterapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que están por debajo de la cognición.

En el abordaje de la depresión en la psicoterapia existe una gama de técnicas y estrategias con el fin de modificar o influir en la conducta, los pensamientos, los afectos y las actitudes del paciente. La elección de las técnicas de tratamiento debe hacerse por medio de una evaluación profesional según los síntomas y signos que presente el paciente y su estilo de vida.

Para el tratamiento de la depresión, en el proceso de duelo anticipado de pacientes diagnosticados con cáncer, la terapia cognitiva es de los tratamientos más acertados, pues además de modificar la conducta, se ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. Es así como la terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales.

En el tratamiento psicológico de la depresión, la técnica más conocida y utilizada es la terapia cognitiva de Aaron Beck, siendo un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, adaptado a pacientes hospitalizados que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, con el objetivo de delimitar y poner a prueba los supuestos desadaptativos específicos del paciente, así como el aprendizaje de nuevas estrategias que ayuden al paciente a fortalecerse de futuros acontecimientos y de este modo evitar recaídas.

Para llevar a cabo la ejecución del tratamiento psicológico de la depresión, se profundizó sobre un plan de tratamiento con el objetivo de comprobar su efectividad. Para ello, se reevaluó la misma muestra con el Inventario de la Depresión de Beck.

Una de las ventajas de este tipo de terapia fue que se centra en el “aquí y ahora”, debido a que en el ambiente hospitalario, específicamente con pacientes que padecen cáncer, la intervención inmediata de un plan terapéutico para controlar los síntomas de la depresión que se desencadena luego de un diagnóstico, puede predecir el estado emocional del paciente durante el proceso de la enfermedad.

En el estudio realizado con pacientes diagnosticados con cáncer, se logró identificar los niveles de depresión previos a la aplicación del plan de tratamiento, comprobando, con una reevaluación de la depresión, la reacción positiva y mejoría en cuanto a la sintomatología del trastorno depresivo presentado. Aunque algunos pacientes no presentaron una notable mejoría en el estado anímico, la mayoría de los participantes de dicha muestra redujo los niveles de depresión grave a depresión moderada. Mientras que otro tanto aminoró los niveles de depresión grave a depresión leve.

Con los resultados obtenidos y comparados en ambas evaluaciones se demostró la eficacia del plan de tratamiento propuesto por Aaron Beck, en donde se pudo comprobar que para superar la depresión y prevenir recaídas, hay que identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que producen ciertas emociones y pensamientos irracionales que son la causa de la depresión, que según el modelo de tratamiento aplicado, la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean. Sabiendo lo anterior, se comprueba también que el tratamiento propuesto tuvo la finalidad de permitir a los pacientes descubrir maneras más positivas de interpretar la realidad, alejándose de los pensamientos depresivos y distorsiones cognitivas propias de la depresión. Conforme va avanzando la terapia, el rol del paciente va haciéndose más activo.

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.01. Conclusiones

- La depresión es una de las manifestaciones emocionales más usuales en los pacientes con cáncer, es por ello que una adecuada intervención psicoterapéutica en el proceso del duelo anticipado podría contribuir en el control de los síntomas depresivos de los pacientes.
- Los niveles de depresión identificados en los pacientes con cáncer son evidentemente graves/severos, demostrando que los pacientes que sufren duelo anticipado en el proceso de diagnóstico y tratamiento oncológico experimentan signos y síntomas de un trastorno del estado de ánimo, como la depresión. Los síntomas de depresión pueden aparecer poco después del diagnóstico o en cualquier momento durante el tratamiento o después de este. Estos síntomas varían de moderados a graves, interfiriendo en las relaciones de la persona y en sus actividades y responsabilidades cotidianas.
- Entre los criterios más relevantes para el tratamiento de la depresión durante el manejo del duelo anticipado en pacientes con cáncer se constató el uso de la técnica denominada Terapia Cognitiva de Beck, que se basa en que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo, delimitando y poniendo a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente quien padece depresión.
- Se logró comprobar la efectividad en el tratamiento de la depresión, con la aplicación de un programa que implicó el manejo de la técnica en la terapia cognitiva de Aaron Beck, siendo un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, adaptado a pacientes hospitalizados que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, con el objetivo de delimitar y poner a prueba los supuestos desadaptativos específicos del paciente, en donde los pacientes pasaron de un nivel de depresión grave a un nivel de depresión moderada, hasta leve, luego de la reevaluación.

4.02. Recomendaciones

A las profesionales de la salud mental que laboran en el Instituto y Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle S. –INCAN-.

- Mediante el apoyo psicológico, identificar a los pacientes que están pasando por una etapa de duelo anticipado, para brindar las herramientas necesarias y sobrellevar el proceso de su enfermedad, evitando o disminuyendo síntomas que perturben su estado de ánimo.
- Proveer un seguimiento psicoterapéutico, con técnicas de intervención psicológica adecuadas a los pacientes recién diagnosticados, con el fin de evitar malestares emocionales que perjudiquen su estilo de vida.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala y a la Escuela de Ciencias Psicológicas.

- Promover que los futuros profesionales de la salud mental trabajen con Instituciones de salud pública para brindar atención psicológica a personas con poco acceso a asistencia en salud mental, más en casos de diagnósticos de enfermedades crónicas que amenacen la vida de las personas.
- Capacitar a los estudiantes interesados en el área clínica, con metodologías de intervención psicoterapéutica para pacientes con diagnósticos crónicos.

4.03. Referencias

- Assosiation, A. P. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Médica Panamericana.
- Barthe, E. (1997). *Cáncer: enfrentarse al reto*. Barcelona: Robin Book.
- Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée De Brouwer.
- Bukber, J. (1984). Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med*, 199-212.
- García, R. O. (2010). Prevalencia de depresión en una población de pacientes con cáncer. *ELSEVIER*, 89-93.
- Gómez, Á. H., & Granados García, M. (2013). *Manual de Oncología*. México: McGrawHill.
- Kubler-Ross, E. (2006). *Sobre la muerte y los moribundos*. Mexico: Debolsillo.
- Macarulla, T., Ramos, F. J., & Tabernero, J. (2009). *Comprender el Cáncer*. Barcelona: Amat.
- Mental, I. N. (2015). *Depresión*. Madrid: NIH.
- Philip, F. (1997). *Desarrollo Humano: estudio del ciclo vital*. México: Prentice Hall.
- Ritterban, L. M., & Spielberger, C. D. (2001). Depression in a cancer population. *Journal Of Clinical Psychology in Medical Settings*, 85-93.
- Sherr, L. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual Moderno, S. A.
- Villagrán, J. M. (1996). *La depresión*. Madrid: Aguilar.

4.04 Anexos

Anexo 1

Guía de observación

					Fecha:			
Nombre del participante								
Edad		Escolaridad		Estado civil				
Religión				Residencia				
Área a observar				Criterio de elaboración		Criterio de evaluación		
						MUCHO	POCO	NADA
A nivel conductual				Autocuidado y aseo personal				
				Agresividad verbal				
				Llanto				
				Agitación o retardo psicomotor				
A nivel cognitivo				Pensamientos negativos				
				Creencias disfuncionales				
				Dificultad para tomar decisiones				
				Autofocalización				
				Rumiaciones constantes de los síntomas físicos				
A nivel psicofisiológico				Alteraciones del sueño				
				Alteraciones en el apetito				
				Disminución del deseo sexual				
				Molestias físicas				
A nivel emocional y motivacional				Tristeza				
				Desamparo				
				Desesperanza				
				Rencor				
				Autodesprecio				
				Culpa				
				Frustración				
				Vacío				
				Vergüenza				
				Fracaso				
				Irritación				
				Aburrimiento				
				Afecto aplanado				

Anexo 2



Universidad De San Carlos De Guatemala
Centro Universitario Metropolitano
Escuela De Ciencias Psicológicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Como estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la Escuela de Ciencias Psicológicas, estamos llevando a cabo un estudio que lleva por nombre *La depresión durante el manejo del duelo anticipado en pacientes con cáncer de 40 a 60 años de edad, en el INCAN, durante el ciclo 2019*, como requisito para obtener el grado de licenciatura. El objetivo del estudio es medir los niveles de depresión durante el manejo del duelo anticipado. Solicitamos su consentimiento para ser participe voluntario de este estudio.

El estudio consiste en contestar una escala compuesta por 21 ítems, de acuerdo a sus criterios de valoración, relacionadas al objetivo principal del estudio. Le tomará alrededor de 20 minutos para contestar. El proceso es estrictamente confidencial y en ningún momento será utilizado su nombre.

La participación es voluntaria. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. No recibirá ninguna compensación por participar.

¿Cómo se seleccionarán a las participantes?

Los participantes deben tener las siguientes características: Ser personas diagnosticadas con cáncer de en los últimos 3 años, entre las edades de 40 a 60 años de edad, que asistan al Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle Samayoa –INCAN-, durante el desarrollo de la investigación. La muestra que está estimada es de 10 participantes, mismos que serán reevaluados luego de haber llevado a cabo el tratamiento designado.

Ante cualquier duda se puede abocar a las investigadoras encargadas de la realización del estudio:

Astrid Lorena López Barrera

Flor de Lucía Nufio Reyes

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito anteriormente. El (la) investigador (a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Yo _____ voluntariamente doy mi consentimiento de participación en el estudio de Astrid López y Flor Nufio, sobre *la depresión durante el manejo del duelo anticipado en pacientes con cáncer*. He recibido una copia de este procedimiento.

Firma Participante

Fecha

Anexo 3

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación..... Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3. Estoy demasiado fatigo o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 4

PLAN DE TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Objetivo	Actividad	Contenido de la actividad	Seguimiento	Recursos	Temporalidad	Encargado
Aportar criterios para el tratamiento de la depresión durante el manejo del duelo anticipado en pacientes con cáncer que asisten al Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle Samayoa – INCAN-, durante el ciclo 2019.	Datos personales del paciente	Se recaba información personal del paciente y familiar.	Sin seguimiento	Humanos: Investigadoras Pacientes Materiales: Papel y lapicero	Del lunes 8 al viernes 12 de octubre En horario de 8:00 a 11:00 horas Duración: 10 minutos aproximadamente	Investigadoras: Astrid López Flor Nufio
	Observación	Se aplica la guía de observación que mide ciertos criterios relacionados a los objetivos específicos.	Sin seguimiento	Humanos: Investigadoras Pacientes Materiales: Guía de observación y lapicero	Del lunes 8 al viernes 12 de octubre En horario de 8:00 a 11:00 horas Duración: 20 minutos aproximadamente	
	Evaluación	Se evalúa al paciente con el Inventario de Depresión de Beck para confirmar diagnóstico psicológico de depresión y determinar el nivel de gravedad.	Sin seguimiento	Humanos: Investigadoras Pacientes Materiales: Inventario de la Depresión de Beck y lapicero	Del lunes 8 al viernes 12 de octubre En horario de 8:00 a 11:00 horas Duración: 20 minutos aproximadamente	

	Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exploración de los síntomas de depresión ✓ Evaluación de posibles ideas de suicidio ✓ Discusión de la influencia de los pensamientos sobre la conducta ✓ Exploración y determinación del nivel de actividad del paciente 	Llevar un programa de actividades para evaluar el grado de actividad del paciente y obtener datos objetivos sobre el nivel de su funcionamiento actual	Humanos: Investigadoras Pacientes Materiales: Papel y lapicero	Del lunes 15 al viernes 19 de octubre En horario de 8:00 a 11:00 horas Duración: 40 minutos aproximadamente
	Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión de los síntomas de la depresión ✓ Supervisión del programa de actividades para evitar posibles omisiones y distorsiones ✓ Comenzar a demostrar las relaciones entre pensamiento, conducta y afecto, basándonos en experiencias del paciente 	Continuar con el programa de actividades agradables y actividades a las que pudiese hacer frente adecuadamente y sin dificultad por poseer las habilidades necesarias (actividades de dominio). Definir problemas que el paciente considere que pueden influir o contribuir a la depresión.	Humanos: Investigadoras Pacientes Materiales: Papel y lapicero	Del lunes 15 al viernes 19 de octubre En horario de 8:00 a 11:00 horas Duración: 30 minutos aproximadamente
	Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión de las actividades de dominio ✓ Continuar elicitando pensamientos relacionados con la tristeza 	Trabajo individual: registrar los pensamientos que suceden durante los períodos de tristeza, ansiedad y enfado, con el objetivo de hacer más clara la relación entre pensamiento, conducta y afecto.	Humanos: Investigadoras Pacientes Materiales: Papel y lapicero	Del lunes 15 al viernes 19 de octubre En horario de 8:00 a 11:00 horas Duración: 30 minutos aproximadamente

	Sesión 4	✓ Discusión de los pensamientos específicos que dan lugar a efectos desagradables	<p>Trabajo individual: continuar registrando los pensamientos, si es posible registrar explicaciones alternativas.</p> <p>Evitar etiquetas negativas hacia sí mismo.</p> <p>Evaluar en una escala de 0 a 10 hasta qué punto el paciente “desea realizar las actividades” y hasta qué punto lo que buscaba era satisfacer las expectativas del terapeuta.</p>	<p>Humanos: Investigadoras Pacientes</p> <p>Materiales: Papel y lapicero</p>	<p>Del lunes 15 al viernes 19 de octubre En horario de 8:00 a 11:00 horas</p> <p>Duración: 40 minutos aproximadamente</p>	
	Sesión 5	✓ Discusión de los pensamientos e identificar contenidos recurrentes o frecuentes	<p>Trabajo individual: “las camas sirven para dormir” si no se duerme en 15 minutos, debe levantarse y hacer algo que le distraiga y aleje los pensamientos.</p> <p>Continuar registrando los pensamientos; hacer una lista de las responsabilidades que tiene como paciente para mejora de su enfermedad física.</p>	<p>Humanos: Investigadoras Pacientes</p> <p>Materiales: Papel y lapicero</p>	<p>Del lunes 15 al viernes 19 de octubre En horario de 8:00 a 11:00 horas</p> <p>Duración: 40 minutos aproximadamente</p>	

Sesión 6, 7 y 8	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión de los pensamientos, en particular las expectativas del paciente ante sus “debo” en lugar de “quiero” ✓ Discusión de los pensamientos relacionados con sus responsabilidades como paciente 	Trabajo individual: continuar identificando los pensamientos negativos y proponer explicaciones alternativas a los “pensamientos automáticos”	Humanos: Investigadoras Pacientes Materiales: Papel y lapicero	Del lunes 15 al viernes 19 de octubre En horario de 8:00 a 11:00 horas Duración: 20 minutos aproximadamente por cada sesión
Sesión 9, 10 y 11	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Centrarse en las autocríticas y trabajar en respuestas para hacerlas frentes ✓ Intentar responder a los “quiero” en lugar de hacerlo a los “debo” 	Trabajo individual: no hay	Humanos: Investigadoras Pacientes Materiales: Papel y lapicero	Del lunes 22 al viernes 26 de octubre En horario de 8:00 a 11:00 horas Duración: 20 minutos aproximadamente por cada sesión
Sesión 12, 13, 14 y 15	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Continuar trabajando sobre las autocríticas, centrándose en los supuesto subyacentes 	Trabajo individual: hacer una lista de “deseos”, prestando especial atención a objetivos futuros. La finalidad de esta tarea consiste en que el paciente se centre en sus propias necesidades y expectativas	Humanos: Investigadoras Pacientes Materiales: Papel y lapicero	Del lunes 22 al viernes 26 de octubre En horario de 8:00 a 11:00 horas Duración: 20 minutos aproximadamente por cada sesión
Sesión 16, 17, 18 y 19	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discusión de los deseos del paciente según la tarea personal 	Trabajo individual: discutir en profundidad el objetivo de sus responsabilidades como paciente concretamente	Humanos: Investigadoras Pacientes Materiales: Papel y lapicero	Del lunes 22 al viernes 26 de octubre En horario de 8:00 a 11:00 horas Duración: 20 minutos aproximadamente por cada sesión

	Sesión 20, 21 y 22	✓ Las últimas sesiones se objetivizan a consolidar y a reflexionar sobre la mejoría conseguida, ilustrando sus cambios cognitivos y conductuales.	Trabajo individual: no hay	Humanos: Investigadoras Pacientes Materiales: Papel y lapicero	Del lunes 22 al viernes 26 de octubre En horario de 8:00 a 11:00 horas Duración: 30 minutos aproximadamente por cada sesión	
	Reevaluación	Se evalúa por segunda ocasión al paciente con el Inventario de Depresión de Beck para medir la funcionalidad del tratamiento de la terapia cognitiva para el manejo de la depresión.	Trabajo individual: no hay	Humanos: Investigadoras Pacientes Materiales: Inventario de la Depresión de Beck y lapicero	Del lunes 22 al viernes 26 de octubre En horario de 8:00 a 11:00 horas Duración: 20 minutos aproximadamente	