ISEO

INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE



POSGRADO

TESIS

ISEO
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

DOCTORADO EN SALUD MENTAL

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CON TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA Y EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL ESTADO DE YUCATÁN

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:

DOCTORADO EN SALUD MENTAL

Presenta:

YAHAIRA GUADALUPE GIL AZUETA
CÓDIGO ORCID 00090008.5148-6086

DIRECTOR

DR. JUAN YOVANI TELUMBRE TERRERO
CODIGO ORCID 0000-0002-8695-7924

CO-DIRECTOR

DR. ALBERTO TAFOLLA RAMÍREZ
CODIGO ORCID 0000-0001-7878-9425

Mérida, Yucatán, México, marzo de 2025

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

Nombre de la alumna: Yahaira Guadalupe Gil Azueta.
Matrícula: A211011
Programa académico: Doctorado en Salud Mental
Título de la tesis: Estrategias de Afrontamiento de Pacientes Oncológicos con Tratamiento de Radioterapia y el Papel del Psicólogo en un Hospital Público del Estado de Yucatán
Nombre del Director de Tesis: Dr. Juan Yovani Telumbre Terrero
Nombre del Codirector de Tesis: Dr. Alberto Tafoya Ramírez
Fecha de aprobación: 06 de abril del 2025

DECLARACIÓN DE APROBACIÓN

El Comité de Tesis del Instituto Superior de Estudios de Occidente, después de la revisión exhaustiva del presente trabajo de investigación y en virtud de que satisface los requisitos establecidos en el Reglamento General Institucional, certifica que la tesis titulada **"Estrategias de Afrontamiento de Pacientes Oncológicos con Tratamiento de Radioterapia y el Papel del Psicólogo en un Hospital Público del Estado de Yucatán"**, presentada por el alumno(a). **Yahaira Guadalupe Gil Azueta** cumple con los requisitos académicos y metodológicos establecidos para optar al grado de **DOCTOR EN SALUD MENTAL.**

COMITÉ DE TESIS

DIRECTOR DE TESIS

DR JUAN YOVANI TELUMBRE TERRERO

CODIRECTOR DE TESIS

DR. ALBERTO TAFOYA RAMÍREZ

DIRECTOR ACADÉMICO Y DE INVESTIGACIÓN

Ruth Madera

DRA. RUTH LIZZETH MADERA SANDOVAL

SELLO

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

RI-Repositorio Institucional repositorio.iseo.edu.mx

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS AFAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

Por este medio, el que suscribe, YAHAIRA GUADALUPE GIL AZUETA, en mi calidad de autor legítimo del trabajo titulado "ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CON TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA Y EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL ESTADO DE YUCATÁN", manifiesto que, como antecedente, he firmado la CARTA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE LA TESIS mediante la cual he cedido los derechos patrimoniales sobre mi obra A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE.

En este sentido, autorizo al INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE a realizar el depósito, preservación, difusión y publicación digital de mi obra en su Repositorio Institucional y en plataformas académicas reconocidas, tanto nacionales como internacionales. Esta autorización incluye la reproducción, distribución, comunicación pública, transformación y cualquier otra forma de explotación permitida por la Ley Federal del Derecho de Autor, siempre garantizando el reconocimiento de mi autoría.

Declaro que la obra es original, inédita y no infringe derechos de terceros. Asimismo, me comprometo a colaborar con el INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE en las adaptaciones necesarias para su publicación y a respetar los lineamientos establecidos para su divulgación.

El presente documento se incluye como comprobante de la cesión de derechos a favor del INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE y forma parte integral de los anexos de "LA OBRA".



RI - Repositorio Institucional
repositorio.iseo.edu.mx

ISEO
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE (ISEO)

PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

turnitin

Recibo digital

Este recibo confirma quesu trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Yahaira Guadalupe Gil Azueta
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGI...
Nombre del archivo:	TESIS_FINAL_FINAL.docx
Tamaño del archivo:	4.75M
Total páginas:	132
Total de palabras:	21,880
Total de caracteres:	129,172
Fecha de entrega:	06-abr.-2025 09:28p. m. (UTC-0600)
Identificador de la entrega:	2637541636



DEDICATORIAS

- **A las personas que me apoyaron para hacer realidad esta tesis, maestros, amigos, compañeros.**
- **A mi madre que desde que siempre me estimula para continuar con mis estudios.**
- **A mi esposo y a mis hijos por estar siempre a mi lado.**

AGRADECIMIENTOS

- A todos los pacientes que decidieron participar en este proyecto a pesar de estar pasando por tiempos difíciles, mi respeto y admiración.
- Agradezco también al Hospital General Agustín Ohorán, en especial a la directora de la Unidad Médica Ambulatoria la Dra. Maxim Alejandra Muñoz Gómez, por permitirme realizar este estudio.
- Al Instituto Superior de Estudios de Occidente y a sus profesores por el profesionalismo que siempre los ha caracterizado, los cuales me motivan a ser un mejor profesional cada día.

ÍNDICE GENERAL

..... I

..... - 1 -

..... - 2 -

DEDICATORIAS ..... - 6 -

AGRADECIMIENTOS ..... - 7 -

INDICE DE TABLAS ..... - 10 -

ÍNDICE DE FIGURAS ..... - 11 -

RESUMEN ..... - 12 -

ABSTRAC ..... - 13 -

INTRODUCCIÓN ..... - 14 -

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... - 16 -

1.1 Antecedentes ..... - 16 -

1.2 Contexto ..... - 18 -

1.4 Objetivo General ..... - 21 -

1.5 Objetivos Específicos ..... - 21 -

1.7 Beneficios esperados ..... - 24 -

1.9 Alcances ..... - 25 -

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO. ..... - 26 -

CAPITULO III: MÉTODO ..... - 53 -

3.1. Línea de investigación ..... - 53 -

3.2. Metodología utilizada ..... - 53 -

3.3. Diseño metodológico ..... - 54 -

3.4. Población ..... - 55 -

3.5. Procedimiento de selección de la muestra ..... - 55 -

3.5.1. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación ..... - 56 -

3.6. Participantes ..... - 57 -

3.7. Técnicas e instrumentos empleados ..... - 57 -

3.8. Procedimiento de recolección de datos..... - 58 -
3.9. Desarrollo de Etapas de la Investigación..... - 60 -
3.9.1. Etapa 1..... - 60 -
3.9.2. Etapa 2..... - 61 -
3.9.3. Etapa 3..... - 63 -
3.9.4 Etapa 4..... - 65 -
3.10 Aspectos bioéticos..... - 66 -
CAPITULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... - 67 -
4.1.1. Figuras..... - 68 -
Gráfico 1. Edad de los participantes en el estudio..... - 68 -
Tabla 1. Entrevista con los pacientes..... - 69 -
Tabla 2. Datos Sociodemográficos de los participantes..... - 70 -
Tabla 4. Entrevista Psicólogos..... - 82 -
Gráfico 2 . Entrevista con Psicólogos. Programa Atlas Ti..... - 83 -
Tabla 5. Estrategias de afrontamiento..... - 84 -
Gráfico 3. Estrategias de afrontamiento. Programa Atlas Ti..... - 85 -
4.2 Discusión..... - 85 -
CAPITULO V. CONCLUSIONES..... - 86 -
5.1. Hallazgos..... - 88 -
5.2. Recomendaciones..... - 90 -
5.3. Investigaciones Futuras..... - 92 -
5.4. Limitaciones..... - 93 -
5.5. Validez de la Investigación..... - 93 -
5.6. Conclusión General y Reflexiones Personales..... - 95 -
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... - 97 -
APENDICE 1..... - 114 -
APENDICE 2..... - 116 -
..... - 120 -

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Entrevista con los pacientes.

Tabla 2. Datos Sociodemográficos de los participantes

Tabla 3. Consistencia interna del instrumento-

Tabla 4. Entrevista con psicólogos

Tabla 5. Estrategias de afrontamiento

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Puntuaciones y frecuencias de las conductas de afrontamiento

Figura 2. Conductas específicas de la dimensión de enfrentamiento y lucha activa (ELA)

Figura 3 Conductas específicas de la dimensión de Autocontrol y Control Emocional (ACE)

Figura 4 Conductas específicas de la dimensión de Búsqueda y Apoyo Social (BAS)

Figura 5 Conductas específicas de la dimensión de Ansiedad y Preocupación ansiosa (APA)

Figura 6 Conductas específicas de la dimensión de Pasividad y Resignación (PRP)

Figura 7 Conductas específicas de la dimensión de Huida y Distanciamiento (HD)

Figura 8 Conductas específicas de la dimensión de Negación (N)

RESUMEN

Uno de los mayores problemas de salud pública en México es el cáncer. Pocos estudios se han realizado sobre los mecanismos de afrontamiento de pacientes con diversos tipos de cáncer y expuestos a radiación en hospitales públicos, particularmente en nuestra nación. El presente estudio es una investigación no experimental exploratoria descriptiva mixta. El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO) y las entrevistas semiestructuradas con pacientes y psicólogos fueron algunas de las herramientas utilizadas en el estudio. Se realizó un estudio de correlación comparando las perspectivas del investigador, los pacientes y el equipo psicológico utilizando los resultados del cuestionario y las entrevistas. Se observó que la aplicación por igual de estrategias de afrontamiento pasivas y activas reducía el sufrimiento emocional en lugar de abordar el problema. Como resultado de este estudio, se puede concluir que el equipo de psicología del hospital público necesita estar mejor preparado para ofrecer a los pacientes mecanismos de afrontamiento que favorezcan una mejor adaptación y adherencia terapéutica con el fin de restablecer su salud tras la enfermedad.

ABSTRAC

One of Mexico's biggest public health issues is cancer. Few studies have been conducted on the coping mechanisms of patients with various cancers and those exposed to radiation in public hospitals, particularly in our nation. The current study is a mixed descriptive exploratory non-experimental investigation. The Stress Coping Questionnaire for Oncology Patients (CAEPO) and semi-structured interviews with patients and psychologists were among the tools used in the study. A correlation study comparing the perspectives of the researcher, the patients, and the psychological team was conducted using the questionnaire and interview results. The equal application of passive and active coping strategies was found to reduce emotional suffering rather than address the issue. As a result of this study, it can be concluded that the public hospital's psychology team needs to be better prepared to offer patients coping mechanisms that support improved adaptation and therapeutic adherence in order to restore their health after the illness.

INTRODUCCIÓN

Para obtener el grado de doctor en salud mental, se presentó el estudio Estrategias de afrontamiento de pacientes oncológicos con tratamiento de radioterapia y el papel del psicólogo en un hospital público del estado de Yucatán.

En total son cinco capítulos:

El objetivo del estudio se explica en el primer capítulo, que también incluye el planteamiento del problema, el papel del equipo de psicólogos adscritos al área de UNEME-ONCOLOGÍA, los mecanismos de afrontamiento de los pacientes oncológicos que reciben tratamiento de radioterapia en un hospital público de Yucatán, los efectos secundarios más frecuentes de la radioterapia y el escenario del estudio.

En el capítulo 2 se presenta la base teórica para explicar algunos de los temas de la investigación, junto con datos estadísticos y epidemiológicos de varias investigaciones anteriores.

Para alcanzar los objetivos fijados, el capítulo 3 describe la metodología, las descripciones de los participantes, los instrumentos de recogida de datos y las herramientas estadísticas y cualitativas utilizadas para llegar a las conclusiones de la investigación.

El análisis y la discusión de los resultados se tratan en el Capítulo 4, donde se utilizan tablas, gráficos y notas analíticas para transmitir mejor la información sociográfica de los participantes y los resultados.

En el último capítulo se presentan los hallazgos principales de la investigación, algunas sugerencias para estudios futuros y recomendaciones provenientes de los resultados obtenidos.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

La radioterapia se utiliza actualmente para tratar a cerca del 70% de los pacientes con cáncer durante todo el curso de su tratamiento. «La radiación ionizante se utiliza en radioterapia, un tratamiento local del cáncer, para destruir las células tumorales en la zona del cuerpo donde se administra», parafraseando el concepto 2020 de la Sociedad Americana contra el Cáncer.

En algunos pacientes, en los cuales no es posible la eliminación de la enfermedad, esta terapia de radio puede mejorar síntomas diversos síntomas, por lo que se les da el tratamiento con intención paliativa.

Citando a Weinberg (2007), que menciona que cuando el diagnóstico es de cáncer, dado que la condición afecta al paciente de forma integral (física, psicológica y social), se produce un gran malestar emocional. Como resultado, la adaptación a la nueva situación resulta difícil, ya que provoca reacciones emocionales negativas. Aproximadamente la mitad de los pacientes con cáncer presentarán psicopatología en algún momento de su enfermedad.

Aunque es bien sabido que los pacientes con cáncer experimentan efectos psicológicos, el término "psicooncología" no se acuñó hasta 1992. Desde entonces, como señalaron Rivero y otros en 2008, la psicooncología ha adquirido una importancia única en el campo de la oncología y, con el tiempo, se ha arraigado en él.

Aunque no todos los pacientes tienen problemas al enfrentarse a los efectos de la radioterapia, algunos presentan psicopatologías por factores de riesgo existentes antes.

Debido a sus opiniones y actitudes personales, familiares y culturales, los médicos, enfermeras, psiquiatras y otros profesionales tienen dificultades para ayudar a los pacientes a afrontar el cáncer. Estas ideas sirven de base para la forma en que explican los acontecimientos y los afrontan, lo que favorece o restringe el acceso del paciente a la ayuda (Chávez, 2009).

Atendiendo a estas necesidades, la psicología quiere aliviar síntomas psíquicos, entender y descifrar los modos de hacer frente a la enfermedad oncológica, los componentes que influyen sobre la misma y los tratamientos útiles para aminorar ese malestar.

En este debate se aplicó el concepto creado por Lazarus y Folkman en 1984. Según su definición, el afrontamiento es «un esfuerzo cognitivo y conductual centrado en manejar, reducir o controlar el estrés que supone enfrentarse a una enfermedad.» El afrontamiento también parece un regulador de la perturbación emocional, el cual, como no se acompaña de emoción afectiva, pareciera no tener una implicancia emocional a menos que el afrontamiento no sea eficaz, en cuyo caso no solo no ayuda sino que se asocia a un riesgo elevado, en consecuencia, el afrontamiento pretende obtener cierto control sobre las circunstancias, que puede ser desde el dominio hasta una capacidad limitada para regular los sentimientos provocados por la circunstancia estresante (Suárez, A. et.al. 2005).

«Servirá para que los avances y decisiones de la medicina oncológica busquen la mejoría y calidad de vida del paciente», afirma Robert (2013) al describir el objetivo de la educación psicooncológica.

1.2 Contexto

La UNEME Oncología, es una de las instalaciones del Hospital General "Agustín O' Horán", que proporciona atención de especialidad a la población registrada en el Seguro Popular, IMSS e ISSSTE de la península de Yucatán, progresando así con el proceso de integración global de los servicios sanitarios.



La quimioterapia, la medicina nuclear y la radioterapia son los tres principales servicios de medicina integral que ofrece al público la Unidad de Especialidades Médicas Oncológicas. También cuenta con dos cámaras de quimioterapia y un acelerador lineal para braquiterapia y teleterapia. Un espacio que funciona como sala de espera y el área de enfermería. Actualmente cuenta con el departamento de psicología, que brinda atención integral para dar asesoramiento y acompañamiento a las personas que padecen diversos tipos de cáncer.

El equipo de Psicología del área de radioterapia consta de cuatro psicólogos para atender una población de 50 pacientes por mes aproximadamente, con dos consultorios, los cuales son compartidos de acuerdo a las citas programadas, no se cuenta con un área especial para proporcionar terapias grupales por lo cual solo se da de manera individual y en caso de requerir alguna asistencia especial se le permite la entrada a un acompañante por paciente (información brindada por la jefa del área de la UNEME).

1.3 Definición del problema de investigación

Educar para el fortalecimiento de la salud física y mental puede contribuir a que el paciente acepte su enfermedad, concilie mejor con la intervención y pueda solucionar problemas cuando se le presenten. la autora Dorotea Orem, nos dice que el autocuidado es «la práctica de actividades que los individuos realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar». Cuando se hace bien, el autocuidado sigue un patrón y una secuencia que favorecen el desarrollo humano, el funcionamiento y la integridad estructural. Orem D. (1991).

Una de las limitantes en la alerta temprana del cáncer es la escasa facilidad para acceder a la atención médica y las técnicas disponibles para la identificación y atención tempranas. Aunque el cáncer se descubra precozmente, los pacientes siguen teniendo que enfrentarse a diversos problemas que dificultan o posponen la recepción del tratamiento, como las instalaciones inadecuadas de los hospitales cercanos, el acceso restringido a los tratamientos o la escasez de profesionales para manejar los sofisticados equipos, entre otras cuestiones.

La Organización Mundial de la Salud informa que la red de instalaciones médicas en México que atienden a pacientes con cáncer de mama consta de 25 Centros Estatales de Cáncer (CEC) que ya están en funcionamiento, además de las Unidades de Oncología del Hospital Juárez, el Hospital General de México y el Instituto Nacional de Cancerología. En los estados de Campeche y Zacatecas se están construyendo actualmente CEC. No hay centros estatales de cáncer en Querétaro, Hidalgo, Tlaxcala, Morelos, Quintana Roo ni Baja

California. Sólo tres, o 13%, de estos 25 CEC están descentralizados; los otros trece, o 87%, están desconcentrados y dependen de la Secretaría de Salud del estado.

Además de los equipos de braquiterapia, todos los CEC, los hospitales federales de referencia y el INCAN disponen de equipos de radiación, incluidas 14 (61%) bombas de cobalto y 9 (39%) aceleradores lineales.

Sólo 58 oncólogos radioterapeutas están a cargo de las unidades, según la revista Juntos contra el cáncer. Se calcula que por cada millón de habitantes se necesitan entre cuatro y siete oncólogos radioterapeutas. En consecuencia, se necesitan entre 200 y 350 especialistas para los 45 millones de ciudadanos no derechohabientes de México (https://juntoscontraelcancer.mx/panorama-del-cancer-en-mexico/).

Actualmente la UNEME Oncología del Hospital O´horan ofrece asistencia médica para los pacientes remitidos a radioterapia por alguna enfermedad oncológica, aunque no todos son valorados por el departamento de psicología, ya que no existe ningún protocolo para medir si presentan o no alguna psicopatología relacionada con la enfermedad y el tratamiento de radioterapia. (Información proporcionada por los psicólogos del área de Radioterapia).

Según Daniels (2008), «Las intervenciones psicosociales en el procedimiento maligno ayudan abiertamente a mejorar el duelo, la angustia y el desánimo». El impacto del tratamiento y la reducción de problemas somáticos como la obesidad, la ansiedad y el dolor son el centro de investigaciones recientes e intrigantes. No obstante, el resultado depende en gran medida de la formación y la experiencia del médico, y se subraya el valor de los servicios de expertos debidamente cualificados.

Aunado a lo anterior se constituye como propósito de investigación las maneras de afrontamiento del paciente con diagnóstico de cáncer, que se encuentra recibiendo radioterapia. Los resultados obtenidos permitirán al equipo de psicología analizar sus capacidades para vislumbrar la forma de afrontarlas y orientar al enfermo para afrontar esta situación, que generalmente suele ser visible en diferentes etapas como son la negación, la ira, depresión, aceptación y por último la esperanza. Se ambiciona que los psicólogos incrementen sus intervenciones orientadas por el paradigma de la renovación, poniendo especial atención en la necesidad de humanizar la atención.

1.4 Objetivo General

Detallar las técnicas de afrontamiento de los pacientes oncológicos que reciben radioterapia, con la finalidad de analizar la realidad que viven mediante su propio testimonio y ofrecer nuevos conocimientos al equipo de psicología para enfrentarse al reto de dar una atención integral y satisfacer las necesidades biopsicosociales de los enfermos con cáncer.

1.5 Objetivos Específicos

- Determinar los cambios físicos y/o psicológicos que percibe el paciente oncológico sometido a radioterapia.
- Analizar por parte del equipo de psicología, las técnicas de afrontamiento que utilizan los pacientes oncológicos.
- Promover una continua capacitación en psicooncología y una mayor participación del equipo de psicología con los pacientes con cáncer que acuden a radioterapia.

1.6 Justificación

Dado que las enfermedades oncológicas figuran actualmente como los primeros diez problemas mentales en el mundo, tienen una conmoción significativa en las tasas de prevalencia y mortalidad (OPS y OMS, 2020). La Organización Mundial de la Salud calcula que el cáncer matará a 10,3 millones de personas en 2020, lo que lo convierte en la segunda causa de muerte en todo el mundo. Además, alertó de que en 2040 habrá casi un 50% más de nuevos casos que en las décadas anteriores (ONU, 2021).

El cáncer es considerado uno de los diagnósticos más importantes en la sociedad por lo difícil de su manejo y las necesidades terapéuticas que requiere; Por tanto, la implementación de programas destinados a mejorar la adaptación y otras intervenciones psicológicas es esencial. Cuando un paciente recibe un diagnóstico de cáncer generalmente presenta un importante impacto psíquico, debido a que se considera una enfermedad muy temida por la gravedad que puede suponer y porque la mayoría de la gente lo relaciona a muerte, incluyendo los aspectos socioculturales y condiciones individuales que perturban en el pensamiento y bienestar psicológico de la persona ante el diagnóstico.

La Organización Panamericana de la Salud (2021) informa de que los episodios de depresión y las reacciones de estrés agudo temporal son las enfermedades mentales más comunes entre los pacientes con cáncer. También se han observado acciones violentas y consumo excesivo de alcohol en situaciones de emergencia (crisis). Se han documentado los siguientes efectos secundarios: depresión, problemas de adaptación, trastorno de estrés postraumático, abuso de alcohol y sustancias, trastornos psicosomáticos y duelo patológico.

He ahí la importancia de los psicólogos de realizar intervenciones psicosociales que pretenden minimizar comportamientos de riesgo y educar para tener herramientas de defensa con acciones para mejorar la aplicación sistemática de las recomendaciones médicas, a la mejora del descanso y el control del estrés vital, a aumentar el acompañamiento social, de la familia y de la comunidad, a la vigilancia del paciente oncológico, en toda una serie de panoramas que tienen a la primera cita médica y dentro del hospital como escenario (Martínez, et.al. 2018).

Una aproximación más cercana de estas estrategias contribuiría al diseño, establecimiento o mejora de las mismas, para el enfermo oncológico, como bien los señala Hernández, (2012) En palabras de Hernández et al. (2012), "atender estas necesidades de manera oportuna favorece la capacidad del paciente y su familia para afrontar la enfermedad, mejora la adherencia a los tratamientos oncológicos y mejora la comunicación con su familia y equipo médico".

De acuerdo bibliografía consultada en línea, en el estado de Yucatán no se ha profundizado en investigaciones relacionadas a la manera que tienen los pacientes de encarar la enfermedad oncológica cuando acuden a radioterapia en los hospitales públicos, por lo cual se realiza esta exploración busca identificar los tipos de encaramiento que aplican las personas con diagnóstico oncológicos que toman tratamiento de radioterapia en el Nosocomio Agustín O'horán, así como la participación de los psicólogos ubicados en la jefatura de radioterapia con la meta de una mejor participación de estos profesionales de la salud.

1.7 Beneficios esperados

Una evaluación psicológica insuficiente de los pacientes con cáncer sometidos a radioterapia conduce a una deficiencia de la atención especializada, lo que agrava el estado clínico de los pacientes, lo que a su vez se traduce en dificultades de adherencia a los tratamientos médicos, se trata de lograr un adecuado diagnóstico en salud mental, así como promover la capacitación de los profesionales de esta área, en instrumentos de cribado de posibles enfermedades mentales y sufrimiento emocional acordes con las realidades clínicas de los pacientes, lo que se reflejará en un aumento de su calidad de vida.

Al término de esta investigación se conocerá las técnicas de afrontamiento psicológico que presentan los enfermos de cáncer que acuden a radioterapia con el fin de ofrecer por parte del equipo de psicología, atención individualizada para minimizar su sufrimiento físico y mental, para llegar a la meta de poder ofrecer mayores beneficios en la atención del paciente, con lo que se pretende lograr una visión diferente de los hospitales públicos y los servicios que presta el departamento de psicología.

1.8 Limitaciones

La atención a la salud pública y el desarrollo de profesionales especialistas son los dos objetivos principales que comparten los hospitales públicos de México en colaboración con otras entidades gubernamentales. Dentro de su organismo, observamos una administración que establece normas y reglamentos e intenta fijar prioridades, otorgando a los directivos y profesionales la autoridad necesaria para garantizar el cumplimiento y lograr los objetivos establecidos. En esta situación, las distintas profesiones no son totalmente independientes,

ya que su capacidad de intervención está limitada por sus propias normas y por su inclusión en grupos de trabajo. Sin embargo, también necesitan contar con un margen de independencia de su personal, experiencia y criterio a la hora de tomar decisiones.

La tarea a realizar debe ser siempre complementaria y de colaboración con otros profesionales, aportando la visión específica de los procesos psicológicos observados, aunque la incorporación del psicólogo clínico al ámbito hospitalario haga que otros profesionales cambien o ajusten sus roles y modifiquen las expectativas en su trabajo con el paciente. Es por ello, que las limitaciones en este tipo de investigación puedan darse a nivel administrativo, gerencial y económico.

Delimitaremos el campo de estudio a los profesionales que intervienen directamente con enfermos de cáncer a los cuales se les da consulta de radioterapia dentro de la Unidad Médica UNEME del Hospital Agustín O'horán ubicado en la ciudad de Mérida, Yucatán.

1.9 Alcances

El objetivo es ofrecer una perspectiva general sobre el apoyo psicológico a los pacientes que buscan tratamiento con radioterapia en hospitales públicos. Se abordarán los desafíos y trastornos psicológicos que suelen acompañar a la enfermedad. Además, se evaluarán los beneficios y las mejoras de atención psicológica que se puede aportar a las personas que sufren de cáncer y a su núcleo familiar. También se llevará a cabo una revisión sobre la asistencia psicológica brindada en los hospitales públicos, así como los desafíos y conflictos a los que se enfrentan los pacientes que no reciben suficiente asistencia psicológica. El 85% de los pacientes se han sometido a menos de ocho sesiones de

intervención psicológica en oncología, lo que produce grandes beneficios con una asistencia relativamente pequeña de terapia (AECC). La Asociación Española Contra el Cáncer también se plantea dicha rentabilidad de los tratamientos psicológicos empleados en oncología, a pesar de que la forma de vida y la disminución de los malestares son los factores primordiales. «La mayor parte de los padecientes así como su núcleo familiar pueden conseguir un cambio significativo en sus complicaciones y calidad de vida entre aproximadamente dos meses».

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.

Problemas psicológicos del paciente con diagnóstico de cáncer

Los profesionales pueden tener dificultades para derivar pacientes a psiquiatría o psicología por diversas razones, como la falta de comprensión de las cuestiones psiquiátricas, cuestiones personales, como su propia angustia por las circunstancias de sus pacientes, o actitudes desfavorables hacia la caracterización de las reacciones psicológicas en los pacientes como « lógicas ». Spiegel señala que esta formación no garantiza una mayor capacidad para identificar enfermedades y sufrimientos psiquiátricos, ni la disposición para derivar adecuadamente al paciente a un profesional (Spiegel, 2000).

Corría el año de 1984 cuando fue fundada la Sociedad Internacional de Psicooncología (IPOS). Como ha señalado la propia Dra. Holland, los avances significativos en la identificación y el manejo de los padecimientos de cáncer han coincidido con el desarrollo del campo de la psicooncología. (Holland, Lewis et. al.2001).

El enfoque emocional de los pacientes con cáncer es el centro de la psicooncología (Holland, 2021). Así mediante el cumplimiento de este requisito en los cuadros de

supervivencia, la psicooncología ofrece estrategias para acompañar a los pacientes a reintegrarse en la vida posterior y ajustar su vida venidera al concluir el tratamiento terapéutico.

Los psiquiatras, psicólogos y otros especialistas en salud mental se han hecho cada vez más necesarios en varias partes del hospital general en los últimos años. (Sadock y Alcott 2008). Como menciona Cassem y otros autores "La alta frecuencia de enfermedades mentales como trastornos de ansiedad, depresión, delirio y trastorno de estrés postraumático en estas unidades es una de las causas. (Cassem, Bernstein et. al. 1998). La manera de vivir de los pacientes se deteriora significativamente a consecuencia de estas enfermedades, lo que ocasiona que el ámbito familiar se tense y provoca la resistencia al tratamiento.

Para ayudar a detectar precozmente los desajustes mentales y malas emociones y prestar apoyo específico y oportuno a los pacientes que lo necesiten, debería haber más colaboración y flexibilidad entre el psicólogo y los equipos médicos. El trabajo multidisciplinar sería posible para el paciente y el equipo en su conjunto gracias a esta coordinación.

Intervenciones psicosociales en psicooncología

Como subespecialidad de la oncología, la psicooncología es una disciplina de estudio múltiple que está situada dentro del ámbito de la psicología sanitaria y se centra en el acompañamiento psicológico del paciente con cáncer. Existen enfoques médicos procedentes de campos como la medicina interna, la ginecología, la hematología, la cirugía y la oncología; por otro, hay enfoques psicológicos procedentes de materias como la

psicología clínica, social, del desarrollo y de la salud. (García-Conde, et. al, 2008; Malca, 2005).

Los enormes avances en medicina paliativa y oncología médica han facilitado el crecimiento de la psicooncología. Dado que el paciente ya ha recibido un diagnóstico médico de cáncer, la atención se centra en su calidad de vida. La psiquiatría de enlace es un concepto a seguir, en el que psicólogos y psiquiatras participan activamente en las unidades de cuidados paliativos y los equipos médicos de oncología, sus principales responsabilidades consisten en diagnosticar y tratar los problemas de salud mental prevalentes en esta población de pacientes.



*Adapted de Li M, Fitzgerald P, Rodin G. Evidence-based treatment of depression with cancer. J Clin Oncol. 2012; 30, 1187-1196. (22).

Como menciona Braun, el enfoque de «vivir con sentido» de la psicoterapia permite crear espacios para la expresión emocional, la introspección y la comprensión del propósito y los objetivos de la vida. Esto, a su vez, reduce los síntomas de ansiedad y depresión ante el diagnóstico. Estos síntomas se abordan a través de nueve sesiones supervisadas, el uso de herramientas y el análisis. (Braun et al., 2005).

Psicooncología: La situación en América Latina y la función del psicólogo.

Es común que el cáncer afecte el organismo y que también abarque otras dimensiones como el núcleo de familia, el ámbito laboral, las relaciones sociales, nuestra economía entre otras, es de las afectaciones que más impacto tiene en todas la áreas de la vida, en la actualidad. Además, el valor y la percepción de la enfermedad están estrechamente ligados al sufrimiento, la mortalidad y la angustia. (Medina y Alvarado, 2011).

El objetivo de la psicología de la salud es proteger a las personas de ciertas enfermedades, como el «cáncer», fomentando comportamientos saludables y el bienestar general. También aplica su experiencia a la aplicación de políticas públicas acertadas en el sector sanitario y a la mejoramiento del trabajo de los psicooncologos. (Oblitas, 2008).

Cabe mencionar que el campo de la psicooncología se estableció formalmente en la década de 1980 bajo la dirección de Jimmie Holland, que creó el construyó un lugar para investigaciones llamado Sloan-Kettering en la ciudad de Nueva York para estudiar los caracteres conductuales y psicológicos de los pacientes que tenían cáncer. (Middleton, 2002). En el 2009 varios autores refieren que la necesidad de apoyo y acompañamiento transdisciplinarios para los pacientes de cáncer, sus familias y el equipo médico a lo largo de las múltiples etapas de la enfermedad es otro factor que contribuye al desarrollo de este campo. (Alvarado, Genovés y Zapata, 2009).

Cuba se unió a los primeros paises de América Latina que desarrollararon líneas de acción en psicooncología; otras naciones, entre ellas Argentina, Colombia y Chile, han venido incorporando la psicología de la salud en sus políticas desde la década de 1980, incluyendo pláticas para el manejo conductual relacionado con pacientes en tratamiento. A pesar de estos avances significativos, hay mucho trabajo pendiente en esta área. (Flores- Alarcón,

2006). En cuanto a la investigación en psicooncología y el desempeño de propuestas de actividades psicológicas en este campo, como dar la cara de frente a la lucha del cáncer, México, Estados Unidos y otros paises han desempeñado un papel importante. (Broche y Medina, 2011).

Siguiendo a Gómez y en otras palabras podemos mencionar que en el control de los temas a actuar y los proyectos a venir, se deben analizar propiedades oncologicas, tales como si es fuerte o prolongada, definitiva o desgastante, si ocasiona impedimentos físicos o psicológicos que afecten el desenvolvimiento en todas áreas de la vida y si afecta el sentimiento de independencia y autosuficiencia, las cuales son prioritarias para el individuo».

El servicio hospitalario se centra en dar al cliente cuidados de alta calidad, incluyendo información dirigida al diagnóstico, tratamiento y rehabilitaciones. (Gómez, 2007). Así, tres son las áreas en las que se centra la intervención psicológica en este campo: el apoyo terapéutico, la educación para la salud y la intervención en crisis. Estos ámbitos se ocupan de revertir el pesar del paciente para el restablecimiento mental y emocional, según Belar y colaboradores (1996), como se mencionan Villalpando, Uribe y Cols (2007).

También es importante tener en cuenta lo que ocurre con los pacientes a los que se diagnostica un cáncer dentro de un organismo público. El cáncer puede ser una experiencia dolorosa para el paciente y su familia, que da lugar a una serie de problemas sociales, emocionales y psicológicos. (Font, 1994). Observando bajo la lupa médica y psicológica, el apoyo de un equipo es esencial para una solución integral, debido al pesar que una noticia tan importante supone para un individuo. (Calvo y Narváez, 2008).

Para asistir, acompañar, orientar y gestionar los posibles cambios psicológicos, emocionales y conductuales que conlleva una enfermedad oncológica en cada etapa, la intervención psicológica es crucial para los pacientes hospitalizados. Malca menciona que debido a que al cáncer ocupa la segunda posición en muertes en Chile, como se indicó anteriormente, se le debe prestar la máxima atención en la atención hospitalaria en ese país. (Malca, 2005).

Diferentes tipos de radioterapia

Existen varios métodos para administrar radiación a un órgano específico:

Radioterapia interna o braquiterapia.

El procedimiento radioterapéutico conocido como «braquiterapia» consiste en colocar fuentes radiactivas dentro o cerca de un tumor, teniendo como fin introducir cantidades de fuertes de radiación al tumor y cantidades mínimas a los tejidos sanos circundantes. Se recomienda para el tratamiento de tumores menores. Es un tratamiento que se empleó por primera vez a principios de siglo y, en los últimos 20 años, su uso y avance han aumentado espectacularmente. Junto con la radioterapia externa, la cirugía y la quimio, es una de las formas de terapia utilizadas en el manejo multidisciplinar de las neoplasias malignas. En función de la actividad de la fuente radiactiva utilizada, existen tres formas diferentes de braquiterapia: tasa baja, tasa media y de alta tasa de dosis.

La BT alta tasa tiene las ventajas de ser un procedimiento ambulatorio que puede completarse en pocos minutos, de no requerir anestesia general y de proporcionar protección radiológica al personal expuesto. Los inconvenientes son el elevado coste

inicial del equipo necesario, la necesidad de sustituir periódicamente las fuentes radiactivas y la necesidad de repetir el procedimiento de inserción de los aplicadores en el tumor o las cavidades.

Pérez y García afirman que la BT de dosis alta ha suplantado a la BT de dosis baja en la mayoría de los centros en los últimos años debido a su seguridad y conveniencia, así como al hecho de que sus resultados en términos de supervivencia de la enfermedad están a la par con los de BT de dosis baja. (Pérez y García, 2001)

Radiación externa o tele terapia.

Según Hall, la radiación ionizante se utiliza en radioterapia para detener el crecimiento celular aberrante o incontrolado. La transferencia de energía que pasa en forma de electromagnetismo provoca la ionización, un revés que provoca principalmente la ruptura del ADN, el material genético de las células, deteniendo la división de las mismas, la cual provoca la eliminación celular (Hall, 2006).

«La radioterapia es utilizada como una cura para los tumores localizados locorregionalmente», afirma Delaney. (Delaney, 2005). Además, puede ser utilizada junto con la quimioterapia y como tratamiento complementario de la cirugía, la radioterapia postoperatoria y la radiación preoperatoria.. Además, la irradiación puede utilizarse a menudo junto con la quimioterapia, lo que aumenta la susceptibilidad de las células tumorales a los efectos de la radiación y facilita su eliminación.

Radioterapia de intensidad modulada.

Uno de los tratamientos más importantes contra el cáncer en la actualidad es la radioterapia (RT). Numerosos estudios aleatorizados y metaanálisis han demostrado claramente su influencia en el control locorregional, que a su vez afecta a la población global y en muchos cánceres primarios, tanto si se utiliza sola como si se combina con cirugía y/o terapia sistémica. Sin embargo, históricamente ha existido un peligro real de efectos adversos tanto agudos como a largo plazo del tratamiento con radiación, que en ciertas situaciones pueden provocar una morbilidad y mortalidad graves, así como una afectación de la calidad de vida de los individuos. (Darby, 2005).

Radioterapia estereotáctica.

Es un método de radiación externa que localiza la lesión con precisión mediante un sistema de coordenadas tridimensionales. Para administrar dosis extremadamente altas de radioterapia sin aumentar la irradiación de las partes sanas cercanas, se aplica radioterapia externa a la lesión mediante haces de radiación altamente conformados, precisos y convergentes. (Leksell, 1983). Fundamentalmente se emplea para tratar daños a nivel cerebral con una sola dosis de radioterapia o de forma fraccionada en áreas extracraneales como el pulmón o el hígado.

Radioterapia y salud mental

La radioterapia para pacientes con cáncer suele causar síntomas iniciales de ansiedad que desaparecen progresivamente hasta finalizar el tratamiento. No obstante, si empeoran, pueden llegar a convertirse en un trastorno.

Según un estudio realizado por investigadores de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y el Hospital Universitario de Basurto (Bilbao) y publicado en el Journal of Psychosomatic Research, casi la mitad de los 100 pacientes que recibieron radioterapia en el hospital experimentaron problemas psicológicos en algún momento del tratamiento. Al inicio y al final de la radioterapia, el 16,5% de los 100 participantes en este ensayo experimentaron problemas de ansiedad, según los investigadores. Casi un 50% sufrió algún trastorno psicológico, mientras que un 19.5 % se controló de principio a fin durante la terapia, este estudio reveló que la mayoría de los pacientes cursaban con cuadros severos de ansiedad. Dicho estudio fue publicado en "Journal of Psychosomatic Reserch"

Respecto al tema de estados depresivos, esta bajó un 6,8 % desde el inicio del tratamiento hasta el 3,9 % una vez finalizado, alcanzando niveles típicos de la población general. Los problemas de adaptación siguen un patrón similar.

De acuerdo con otro estudio de Hernández-Blázquez, Cruzado J.A presentado en el 2016 Investigadores monitorearon a 103 pacientes con cáncer que recibieron tratamiento con fines curativos, no paliativos, para determinar si presentaban indicios de alguna alteración psicológica, se entrevistó a los pacientes antes del inicio del tratamiento, una semana después de su finalización y un mes después. El 11,7 % de los pacientes presentó pensamientos suicidas desde el inicio de la radioterapia hasta su finalización, momento en el que descendió al 7,8 %, cifra superior a la media de la población general. (Hernández, et.al., 2016).

Incluso si finalmente terminan su plan de tratamiento de radiación, los que faltan a las sesiones de programadas durante el tratamiento de la enfermedad tienen más probabilidades

de experimentar una recurrencia de su enfermedad, según un estudio reciente, el cual fue ventilado en enero 30 en el International Journal of Radiation Oncology • Biology • Physics (Instituto Nacional del Cáncer). Los doctores Nitin Ohri y Madhur Garg del Colegio de Medicina Albert Einstein de la ciudad de Nueva York, junto con otros asociados, llevaron a cabo el estudio examinando los generales de más de 1.200 pacientes que se sometieron a radioterapia de haz externo entre 2007 y 2012 como parte de un tratamiento destinado a curar el cáncer que se produce en la cabeza y el cuello, de mama, de pulmón, de cuello uterino o de recto. Los pacientes que no cumplían el tratamiento se definieron como aquellos que faltaron a más de una cita de radioterapia programada. Los pacientes que no cumplían el tratamiento se saltaron cuatro citas de radioterapia en promedio (22 % del total). Este tratamiento se prolongó 72 días cuando se faltaron a dos o más citas. Finalmente, todos los pacientes del estudio completaron el tratamiento de radioterapia prescrito.

El 9% de los pacientes experimentó una recurrencia del cáncer durante el período de seguimiento, y el 19% falleció. Al considerar factores demográficos y clínicos, como el tipo de cáncer, los pacientes que no recibieron radioterapia presentaron tasas de supervivencia libre de enfermedad más bajas y una mayor probabilidad de recurrencia de la enfermedad.. (Publicado originalmente por el Instituto Nacional del Cáncer." "Faltar a sesiones de radioterapia aumenta el riesgo de que regrese el cáncer" Febrero 2016)

Lesiones del sistema nervioso inducidas por la radioterapia

Stevens indica que una parte del tratamiento para las neoplasias malignas del sistema nervioso es la radioterapia. Esta se conduce a una región extensa, cuando existen varias

neoplasias malignas o un solo tumor con bordes mal definidos. El tratamiento se dirige con precisión cuando los bordes del tumor son visibles. (Steven, 2021).

A pesar de las precauciones, la radiación de estas terapias puede ocasionalmente dañar el sistema nervioso.

Diversas variables determinan si este daño ocurre y su gravedad:

• Cantidad de radiación administrada en cada dosis;

• Cantidad de radiación administrada a lo largo del tratamiento (dosis acumulada);

• Duración del tratamiento;

• A cuánta radiación se expone el sistema nervioso;

• La vulnerabilidad a la radiación;

• La radioterapia que se da diariamente tiende a ser más efectiva y a reducir el daño al tejido sano.

Los indicios de afección por radiación pueden ser:

- Súbitos: aparecen durante los primeros días.
- Retrasados precoces: puede ocurrir en los primeros meses de tratamiento
- Retrasados tardíos: puede ocurrir meses o años después del tratamiento.

Las consecuencias de estos pueden ser a corto o a largo plazo y pueden empeorar o permanecer igual.

Los síntomas similares a la encefalopatía aguda también pueden ser resultado de la exposición temprana a la radiación retardada. Cuando la leucemia se trata con radioterapia cerebral completa, los niños pueden experimentar síntomas tempranos de daño por radiación retardada. Estos síntomas suelen desaparecer por sí solos al cabo de unos días o semanas, aunque en ocasiones tomar corticosteroides al mismo tiempo acelera el proceso. (Steven, 2021).

Los síntomas de daño tardío por radiación aparecen meses o años después de la radioterapia. Muchos niños y adultos que se someten a radioterapia craneal completa, si viven lo suficiente, desarrollan este tipo de daño.

Afrontamiento y salud mental

Dado que el afrontamiento se define como una reacción automática destinada a gestionar la ansiedad y suavizar su impacto en la persona, la conexión entre la manera de afrontar los problemas y la higiene mental está incluida en el propio término. El estrés tiene efectos perjudiciales en el bienestar físico y psicológico de una persona y puede provocar problemas psiquiátricos si no se gestiona eficazmente con técnicas específicas. Según Rodríguez, existen mecanismos de afrontamiento adaptativos y no adaptativos para situaciones estresantes. Las técnicas no adaptativas son las menos eficaces para manejar el estrés de la circunstancia y pueden provocar diversos trastornos psicopatológicos. (Rodríguez, 2006).

Algunos estudios empíricos han encontrado esta relación, como el realizado con personas que cursaban con cáncer de mama por Carver et al. (1993), donde se encontró una un menor distrés psicológico y el uso y la aceptación del humor, y entre un mayor distrés

psicológico y la evitación y la negación. Los efectos psicológicos de padecer cáncer de mama también se relacionaron con el tipo de afrontamiento del cáncer, según otro estudio. (Ferrero, Toledo y Barreto, 1995), Los pacientes que abordaron su cáncer con "espíritu de lucha" o "negación" experimentaron más trastornos psicológicos que aquellos que la abordaron con "impotencia, desesperanza", "fatalismo" o "preocupación ansiosa".

La prueba MAC (Ajuste Mental al Cáncer), que evalúa la adherencia a la enfermedad en lugar del afrontamiento, se utilizó en el estudio mencionado para evaluar estos mecanismos de afrontamiento. Además, se ha descubierto que, en pacientes con dolor crónico, el afrontamiento activo está inversamente correlacionado con el distrés psicológico, mientras que el afrontamiento pasivo se nota con mayores niveles de distrés psicológico y estados depresivos. (Snow-Turek, Norris y Tan, 1996).

Los mecanismos de afrontamiento más comunes en circunstancias que se consideran fuera de control son pasivos y centrados en las emociones, y están asociados con sentimientos de depresión y ansiedad. (Skinner, 1996).

Marcos conceptuales para la gestión del cáncer.

Se han propuesto diversos marcos teóricos para explicar los mecanismos de afrontamiento implicados en el cáncer:

Lazarus y Folkman (1986), desde el punto de vista del área psicológica cognitivo y de conducta, describieron el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian constantemente, que se desarrollan para tratar las exigencias específicas de fuera y

de adentro que son calificadas como desbordamientos de los recursos de la persona" (p.140).

Modelo de Lipowski

Este autor menciona que el cáncer implicaría exigencias únicas que pondrían a evaluar la capacidad de los pacientes para afrontarlas. (Lipowski, 1969, 1970).

Modelo Weissman

Intenta proporcionar un paradigma que demuestre un afrontamiento eficaz del cáncer (Ferrero, 1993). Según Weissman (1979), el afrontamiento se describe como las acciones que se toman en respuesta a una crisis para encontrar equilibrio, recompensa, alivio y paz. Tiene tres componentes::

1) Percatarse del problema el cual se busca minimizar.

2) La manera de encarar el problema es afrontamiento.

3) Existen reacciones primarias del afrontamiento que no están relacionadas con la situación a la larga.

El afrontamiento se entiende como una reacción, no como un grupo de actividades discontinuas, y combina como se percibe, se ejecuta, se evalúa y se corrige de la acción, seguidas de tarea adecuada y comportamiento dirigido a un objetivo. Así, distingue la manera de afrontar de la defensa, que implicaría un patrón rígido y repetido (independientemente del problema) y serviría para eliminar la disforia y desviar el

problema, dejándolo de ser un problema cuando lo es. En cambio, el afrontamiento sería un esfuerzo dominado para superar un obstáculo.

Modelo de Ray, Lindop y Gibson

Mencionan que afrontamiento es cualquier comportamiento destinado a resolver o mitigar un escenario difícil (Ray, Lindop y Gibson, 1982). Creían que existía un "esquema" para manejar situaciones estresantes que podía utilizarse en cualquier situación. Realizaron su investigación en pacientes preoperatorias y pacientes con cáncer de mama.

Añaden varias sutilezas, incluso si el modelo de Lazarus y Folkman sirvió como base inicial:

1) Dado que la sensación de control es un factor clave para darse cuenta si una situación se percibe como amenaza, un duelo o un desafío, consideran la evaluación secundaria como un componente de la evaluación primaria. Además, la evaluación principal establece los mecanismos de afrontamiento permisibles. En consecuencia, creen que sería más beneficioso centrarse únicamente en la evaluación primaria en lugar de analizar las dos formas de evaluación cognitiva por separado.

2) Como el sujeto siempre parte de una experiencia previa, sostienen que cualquier valoración cognitiva es de afrontamiento puesto que se trata de una reevaluación inevitablemente sesgada por el individuo.

Modelo de Taylor

La investigación con enfermos de cáncer de mama serviría de sustento para este modelo teórico de adaptación mental al cáncer (Taylor, 1983; Taylor, Lichtman y Wood, 1984). El

trabajo de Taylor (1983, 1984, 1996) se ha puntualizado en las áreas positivas del victimismo. Según su perspectiva, los intentos de encontrar una solución dependen de la resolución del sujeto para crear y conservar pensamientos ilusorios que no siempre se ajustan a lo que vive, pero que le brindan una sentimientos de control, se sienten bien consigo mismos y esperan mucho del futuro. Estas ilusiones son necesarias para el adecuar la función mental adaptativa ante los desafíos actuales y futuros. Estas ilusiones se basarían en procesos cognitivos específicos que podrían alterar su significado según el contexto. Estos delirios pueden hacer que los desafíos reales se minimicen o subvaloren, pero también pueden alentar un espíritu de perseverancia y un enfoque más sólido ante las circunstancias, afirman Merluzzi y Martínez (1997).

Modelo de Moos y Schaefer

Algunos autores consideran un padecimiento físico de suma gravedad como una crisis de vida. Las tareas adaptativas que se realizan para afrontarla se determinan mediante la observación de sus pensamientos o la realidad de lo que piensan de su padecimiento (Moos y Schaefer, 1984).

Las siguientes categorías se utilizan para categorizar las tareas de afrontamiento: (Moos y Schaefer, 1984): 1) Controlar síntomas como el dolor y la incapacidad. 2) Supervisar el funcionamiento y los procedimientos del hospital. 3) Tener una relación adecuada con el personal médico. 4) Mantener pensamientos saludables. 5) Seguir teniendo una visión positiva de sí mismo y sentirse competente y en control. 6) Seguir interactuando regularmente con amigos y familiares. 7) Estar suficientemente preparado para un futuro impredecible. Dado que estos son los factores que deciden si algo valioso se ha perdido o

está en peligro, Ferrero (1993) afirma que estas actividades de afrontamiento podrían considerarse la finalidad del afrontamiento e influirían en la evaluación primaria según el modelo de Lazarus y Folkman (1984). El sujeto utilizará sus habilidades de afrontamiento para gestionar las tareas de afrontamiento cuando hayan sido identificadas.

Como hacer frente al diagnóstico de cáncer.

Taylor nos dice que la teoría distingue dos maneras generales de afrontamiento: Orientado al problema, que «implica intentar hacer algo que nos ayude con el contexto estresante que es dañino, amenazante o desafiante para un individuo.» El afrontamiento es un camino que sugiere cambios siempre porque la persona tiene ocasionalmente la determinación de tomar diferentes comprotamientos que pueden ser defensivas y/o que le permiten solucionar contratiempos. (Taylor, 2007). Dicho de otro modo, implican identificar el problema, buscar posibles soluciones y sopesar esas opciones en función de su aplicación, coste y beneficio. Lazarus y Folkman (1986), citando a Kahn y Cols (1964), emplean dos categorías de comportamientos orientados al problema: las que pertenecen al contexto y pretenden alterar las presiones, obstáculos, recursos y procedimientos ambientales; y las que pertenecen al mismo y son responsables de conductas impensables, como alterar el grado de aspiraciones, disminuir la implicación del yo, buscar canales alternativos de gratificación, crear nuevas pautas de comportamiento o aprender nuevos recursos y procedimientos. Los procesos cognitivos responsables de minimizar el nivel de desagrado comprenden la conducta orientada a las emociones, que «implica esfuerzarse para mantener controladas las emociones generadas por la situación estresante» (Taylor, 2007). Estos procesamientos del pensamiento incluyen «conductas como evitar, minimizar el hecho, el

aislarse, la selección de lo que importa, las búsqueda de lo positivo y encontrar valores positivos a los hechos negativos» (Lazarus y Folkman, 1986).

Sin duda, es importante señalar que hay tres pasos básicos para medir el afrontamiento:

1) referirse a ideas, emociones y comportamientos concretos, más que a informes sobre lo que la persona es capaz de hacer o está dispuesta a hacer;

2) evaluarse dentro de un marco concreto; y

3) examinarse a lo largo de periodos de tiempo para hacer un seguimiento de cómo cambian los pensamientos, sentimientos y comportamientos de una persona en respuesta a las cambiantes demandas y evaluaciones del entorno en el que opera. El cáncer está dentro de las patologías crónicas, como aparece en el CIE10; Dado que los efectos y tratamientos de la psicología requieren un proceso de convertir significativo en el estilo de vida, empleando las capacidades afectivas, de conducta, con la sociedad y pensamientos que una persona puede tener para hacer frente a circunstancias desafiantes en su vida, la psicología debe por lo tanto ofrecer un comportamiento adecuado para asegurar y contribuir a la calidad de vida. Según Robles (2004), que cita a Livneh (2001), al examinar el proceso de adaptación a una enfermedad crónica se tienen en cuenta al menos tres variables que interactúan:

1) las circunstancias preexistentes que condujeron al desarrollo de la enfermedad crónica;

2) el proceso dinámico real de adaptación; y

3) la expectativa de repercusiones psicológicas.

Por este motivo, las intervenciones tras el diagnóstico son cruciales porque minimizan la ansiedad y la depresión, ayudan al paciente a adaptarse al cáncer, fomentan el cumplimiento del tratamiento, crean técnicas eficaces de resolución de problemas y apoyan la conservación y mejora de las relaciones interpersonales de la persona diagnosticada.

La propia enfermedad, las terapias y el pronóstico son algunos de los elementos que repercuten en el crecimiento y en la forma de vida de las personas diagnosticadas. Por lo tanto, es razonable afirmar que la psicología, ha desempeñado una actuación primordial a la hora de asistir a las personas a afrontar el cáncer. A través de la psicooncología, la psicología ha contribuido a desarrollar e implementar herramientas y formas de intervención exitosos, que han ayudado a identificar los factores principales que influyen en las estadísticas de mortalidad relacionadas con el cáncer, así como las reacciones psicológicas de los pacientes, sus familias y los médicos.

Según Fierros, los médicos desempeñaron un papel crucial en la unificación de las leyes sanitarias de la nación al aportar cientificidad a los métodos de control del curanderismo en torno a la tercera década del siglo XVII. Esto se logró mediante la promulgación de leyes regidas por profesionales de la medicina y no por la Iglesia, como ocurría anteriormente. (Fierros, 2014).

Las medidas reglamentarias adoptadas por los organismos coordinados por médicos determinaron el curso de la política sanitaria de la nación.

La administración de Porfirio Díaz implementó iniciativas de salud pública en todo México.

El reglamento para el uso de la vacuna antivariólica en el Distrito Federal, Tepic y Baja California se desarrolló a principios de 1885. El Diario Oficial publicó este reglamento en su momento, en mayo de ese año. El reglamento, compuesto por 20 artículos, se centraba principalmente en la necesidad de estar preparados para la terrible enfermedad, considerando la vacuna un componente crucial. El Consejo Superior de Salubridad siempre estuvo a cargo de este reglamento a través de dos representantes: un presidente y un vocal.

Diversos problemas de salud pública, incluyendo el hacinamiento de personas con enfermedades mentales, han mejorado gradualmente como resultado de las enfermedades que azotaban al país. Cuando se inauguró en 1910, el manicomio La Castañeda fue el mayor proyecto de infraestructura de salud pública de Latinoamérica y México. Fierros (2014).

Hospitales públicos de México

Debido a la movilización de la gente, sobre todo de los ejércitos, las incontrolables enfermedades como la viruela, el cólera, el tifus y la malaria que se produjeron durante el siglo XVIII hicieron que la gente se centrara en la importancia del problema del contagio. Además de la peste, que llegó por primera vez en 1720 y siguió extendiéndose por el Mediterráneo occidental, la comida insuficiente era otra causa de enfermedad, como lo demuestran el raquitismo y la tuberculosis. Además, la expansión de las ciudades incrementó la concentración de personas en lugares minúsculos, la recogida de heces, cadáveres de animales y otros productos perecederos, lo que se tradujo en basura, un panorama poco atractivo y olores desagradables, todo lo cual acrecentó el interés de distintas personas por el tema. «la novedad de lo urbano, el renacer de la ciudad-máquina,

invitan a la limpieza de lugares, aunado del aseo social que se traduce la limpieza de la ciudad y la limpieza de los sitios relegados» (Corbin, 1987).

Por todo ello, es evidente que los ambiciosos planes de los reyes absolutistas tuvieron un impacto significativo en lo público como en lo privado. Los hospitales, asociados a los conceptos de bienestar y progreso, fueron un ejemplo evidente: «El Allgemeine Krankenhaus era la joya de los hospitales». El emperador José renovó el Hospital General de Viena, que contaba con dos mil camas, en 1784 (Agostoni, 2009, p. 163-84). La determinación de las autoridades absolutistas ilustradas de concentrar la administración quedó claramente demostrada en este hospital (Porter, 2004).

Con sólo seis miembros (Carrillo, 2002), el Consejo Superior de Salubridad se estableció en México en 1841 y pertenecía al sector de la beneficencia pública (Rodríguez, 1998). En aquella época, México albergaba un gran número de organizaciones relacionadas con la salud, como «la Academia Nacional de Medicina (desde 1842), la Escuela Nacional de Medicina (el mismo año) y el Consejo Superior de Salubridad (desde 1841)» (Agostoni, 2009). Las cuales sólo cumplieron parcialmente su cometido porque no aplicaron los principios básicos de la salud vigentes en aquel momento. Por cierto, el concepto de modernidad estaba fuertemente asociado a estas cualidades. El Consejo fue un ejemplo flagrante. Aunque, como señala el autor Hiram Félix Rosas, «entre 1841 y 1880, las tareas del Consejo fueron una lista de buenas intenciones», la creación de esta institución dice mucho del cuidado del gobierno por preservar la salud de la población mexicana. Las disputas políticas, la falta de fondos y el desorden general de la nación contribuyeron a su irregular desempeño.

Es factible confirmar que este órgano técnico, consultivo, regulador y ejecutivo de la salud pública mexicana inició en 1880 con base en las medidas realizadas (Hermosillo, 2010).

Porfirio Díaz, que ocuparía el cargo durante 30 años, se autoproclamó presidente de México en 1876, dando inicio a una nueva era de la historia mexicana un tanto confusa e ignorada por la historia oficial y la historiografía posrevolucionaria. Desde su toma de posesión, Díaz consiguió algo que nadie había hecho antes: instaurar la estabilidad política en la nación. Esto hizo posible que el gobierno concentrara recursos financieros en diversas facetas de modernización, mejoramiento y orden público. Al respecto, «los viajeros podían dar fe de la sólida infraestructura que don Porfirio había dotado al país desde su ascenso al poder en 1876: teléfonos, telégrafos, oficinas de correos, excelentes ferrocarriles y obras portuarias» (Krazue, 1994).

El objetivo del proyecto de modernización de Porfirio era hacer de la capital una ciudad sanitaria, ordenada y limpia, donde se controlaran tanto las enfermedades infecciosas como las no epidémicas.

El Instituto Médico Nacional (1888) y el Instituto Geológico (1891) fueron de las primeras instituciones centradas en la investigación que se crearon a fines de la década de los años ochenta. Los hospitales no fueron una excepción en este sentido; en 1895, el médico Eduardo Liceaga, jefe del Consejo Superior de Salubridad, y el ingeniero Roberto Gayol iniciaron la edificación del Hospital General, que comenzó a funcionar en 1905. La causa principal fue la escasez de hospitales limpios, bien ventilados y en una ubicación ideal para tratar a los pacientes. A finales del siglo XVIII y principios del XIX se crearon numerosos

hospitales que carecían de los requisitos necesarios para ser considerados higiénicos (Martínez, 2006).

La capital albergó numerosas instituciones científicas a lo largo de los últimos diez años del siglo XIX. Tanto el Estado como los hombres de ciencia fueron responsables del establecimiento y crecimiento de los centros científicos.

Hospitales Públicos y Psicooncología

Uno de los principales logros del Movimiento de Hospicio es el conocimiento humano de las áreas del pensamiento psíquico y social de la manera de tratar al paciente con cáncer. Las unidades de cuidados paliativos de los hospitales convencionales han adoptado muchas de estas ideas. Los importantes avances en oncología médica han propiciado el establecimiento tanto de los cuidados paliativos como de la psicooncología.

La raíz latina «hospes», de la que se derivan los términos «hospital» y «hospicio», tiene dos significados en común: anfitrión y visitante (López et al., 2004). El término «hospicio» comenzó a utilizarse especialmente para describir a los moribundos en el siglo XIX. La primera institución de este tipo se estableció en Lyon, Francia, en 1842 por Madame Jeanne Garnier. En 1899, se fundó el primer hospicio en Nueva York, y en 1974, se formó en Connecticut, siguiendo los nuevos ideales de los cuidados paliativos.

Las notables contribuciones de dos mujeres, Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) y Cicely Saundres (1918-2005), a la historia de la psicooncología y los cuidados paliativos. Los cuidados para minimizar el sufrimiento tal como los conocemos hoy fueron impulsados por Saunders, quien mantuvo una estrecha interacción personal con pacientes al borde de la

muerte. La fundación del Hospicio de San Cristóbal en Inglaterra se considera uno de sus mayores logros.

Posteriormente, los nuevos hospicios —esta modalidad— se extendieron por Irlanda y el Reino Unido. Los principios rectores del movimiento de hospicios fueron delineados por Miguel Ángel Sánchez (Sánchez, 2013).

1. Tratamiento integral con objetivos no curativos, que incluye aspectos sociales, psicológicos, espirituales y físicos.

2. Participación de los pacientes en su cuidado.

3. Atención unitaria, incluyendo la atención post-duelo, para el paciente y su familia.

4. Trabajo en equipo multidisciplinar con diferentes expertos las 24 horas.

5. Alivio de los síntomas y manejo del dolor.

6. Todos los pacientes pueden recibir atención asequible.

En Canadá, el Dr. Balfour Mount hizo realidad estas ideas al implementarlas en las operaciones del hospital general. Amplió los principios básicos del movimiento de hospicio y los aplicó al ámbito hospitalario. Como resultado, el Hospital Real Victoria de Montreal abrió su primer centro de cuidados paliativos en 1975.

La psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross realizó contribuciones significativas. Basándose en testimonios y entrevistas de pacientes que se encontraban cerca de la muerte, escribió "Sobre la muerte y el morir" en Estados Unidos. Sus relatos demostraron la insoportable soledad y aislamiento que acompañaban la muerte de personas con cáncer terminal. Sus

esfuerzos establecieron eficazmente la apremiante necesidad de brindar a los pacientes terminales apoyo psicosocial continuo, satisfaciendo sus necesidades a medida que se acercan al final de sus vidas. Aunque pueda parecer obvio ahora, estas dificultades no se consideraron significativas hasta hace relativamente poco. La vida del enfermo se acababa si no había remedio.

Observaciones sobre la función de los servicios de psicooncología en un Hospital General.

Las operaciones diarias de relacionadas con el ingreso oncológico están completamente vinculadas a las actividades de los equipos de psicooncología. El objetivo es ofrecer ayuda psicológica y psiquiátrica a los pacientes y sus familias que la necesiten. (Rojas y otros, 2017)

Los últimas voluntades al final de la vida suelen ser un desafío para los pacientes más graves y terminales, especialmente si padecen enfermedades mentales sin tratamiento y carecen de apoyo familiar (Sulmasy et al., 2007).

El personal de la unidad de psicooncología debe estar atento a los cambios cognitivos y del estado de ánimo de sus pacientes. Entre sus otras funciones se encuentra enseñar a los galenos que tratan a este tipo de pacientes, sobre si las circunstancias investigadas pueden afectar la racionalidad de los individuos para decidir sobre su propio bien. Debe evitarse el sobrediagnóstico de personas con enfermedades mentales, ya que esto puede resultar en una falta de respeto a su autonomía y valores. La capacidad de tomar decisiones relacionadas con la salud, según el bioeticista español Pablo Simón, indica que poseemos una serie de capacidades psicológicas, entre ellas las afectivas, cognitivas y volitivas, que nos permiten

comprender y evaluar la información que se nos presenta, así como elegir y comunicar libremente nuestras opiniones (Simón-Lorda, 2008).

Según un estudio reciente, el 66,6% de los 21 oncólogos que trabajaban en destacadas clínicas de oncología de la Región Metropolitana (el 35% de todos los oncólogos empleados en el país de Chile) dijeron que confiaban en otros especialistas o redes para evaluar la capacidad de los pacientes para tomar decisiones de salud (Rojas, 2016).

Al elegir conjuntos de ayuda para realizar exámenes de la conciencia de toma de decisiones en salud, el 90,5 % de los profesionales del Instituto Nacional del Cáncer (INCANCER), la Fundación Arturo López Pérez (FALP) y el Centro Oncológico Clínico de Clínica Las Condes aseguraron contar con personal de psicooncología (Rojas, 2016). Este resultado, sumamente alentador, demuestra el gran valor que estas sobresalientes clínicas otorgan al crecimiento de las divisiones de psicooncología.

La psicooncología examina cómo el cáncer afecta la salud psicológica de los pacientes y su contexto familiar (Philbrik et al., 2012). Anteriormente se creía que el cáncer era incurable, pero los nuevos métodos de tratamiento lo han vuelto crónico y, en muchos casos, curable (Sadock et al., 2008).

Sin duda, esta progresión ha contribuido a la aparición de características psicológicas y mentales asociadas al cáncer. Como se mencionó anteriormente, las actividades en este campo se enfocan en otorgar una vida sana física y mentalmente de los pacientes (Levenson, 2008).

CAPITULO III: MÉTODO

3.1. Línea de investigación

Este estudio se llevó a cabo con la finalidad de detectar estrategias oportunas en pacientes que acuden a radioterapia en un hospital público con la finalidad de capacitar al personal del área de psicología para poder otorgar una asistencia de excelencia profesional a pesar de las carencias del servicio médico público, la línea de investigación que se siguió es la psicología social, la cual se hizo de manera descriptiva con un estudio mixto a fin de poder descifrar nuestras preguntas de investigación.

Para el estudio de los datos cualitativos y parafraseando a Kafle, que nos menciona que la fenomenología, que examina las experiencias subjetivas tanto de individuos como de grupos, sirvió como base teórica. Su objetivo es presentar el mundo tal como el sujeto lo percibe a través de sus narrativas de vida. Kafle (2011)

3.2. Metodología utilizada

Estudio mixto. Sampieri afirma que este marco se ajusta a una metodología de investigación basada en valores. (Hernández-Sampieri, 2010), rechaza un enfoque basado en la imposibilidad de reglas y una visión única que permita la indagación en todas los espacios del conocimiento. De acuerdo con el alcance de la investigación es de carácter descriptivo exploratorio no experimental (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2018), debido a la no manipulación de los cambios observados, sino que se realizará mediante entrevista estructurada y un cuestionario en pacientes diagnosticados con cáncer que se encuentren en consulta con radioterapia en el Hospital Dr. Agustin O´Horán en Mérida Yucatán.

Esta investigación que de tal modo se menciona es de tipo mixto, ya que pretende dar paso en un futuro a una investigación-acción para mejora de la realidad social que hoy se vive en los hospitales públicos referente a las técnicas aplicadas en el afrontamiento de los enfermos con cáncer que acuden a radioterapia y a la implementación de una mejor capacitación de calidad en los equipos de psicología existentes en estos hospitales.

La investigación sobre la práctica implica mejorar la realidad concreta sobre lo que se opera es decir, encontrar estrategias que permitan solución al proceso de investigación, lo anterior nos augura el rigor de los métodos de estudio y nos define patrones en donde artículos en la actualidad han demostrado la validación del modelo de investigación-acción es por ello que se incluye en este modelo de aprendizaje.

3.3. Diseño metodológico

La planificación y la organización son necesarias en estas investigaciones cualitativas para garantizar su óptima ejecución. Esto garantiza que el entrevistado o el grupo se sientan cómodos compartiendo el caso durante la conversación. Esto implica una serie de cualidades que una entrevista debe poseer para ser una herramienta muy beneficiosa en la investigación cualitativa y para recopilar los datos necesarios para el estudio. Esto permite al investigador comprender el contexto del sujeto, los elementos sociales, culturales e interpersonales, así como a las personas que lo habitan. De esta manera, puede comenzar a analizar sus declaraciones, confirmar hechos y utilizar vocabulario culturalmente relevante (Corrales Mora et al.). Según King y Horrocks (2009), la entrevista cualitativa es más privada, adaptable y transparente.

3.4. Población

Las personas que aceptaron a ser partícipes en el estudio fueron 20, las cuales cursaban con diferentes tipos de cáncer y se encontraban recibiendo radioterapia en el Hospital Agustín O´horán, dicha participación fue voluntaria y el paciente dispuso de total libertad para rechazar el ofrecimiento de cooperar y/o retirar el consentimiento del estudio cuando así lo deseara. Se le indicó que su decisión de colaborar no afectará en ningún momento a su tratamiento, tendrán el tiempo para realizar las preguntas pertinentes de acuerdo a los detalles del estudio en marcha y para la toma de decisión para su participación ya que como se menciona anteriormente no afecta ó interviene en ningún momento en su tratamiento de radioterapia.

3.5. Procedimiento de selección de la muestra

Las Unidades de análisis fueron seleccionadas por episodios que son sucesos dramáticos y sobresalientes ya que no se consideran comportamientos de rutina diaria. Diferentes factores como los divorcios, accidentes, eventos traumáticos tantos físicos y/o emocionales se consideran y analizan en los estudios cualitativos. (Hernández-Sampieri, 2008). El muestreo fue no probabilístico a conveniencia, para este modelo de selección todas las unidades que comprenden la muestra no tienen la misma posibilidad de ser seleccionada es decir, que consiste en seleccionar a cada participante de acuerdo a su disponibilidad y conveniencia del investigador "De igual manera se le conoce por tomar muestras por así convenir al estudio, no se realiza al azar, por ello no se conoce la posibilidad de la forma de seleccionar cada uno" es por ello la selección de este tipo de método.(Pineda et al., 1994) en esta investigación la selección del grupo es Intencional o deliberado porque se decide según los objetivos que se consideren alcanzar según el estudio a realizar de acuerdo al

método seleccionado previamente, considerando aquellas unidades que conformarán la muestra de acuerdo con la percepción del investigador que sea a su conveniencia (López et al., 2017).

Los pacientes que accedieron a dar su consentimiento son los que tomamos como muestra de estudio y está constituida por 20 pacientes de 25 a 69 años diagnosticados con cáncer, los cuales se encuentren en tratamiento con radioterapia ambulatorio, de la cual 12 son mujeres y 8 hombres.

3.5.1. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Pacientes que acuden al servicio de radioterapia en la UNEME con diagnóstico de cáncer y que son remitidos al servicio de psicología del Hospital Público Agustín O'horan.

Criterios de exclusión

Caracterizados por cierta falta de contacto con la realidad, dificultad para la expresión y comprensión verbal, e incapacidad para firmar o comprender el consentimiento informado, los rasgos psicóticos son causados por una lesión cerebral o la senilidad que impide la correcta interpretación del material surgido en la sesión. Numerosos artículos han respaldado la afirmación de que cualquier persona puede experimentar psicosis, la cual se caracteriza por cambios en la realidad y en la percepción del reconocimiento de la misma.

Criterios de eliminación

Encuestas que no se terminen de llenar, por razones personales o que no concluyan su participación en la entrevista y/o por la muerte de algún voluntario de la investigación.

3.6. Participantes

Para seleccionar la población se contactó con el departamento de radioterapia, la cual nos informa de manera verbal que son actualmente 50 pacientes los que acuden a tratamiento, por lo cual se pretende tener un primer acercamiento para informarles a grandes rasgos de la investigación que se lleva a cabo y solicitarles su aprobación

Se agenda una cita con el departamento de radioterapia para informar a los pacientes sobre el estudio y solicitarles su consentimiento si deseen participar.

• Los pacientes que accedieron a dar su consentimiento son los que tomamos como muestra de estudio y está constituida por 20 pacientes de 25 a 69 años diagnosticados con cáncer, los cuales se encuentren en tratamiento con radioterapia ambulatorio, de la cual 12 son mujeres y 8 hombres.

• El criterio para la selección de los participantes es estar en tratamiento con radioterapia y aceptar de forma voluntaria a participar, con una previa autorización que incluya una firma de consentimiento informado, es por ello que se trata de un muestreo intencionado ya que se busca la "intención" que los participantes estén incluidos en el estudio.

• El método utilizado para elegir a los participantes del estudio fue mediante un muestreo por conveniencia, ya que es una población cautiva, conocida, con características específicas para esta investigación.

3.7. Técnicas e instrumentos empleados

La obtención del perfil de los participantes se utilizó en primera instancia una "encuesta" con la intención de recabar datos sociodemográficos principales de la muestra.

La aplicación Atlas-ti se utilizó como herramienta de software que facilita la adquisición y el análisis de datos cualitativos una vez obtenida la información necesaria para esta investigación.

De igual manera se realizó se les dio el CAEPO (cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos) Se trata de un test estandar con una visión en el campo de la Psico-Oncología

Este instrumento SPSS versión 22.0 (Statistical Package for the Social Sciencies), para Windows a través de la estadística descriptiva e inferencial. El SPSS es un software de IBM que se utiliza para analizar datos y crear gráficos y tablas. La versión 20 de SPSS es un sistema que permite analizar datos de casi cualquier tipo de archivo. https://www.ibm.com/support/pages/downloading-ibm-spss-statistics-29020

3.8. Procedimiento de recolección de datos

La obtención del perfil de los participante se hizo a través de "encuestas" con la intención de recabar datos sociodemográficos principales de la muestra como la edad, el nivel de estudios, el tipo de cáncer que presenta, estado civil y las técnicas personales que aplica para hacer frente a la enfermedad, de igual manera se entrevistó a los psicólogos que forman parte del servicio del hospital, los cuales proporcionan atención a los pacientes que acuden a radioterapia, con el fin de conocer las herramientas de afrontamiento que proporcionan a los enfermos que acuden al área antes mencionada.

La aplicación Atlas-ti se utilizó como herramienta de software que facilita la adquisición y el análisis de datos cualitativos una vez obtenida la información necesaria para esta investigación. Divide los hallazgos textuales en citas, los codifica y simplifica

considerablemente las tareas de análisis. Dado que el software Atlas-ti trabaja con datos cualitativos, implica organizar toda la investigación en torno a métodos de evaluación de resultados, similares a la psicología y su arquitectura teórica (Vázquez et al., 2006).

De igual manera se realizó se les dio el CAEPO (cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos) Se trata de un test estandar con una visión en el campo de la Psico-Oncología que nos da un perfil de las herramientas para el afrontamiento que utiliza una persona ante el malestar que ocasiona el conocer la enfermedad y sus consecuencias, de tal forma que el individuo selecciona a partir de las reacciones dirigidas a la solución del problema y gestiona sus pensamientos a fin de minimizar la incomodidad de sus emociones. 40 ítem lo forman, 20 nos muestran los tres primeros enfrentamientos: Enfrentamiento y Lucha Activa, Autocontrol y Control Emocional y Búsqueda de apoyo social.

Las cuatro escalas restantes constan de los siguientes 20 ítems: Negación, Escape y Distanciamiento, Pasividad y Resignación Pasiva, y Ansiedad y Preocupación Ansiosa. Cada pregunta se evalúa según los siguientes estándares: se asignan puntuaciones para su evaluación y puntuación, que se clasifican en las cuatro dimensiones descritas previamente, según el grado de respuesta y la forma en que el sujeto describe cada ítem.

Los puntajes se suman y el total nos enseña cuál de las categorías propuestas es la que predomina; lo que representará el tipo de afrontamiento que se utiliza mayormente. Este método es el la forma en la que se debe de aplicar y evaluar al participante o paciente para que se obtenga la puntuación que permita determinar el grado de estrés en el proceso y a partir de la puntuación global, podemos tener el conocimiento del modo de afrontamiento

del sujeto: afrontamiento positivo, afrontamiento no definido y afrontamiento negativo. Este instrumento forma parte del análisis cuantitativo el cual se realizó mediante el SPSS versión 22.0 (Statistical Package for the Social Sciencies), para Windows a través de la estadística descriptiva e inferencial.

3.9. Desarrollo de Etapas de la Investigación

Este estudio se diseñó para que el investigador principal pueda realizar la entrevista personal donde inicie con el proceso de captación del sujeto hasta la valoración realizada de forma individualizada y personalizada. Durante los meses de enero a junio de 2022 se recogieron los cuestionarios.

3.9.1. Etapa 1

Como primera actividad se solicitó una cita con la directora de la Unidad Médica Ambulatoria, la cual amablemente accedió y se le presentó el proyecto de investigación que se pretendía realizar en la Unidad a su digno cargo mediante un oficio (Anexo 2) al cual después de leerlo y analizarlo, le plasmó su firma para autorizarlo y poder acceder a sus instalaciones para llevar a cabo el estudio.

En la primera fase se realiza la observación del investigador para analizar el estado anímico y de salud mental de los pacientes.

Para recabar más información para el estudio y asegurar la comprensión completa del sujeto, también se examinaron factores contextuales durante la entrevista. Estos incluyeron el origen del paciente, su formación académica, sus experiencias previas y otros factores que ayudaron al investigador a comprenderlo.

Las grabarán solo por voz con el consentimiento de cada paciente. Se les explica brevemente las preguntas que guiarán la entrevista las cuales son:

1. ¿Podría compartirme cómo afronta usted las molestias que le ocasiona los tratamientos de radioterapia que recibe actualmente?

2. Recibe atención por parte del equipo de psicología?

3. Le han proporcionado algunas técnicas de afrontamiento? ¿Quién se las ha proporcionado?

4. Considera que las técnicas empleadas le ayudan a enfrentar su situación actual?

5. Considera que su salud mental en estos momentos es la adecuada?

6. El equipo de psicología ha estado al pendiente de usted durante sus tratamientos con radioterapia?

7. Cómo calificaría la atención que recibe por parte del equipo de psicología?

3.9.2. Etapa 2

En 6 meses, de enero a junio de 2022, se entrevistaron en profundidad a 20 pacientes con edades de 25 a 69 años.

Cuatro pacientes cursaban con cáncer de mama, y cuatro con cáncer de recto, páncreas, vía biliar y leucemia. Los ocho hombres con diferentes tipos de cáncer como cáncer de próstata, de colon, y recto, con respecto al tratamiento, doce de las personas participantes habían sido sometidos a cirugía, todos se encontraban en tratamiento con radioterapia. Todos los pacientes viven acompañados de familiares, quince de ellas son madres, y ocho

de ellos padres, la mayoría tiene hijos y quince eran abuelo/as; la minoría de ellos cuenta con educación básica. Anterior a la enfermedad todos los participantes ejercían trabajos que eran remunerados. La información se obtendrá a través de instrumentos que serán "entrevistas semiestructuradas" de unos veinte minutos, llevadas a cabo en el lugar y hora que acuerde el participante, esto con el objetivo de conseguir la comodidad y relajación del sujeto durante el proceso.

Se programó una segunda intervención con los pacientes que forman la muestra de análisis con el fin de aplicarles el Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO). Donde ya mencionado anteriormente una prueba estandarizada con evidente proyección dentro del campo de la psicooncología, que proporciona un perfil sobre las estrategias de afrontamiento que utiliza una persona ante el estrés que supone el diagnóstico de la enfermedad de cáncer y su proceso.

Dicha aplicación se realizó antes de iniciarle el tratamiento con radioterapia para que los pacientes estuvieran de mejor estado de ánimo y con menos efectos secundarios de la radioterapia.

Se realizó una entrevista semiestructurada con el equipo de psicología del hospital con el fin de comparar la información obtenida de los pacientes y que aporte a los resultados de dicho estudio.

El cuestionario se realizó en el área de psicología del hospital a los cuatro psicólogos que pertenecen a dicha área y los cuales son los encargados de darles asistencia a los pacientes diagnosticados con cáncer y que son remitidos para tratamiento con radioterapia.

Dicha entrevista se dirigió para que los psicólogos puedan proporcionar cómo usan para darles las herramientas necesarias a los pacientes para enfrentarse bien su enfermedad.

La entrevista se grabó solo con voz con el consentimiento del equipo de psicología.

3.9.3. Etapa 3

Estrategia de análisis:

Datos cuantitativos

Para realizar el análisis de datos cuantitativos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22.0 (Statistical Package for the Social Sciencies), para Windows, obteniéndose la estadística descriptiva e inferencial.

Datos cualitativos

Se utilizó el análisis de contenido narrativo para analizar datos cualitativos, segmentando los datos por paciente, investigador y grupo psicológico.

La información obtenida se clasifica y sistematiza identificando patrones similares y disímiles, y luego se describen los resultados, llamando la atención sobre las similitudes y diferencias entre los informantes.

Atlas-ti se utiliza para lograr el primer objetivo, que es identificar y priorizar los síntomas físicos y/o cambios psicológicos que, en su opinión, se consideran una amenaza grave para los pacientes con cáncer sometidos a radioterapia.

El Atlas-ti es una herramienta informática que facilita el análisis de datos cualitativos porque agiliza muchas de las actividades implicadas en el análisis, como la segmentación de la salida de texto en citas y la codificación (Vázquez et al., 2006).

También se realizó la triangulación de datos. El modelo más popular se emplea cuando un investigador desea validar de forma cruzada la validez de datos cuantitativos y cualitativos, confirmar o reforzar conclusiones y minimizar las deficiencias de cada enfoque, maximizando al mismo tiempo sus fortalezas.

Los triángulos ofrecen una perspectiva amplia, variada y completa. Gracias a la variedad de técnicas de investigación y la asistencia que ofrecen, se pueden desarrollar proyectos de investigación concisos y duraderos.

Los resultados obtenidos serán validados y ampliados en cada aplicación, creando una comprensión global del fenómeno en estudio para evaluar los resultados y su impacto.

Finalmente, y después de la triangulación de la información, se contrastaron los puntos de vista del investigador, de los pacientes y del equipo de psicología. Gracias a esta triangulación se pudo disminuir los sesgos de interpretación, aumentar la consistencia de los hallazgos, validar los datos y descubrir características previamente no consideradas. Esto permitió minimizar errores en la recolección e interpretación de datos y con ello los resultados del estudio.

La interpretación, que implica preservar las conexiones y crear justificaciones basadas en la recopilación de datos y sus resultados, se lleva a cabo en esta última etapa. La documentación exhaustiva de la actividad de observación del investigador, dentro del

marco establecido por el proceso de estudio y el análisis de datos, es otro mecanismo utilizado para garantizar el rigor metodológico de la información.

3.9.4 Etapa 4

Las gráficas indican que los pacientes sometidos a radioterapia utilizan principalmente estrategias de afrontamiento adaptativas, centrándose en el enfrentamiento activo y el control emocional, además, parece que la búsqueda de apoyo social, es menos común entre estos pacientes. Esto sugiere que la promoción de estrategias de afrontamiento que fomenten una mayor participación de la red de apoyo social podría ser un área de oportunidad para el bienestar de los enfermos con algún tipo de cancer en su viaje de tratamiento.

De acuerdo a lo evaluado en el cuestionario CAEPO y a las entrevistas semiestructuradas con los pacientes, que al compararlo con lo testimoniado por las mismas psicólogas del área encargada de recibir a los pacientes que acuden a radioterapia nos damos cuenta de que no existe un criterio unificado en las terapias ofrecidas, tampoco se nota un consenso multidisciplinario por lo que en muchas ocasiones dichos pacientes tardan en ser remitidos al área de psicología.

Es importante señalar que los resultados del proceso de adaptación están vinculados al impacto de cada estrategia; Así pues, una manera adecuada de acutar puede desempeñar una respuesta o una posición específica.

Esto se puede ver en las hipótesis de Haack y Degner (2004), quienes afirman que el saber hacer frente mediante estrategias de evitación tiene efectos negativos sobre la capacidad adaptativa a lo largo del tiempo, mientras que el saber afrontar y aceptar así como buscar

apoyo entre conocidos, expresar lo que sentimos y tratar de conocer mas sobre la enfermedad nos llevan a la disminución del estrés (Reich y Remor, 2011).

Por otra parte, se sabe que además del padecimiento físico, algunas investigaciones han señalado la urgencia de tomar en cuenta el sufrimiento de las personas en el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento desde una mirada más humana.

En última instancia, los equipos multidisciplinarios trabajan para abordar la enfermedad a través de un enfoque biopsicosocial en el que los aspectos físicos, psicológicos y emocionales juegan papeles esenciales en el bien del individuo y su contexto familiar (Cruzado, 2010).

3.10 Aspectos bioéticos

Los procedimientos de investigación no implican experimentos clínicos ni condiciones que puedan comprometer la integridad de los participantes, por lo que no existen peligros para los participantes del estudio.

La información se tratará y analizará de forma anónima por el investigador y se describirá sólo de forma agregada de manera que no se pueda identificar su origen individual.

Por lo tanto, el estudio cumplió con los requisitos de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los estándares para la realización de estudios de investigación en salud humana. Además, se ajusta al Reglamento de Investigación en Salud de la Ley General de Salud. Honorable Congreso de la Unión, Cámara de Diputados, Secretaría de Servicios Parlamentarios y Secretaría General. La investigación en salud debe

abordar aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar del sujeto de investigación, según la reforma más reciente, Diario Oficial de la Federación (DOF) 02-04-2014.

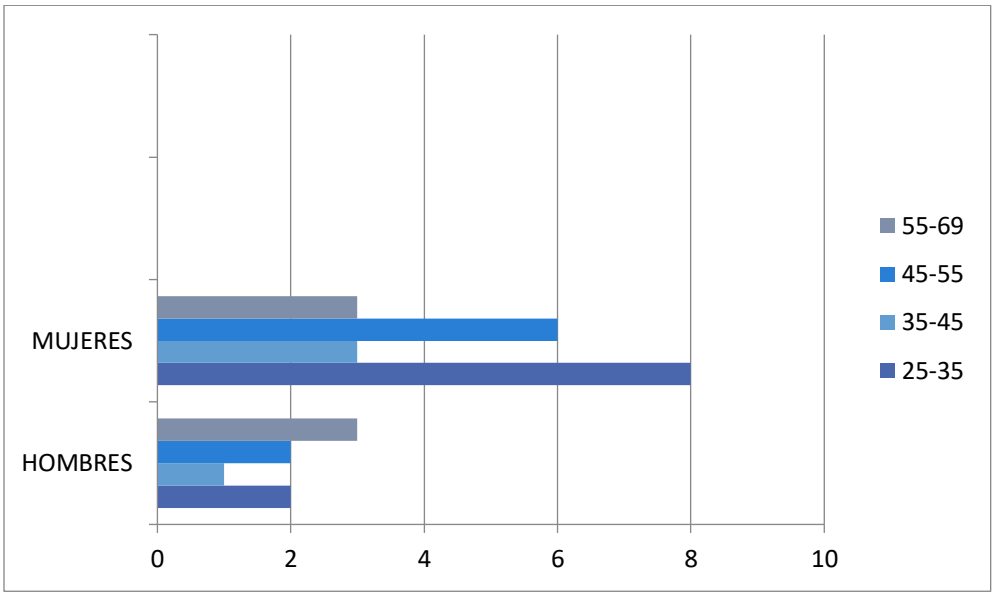
CAPITULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio se clasifica como investigación descriptiva, mixta, complementaria o total porque utilizó datos cualitativos para sustentar, contrastar y validar la información obtenida de los instrumentos objetivos, así como datos cuantitativos de fuentes externas como base de sustentación y para tratar de establecer datos objetivos sobre el fenómeno evaluado mediante el uso de la estadística.

Para conocer las herramientas que usan los pacientes oncológicos sometidos a radioterapia, se aplicó el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO) a una muestra de 20 participantes. Durante el período programado para la selección de participantes en el estudio, se logró que los participantes dieran su consentimiento y que cumplieran con los criterios para la investigación, los cuales fueron remitidos por el área de radioterapia del Hospital General “Agustín O’horan”.

4.1.1. Figuras

Gráfico 1. Edad de los participantes en el estudio



De los 20 pacientes que aceptaron participar, en la primera fase se les aplicó: la entrevista semiestructurada, donde se les pidió datos relevantes sobre aspectos de su vida y se les solicitó llenar el cuestionario seleccionado para conocer sus estrategias de afrontamiento.

Tabla 1. Entrevista con los pacientes.

CODIGO	ESCALA	PREGUNTA	PACIENTES
01	**ENFRENTAMIENTO Y LUCHA**	**¿Podría compartirme cómo afronta usted las molestias que le ocasiona los tratamientos de radioterapia que recibe actualmente?**	P1**:** ***"Trato de hacer reposo prolongado por mucho tiempo después de la radioterapia, pero eso me hace sentir deprimido"*** P4**:** ***"Me distraigo viendo la televisión o leyendo algún libro"*** P8: ***"Mis hijos me llevan de paseo"*** P14 ***"Me enfoco en mi trabajo en la casa"*** P20**:** ***"He estado leyendo acerca de mi enfermedad para saber cómo va a ir evolucionando"***
02	**APOYO SOCIAL**	**¿Con quienes cuenta usted para apoyarle en su situación actual?** **¿Siente que su familia le ofrece un apoyo emocional, económico y físico?**	P2**:** ***"Desafortunadamente no cuento con esposa ni hijos así que la que me apoya es mi hermana, aunque no tenemos suficiente dinero, ella trata de conseguirlo como sea (sic) con tal que no faltemos a mi radiación"*** P11: ***"Mis hijos me apoyan en todo lo que pueden y siempre están pendientes de mi"*** P15: ***"Son mis vecinos los que están pendientes de mi porque vivo sola y no tengo hijos" "me ayudan en lo emocional porque afortunadamente yo cuento con mi sueldo"*** P17: ***"Soy muy afortunado porque cuento con apoyo de toda mi familia "***
03	**ANSIEDAD Y PREOCUPACION**	**¿Considera que su salud mental en estos momentos es la adecuada?**	P5: ***"A veces tengo la sensación de que no tengo nada y que solamente se equivocaron los médicos "*** P6: ***"Muchas noches no puedo dormir porque me entra la desesperación pensando cosas malas "***

			P12: ***"Últimamente he tenido dolores de cabeza más frecuentes y eso me deja triste y de mal humor "***

Tabla 2. Datos Sociodemográficos de los participantes

	N	Mínimo	Máximo	Media
Edad	**20**	**25**	**69**	**51.7**
Nivel de escolaridad	**20**	**Educación básica 12**	**Educación superior 8**	**6.66**
Estado civil	**20**	**Casado/unión libre 15**	**Soltero/divorciado/ viudo 5**	

Tabla 3. **Consistencia interna del instrumento (CAEPO)**

Instrumentos	*N*	V de Aiken
Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)	**20**	**(V>=.80)**

Los resultados previstos deben ser superiores a 70, ya que el coeficiente V de Aiken arroja valores entre 0 y 1, donde 1 representa el pleno acuerdo entre los jueces. Se aplicó la fórmula anterior para que un artículo se considerara genuino (Merino y Livia, 2009).

El instrumento fue validado utilizando el coeficiente V de Aiken (Aiken, 1980) previo análisis descriptivo.

Los resultados obtenidos indican que este instrumento demostró un nivel de confiabilidad sobresaliente, estos hallazgos respaldan la validez del CAEPO como una herramienta efectiva para medir el afrontamiento en pacientes oncológicos.

Luego se analizaron las puntuaciones en siete dimensiones que abarca el instrumento: Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA), Autocontrol y Control Emocional (ACE), Búsqueda de apoyo social (BAS), Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA), Pasividad y Resignación Pasiva (PRP), Huida y Distanciamiento (HD) y Negación (N).

Como se observa en la Figura 1, la dimensión con mayor puntuación fue "Enfrentamiento y Lucha Activa", seguida de "Autocontrol y Control Emocional" y "Búsqueda de apoyo social". Estos resultados sugieren que los pacientes están haciendo un esfuerzo consciente y deliberado por gestionar su estado emocional de manera positiva y activa, para afrontar su situación efectiva. Por otro lado, las dimensiones con puntuaciones más bajas fueron "Negación" seguida de "Ansiedad y Preocupación Ansiosa".

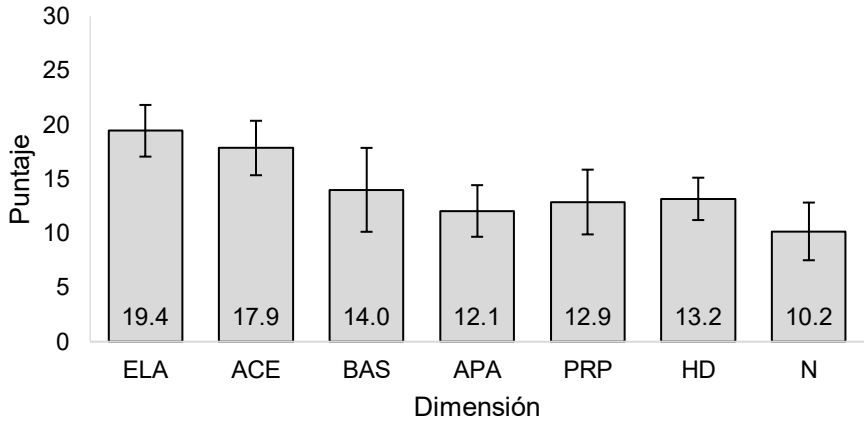


Figura 1. Puntuación y frecuencias de las conductas de afrontamiento.

Se incluyen los datos descriptivos recogidos para cada pregunta en función de las siete dimensiones, de modo que los resultados puedan examinarse con más detalle para cada dimensión y comportamiento concreto.

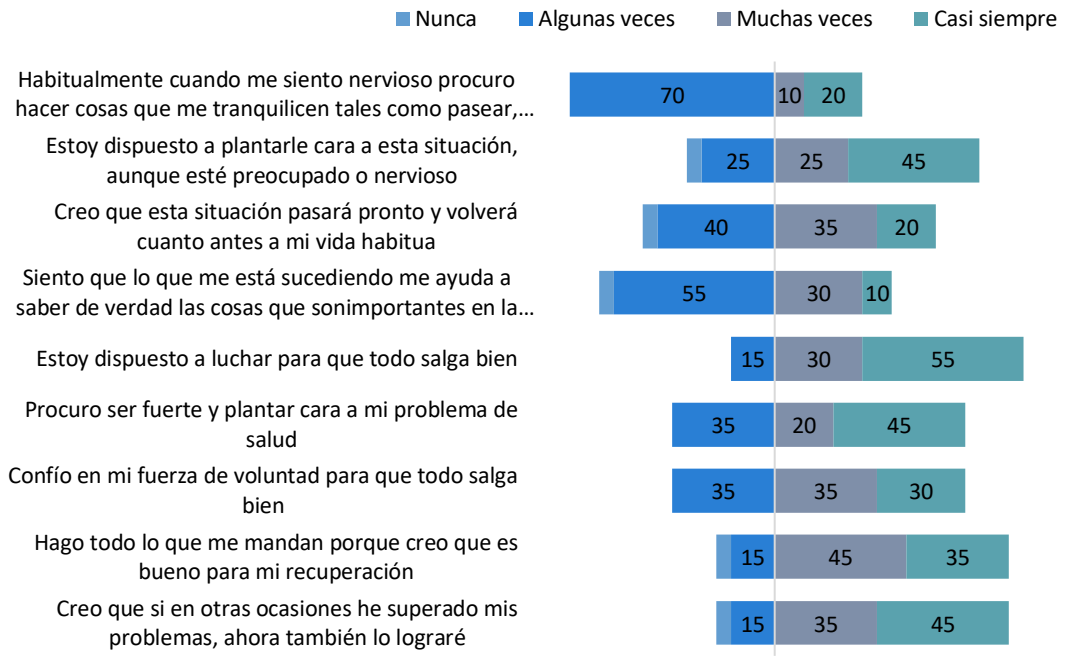


Figura 2. Conductas específicas de la dimensión de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA).

De forma inicial, como se aprecia en la Figura 2, las conductas de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA) se manifestaron con frecuencia. Entre todas las conductas, la más común fue "estar dispuesto a luchar para que todo salga bien", seguida de "hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación" y "Creo que, si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo lograré". Por otro lado, la conducta menos frecuente fue "Habitualmente cuando me siento nervioso procuro hacer cosas que me tranquilicen, como pasear, leer, ver la televisión u otras actividades". Estos resultados

sugieren que en general, los pacientes buscan realizar conductas que dan sentido a su vida en este proceso.

En el caso de la dimensión de Autocontrol y Control Emocional (ACE), los resultados, como se evidencia en la Figura 3, fueron similares, ya que la mayoría de las conductas se expresaron con frecuencia. La conducta más común fue "intento mostrarme sereno y animado", seguida de "Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo" y "Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien". En contraste, las conductas menos expresadas fueron el "intento compartir mis emociones con algunas personas" y "Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual". Estos hallazgos indican que los pacientes tienden a orientar su conducta hacia la autorregulación emocional de manera independiente y en solitario.

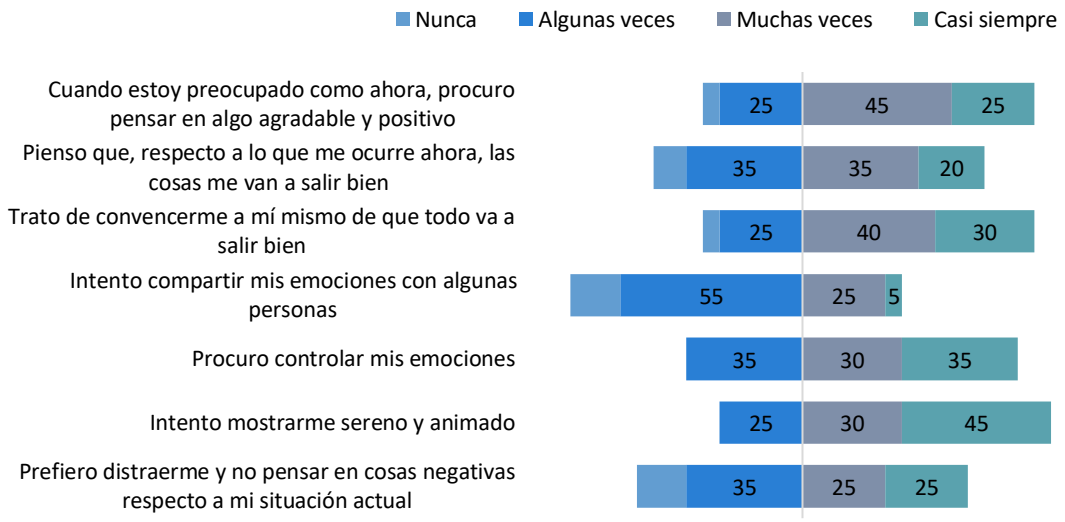


Figura 3. Conductas específicas de la dimensión de Autocontrol y Control Emocional (ACE).

Las conductas solían ser menos frecuentes en la dimensión Búsqueda de Apoyo Social (BAS), como se ilustra en la Figura 4. La conducta más común fue "hablar de sus

preocupaciones con personas cercanas", mientras que lo menos frecuente fue "Creer que va a necesitar ayuda de otras personas para superar esto". Esto sugiere que en general, los pacientes ven el proceso como algo que deben enfrentar de manera individual y en solitario.

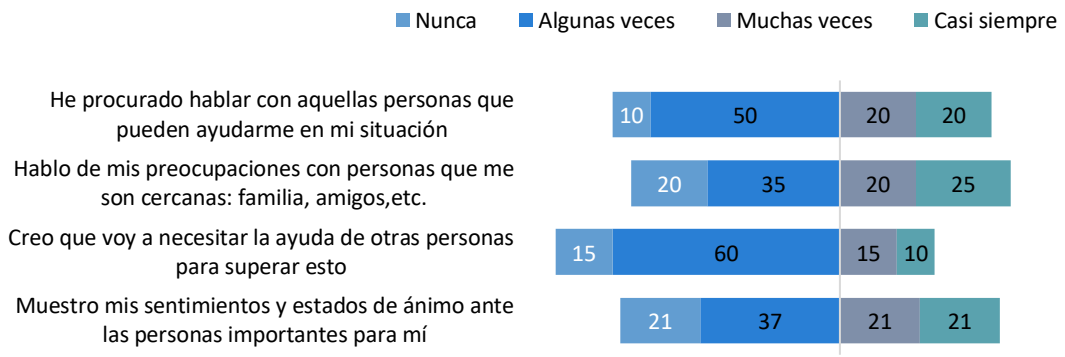


Figura 4. Conductas específicas de la dimensión de Búsqueda de apoyo social (BAS)

En cuanto a la dimensión «Ansiedad y Preocupación Ansiosa» (APA), los resultados de la Figura 5 muestran que, en general, los comportamientos ansiosos no se mostraban con mucha frecuencia, excepto en el ítem "Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está

sucediendo ahora". Sin embargo, resulta llamativo que el pensamiento "catastrófico" fue poco experimentado, ya que el ítem "creo que, aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes" presentó una menor frecuencia.

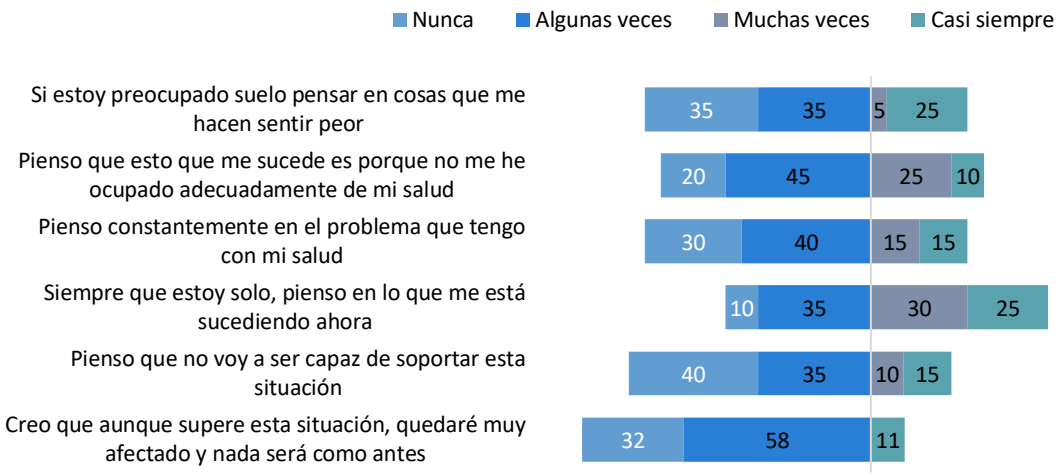


Figura 5. Conductas específicas de la dimensión de Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA).

Las conductas no estaban representadas con respecto a la dimensión Pasividad y resignación pasiva (PRP), como se ve en la Figura 6. «Creo que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso» fue la conducta más común, sin embargo también fue la menos

común. Esto implica que los pacientes suelen querer actuar en lugar de no hacer nada y no suelen mostrar conductas pasivas de afrontamiento o resignación.

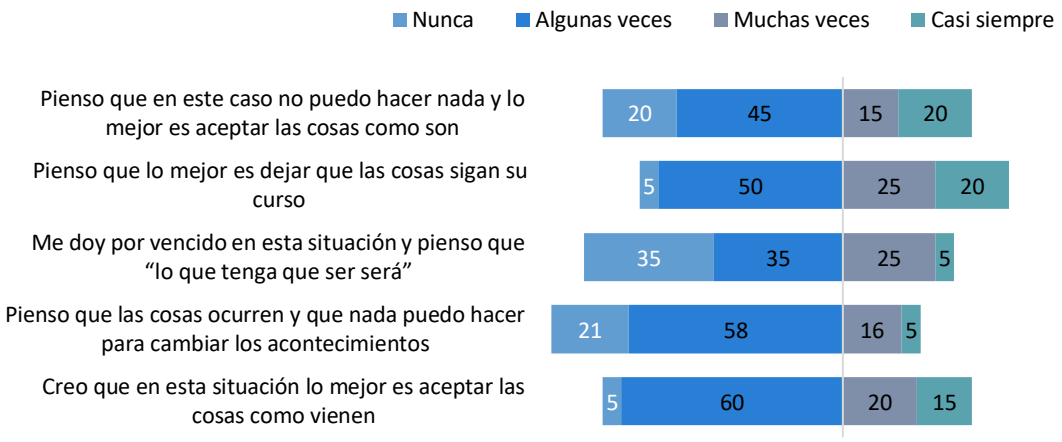


Figura 6. Conductas específicas de la dimensión de Pasividad y Resignación Pasiva (PRP).

Con la excepción de «Prefiero olvidarme de lo que me pasa y no pensar en ello», las conductas de evitación eran poco frecuentes en la dimensión Huida y distanciamiento (HD), como se ilustra en la Figura 7. El sesenta y cinco por ciento de los participantes dijeron que lo hacían con frecuencia o casi con regularidad. Esto puede referirse a buscar

alternativas activas en lugar de no hacer nada, incluso cuando se asocia a técnicas de afrontamiento evitativas.

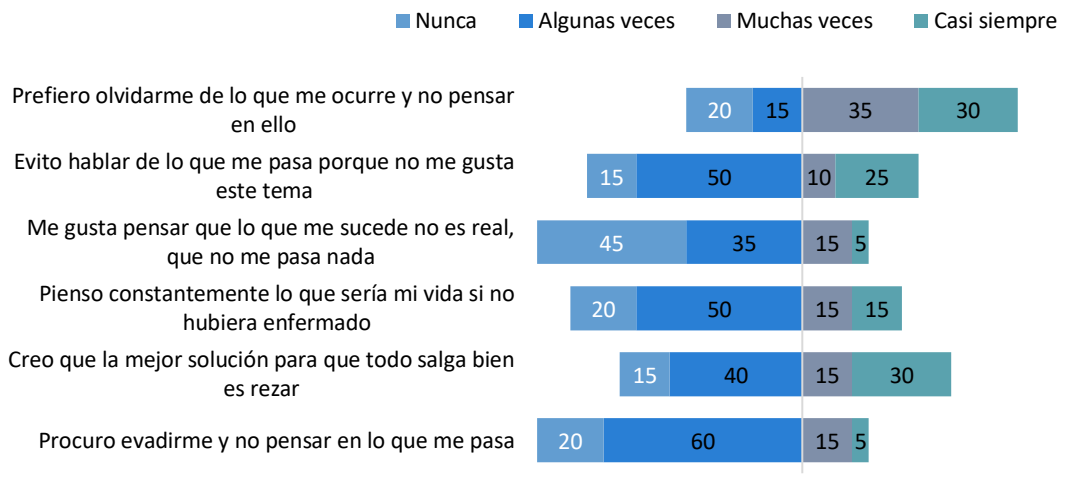


Figura 7. Conductas específicas de la dimensión de Huida y Distanciamiento (HD).

Finalmente, en la dimensión de Negación (N), como se observa en la Figura 8, casi todas las conductas se expresaron con poca frecuencia, excepto "la verdad es que estoy muy preocupado por mi salud". Esto señala un interés genuino del paciente por su bienestar y

podría estar relacionado con la expresión de estilos de afrontamiento adaptativos con mayor frecuencia.

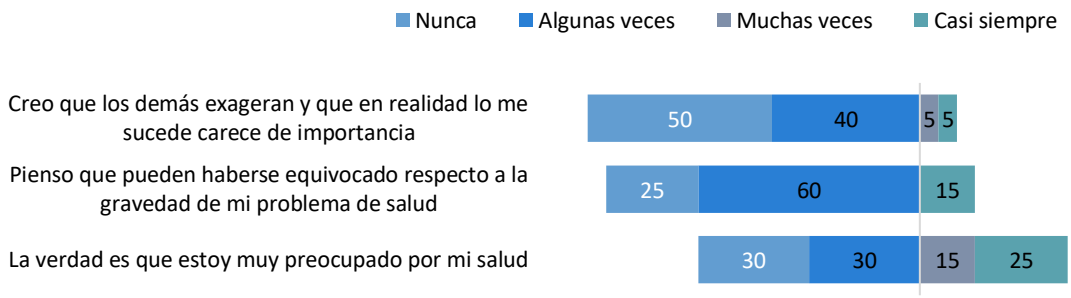


Figura 8. Conductas específicas de la dimensión Negación (N).

Potenciar aspectos relacionados con la búsqueda de apoyo social puede contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente y a gestionar la enfermedad de forma más eficaz.

En la tercera fase del estudio se realizaron entrevistas semiestructuradas conversacionales con los psicólogos que trabajan en radioterapia dando apoyo psicológico a los pacientes que le son remitidos. Las cuales se detallan a continuación

Investigador	
¿Con que frecuencia le son remitidos los pacientes a su área?	Psicólogo no. 1 *"Recibo en promedio de dos a tres pacientes por semana"*
Considera que está lo suficientemente preparado/a para ofrecer las técnicas adecuadas para ofrecer métodos de enfrentamiento a la enfermedad a los pacientes?	Psicólogo no. 2 *"Sinceramente no, porque el hospital no nos ofrece actualizaciones en cuanto a la psicooncología, yo soy psicóloga clínica, pero me han cambiado varias veces de área por lo que muchas veces no me he adentrado en técnicas especiales para enfermos con cáncer"*
¿Existe algún tipo de intercambio de las acciones psicológicas en el paciente con el equipo multidisciplinario del hospital?	Psicólogo no. 3 *"No, realmente no existe un consenso como tal únicamente en casos graves se les remite al área de psiquiatría"*
¿Cuentan con atención psicológica especializada para cada paciente? Como por ejemplo en casos terminales o en casos de rehabilitación del paciente en cuanto a calidad de vida en el tratamiento activo	Psicólogo no. 4 "*no, en esta área no hay servicio de tanatología*
¿Llevan un seguimiento, evolución y alta	Psicólogos *"si, llevamos el registro hasta*

del paciente?	*cerrar el expediente con el alta del paciente"*
¿Dentro de su actuación que tipo de técnicas de enfrentamiento al cáncer ofrecen a sus pacientes?	Psicólogos: "*ofrecemos terapias cognitivo-conductual, ocupacionales, conversacionales, dependiendo del tipo de personalidad de cada paciente* "
¿Cuentan con algún tipo de evaluación para medir las alteraciones psíquicas del paciente portador del cáncer?	Psicólogos: "*usamos la escala de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) y nos basamos en la CIE 10 y el DSM* "
¿Se les da algún tipo de seguimiento a los familiares del paciente?	Psicólogos: *"solamente cuando es por solicitud del médico "*

Tabla 4. Entrevista Psicólogos

Memo Analítico

Durante las entrevistas con las psicólogas adscritas al área de radioterapia se hizo un análisis exhaustivo para determinar las estrategias de afrontamiento así como la calidad de las mismas donde podemos notar que la mayoría concuerda que, por falta de capacitación muchas veces no están lo suficientemente preparadas para poder ofrecer las técnicas adecuadas para minimizar el sufrimiento psicológico de los pacientes con cáncer, esto debido muchas veces al bajo recurso financiero del hospital ya que por ser una institución pública depende de la asignación presupuestaria federal.

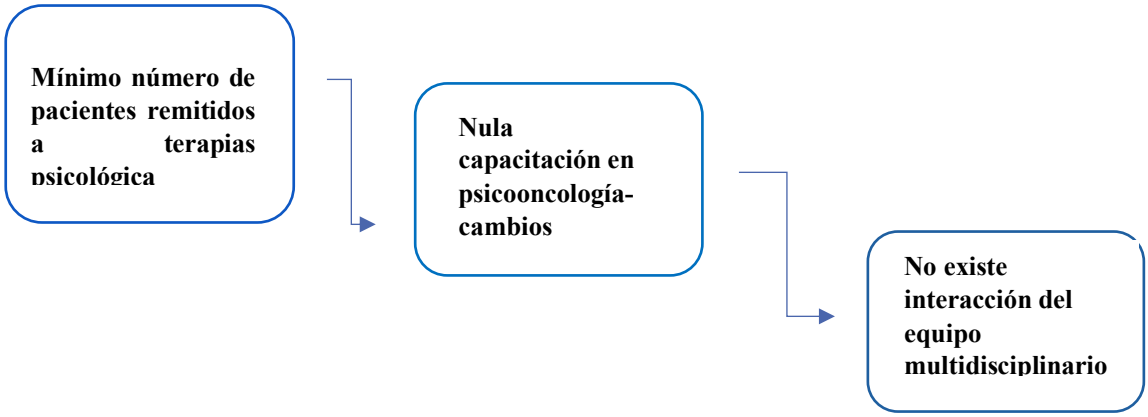


Gráfico 2 . Entrevista con Psicólogos. Programa Atlas Ti

Tipos de afrontamiento	Estrategias	Terapias con psicólogos	Tipo de terapia
Positivo	Apoyo familiar, Actividades lúdicas	Durante las sesiones de radioterapia	Terapia ocupacional
Preferentemente positivo	Paseos, actividades del hogar, distracciones	Durante las sesiones de radioterapia	Terapia cognitivo-conductual
No definido			
Preferentemente negativo	Pensamientos negativos, desaliento	Cada tercera o cuarta sesión de radioterapia	Terapia ocupacional-cognitivo-conductual
Negativo	No existen estrategias	Ninguna	Terapia individual

Tabla 5. Estrategias de afrontamiento

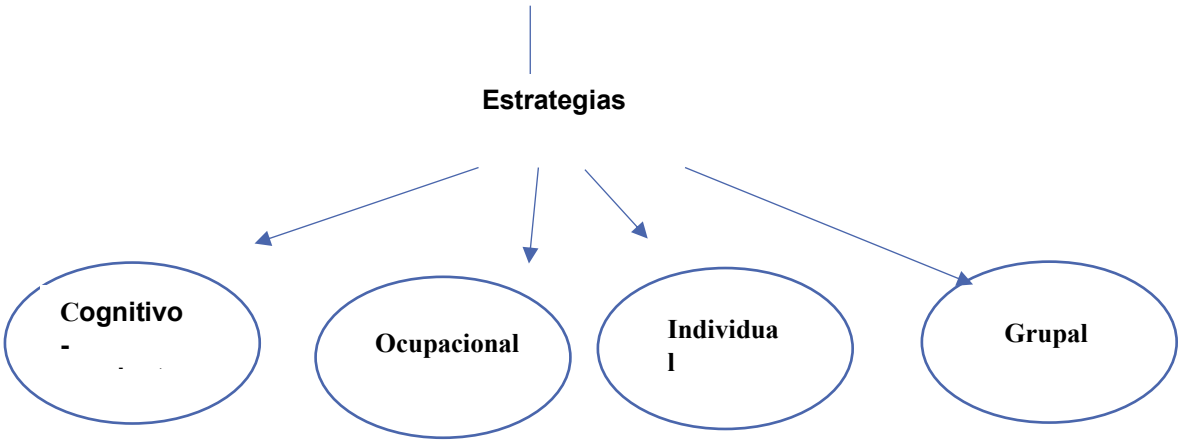


Gráfico 3. Estrategias de afrontamiento. Programa Atlas Ti

4.2 Discusión

Esta tesis se realizó con el objeto conocer las técnicas de afrontamiento de pacientes oncológicos remitidos al área de radiología para que el área de psicología tenga un criterio unificado al aplicar las terapias para minimizar el sufrimiento psicológico de los individuos y promover la capacitación en psicooncología en hospitales públicos.

Es importante conocer las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos ya que en muchas ocasiones se relacionan no sólo con el estado emocional, sino también con escalas funcionales y sintomáticas. Se podría implementar en hospitales públicos que cualquier paciente que inicie o esté en un proceso oncológico sea evaluado para analizar el modo de afrontamiento y fomentar la estrategia de afrontamiento que favorezca una mejor adaptación y ajuste a la enfermedad, es decir, promover una atención individualizada para ofrecer una terapia integral.

En última instancia, los equipos multidisciplinarios trabajan para abordar la enfermedad a través de un enfoque biopsicosocial en el que los aspectos físicos, psicológicos y emocionales juegan papeles esenciales en el bien del individuo y su contexto familiar (Cruzado, 2010)

CAPITULO V. CONCLUSIONES

Los objetivos de la tesis doctoral fueron conocer los estilos de afrontamiento personal de cada paciente incluido en el estudio y el modelo de atención del equipo de psicología adscrito al área de radioterapia.

Por lo que se refiere a las variables sociodemográficas del estudio, podemos especificar la muestra de la siguiente manera: 20 pacientes oncológicos ingresados en sala de radioterapia de 20 y 69 años con un porcentaje de 51,7 años, en cuanto al nivel educativo, 12 pacientes tenían un nivel de educación básico Educación: 8 de los pacientes tenían un nivel de educación intermedio.

Nivel educativo: alto Estado civil: 15 casados o viviendo juntos libremente y 5 solteros o viudos.

Con base en los hallazgos de esta tesis: Respecto a los estilos de afrontar el cáncer, la investigación sobre el uso de estrategias individuales ha concluido que:

La escala de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA) obtuvo la mayor puntuación en cuanto a las estrategias, seguida de la escala de Autocontrol y Control Emocional (ACE) siendo estas dos las que más destacan.

Mediante el Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA) Los factores que componen la segunda variable son ver el diagnóstico como un reto mediante el cual se puede lograr la aceptación

del pronóstico, adoptar conductas adaptativas por parte del paciente y participar en la toma de decisiones relevantes.

Lo que se traduce en que el paciente acceda al tratamiento y mantenga una actitud positiva sobre la enfermedad.

Este tipo de adaptación se centrará en el problema.

Respecto a las escalas negativas, el análisis revela que existen dos grandes dilemas: las que inactuables que tendrían una aceptación más deficiente y que incluyen estrategias de tipo negativo, y las proactivas que exhiben una mejor aceptación al padecimiento y que se componen de maneras de actuar con resistencia y evitación.

Así mismo, cuando se les aplicó la entrevista semiestructurada, cada paciente demostró preocupación al acudir a su tratamiento con radioterapia, ya que desconocían muchas veces los efectos secundarios de estas y pese a haber recibido varias sesiones del tratamiento apenas y empezaban sus terapias con las psicólogas, igual que el trato con sus médicos o con el radiólogo solo era cada mes o más tiempo cuando les daban las consultas y cuando dudaban de ello.

En relación a la entrevista con los profesionales en psicología, se constató que no tienen una adecuada interacción con otros profesionales involucrados en la atención de los pacientes remitidos a radioterapia, de igual manera recibían un mínimo de pacientes cuando consideraban que todos los enviados a radioterapia deberían recibir una terapia psicológica para facilitar su adhesión.

Los problemas estructurales y organizativos de mayor relevancia serían los siguientes:

- Poco o nulo trabajo colaborativo,

- limitadas o inexistentes encuentros de coordinación e intercambio con equipos especializados,
- limitadas derivaciones e interconsultas con entidades especializadas,
- tiempo de consulta insuficiente,
- carencia de personal de salud capacitado en psicooncología

Siguiendo a Centeno (2004) “La eficacia del manejo del problema debe ser valorada en función del problema, dado que los resultados se definen por la relación entre las necesidades y gustos individuales y las exigencias del contexto”. No obstante, existen algunos criterios a considerar al evaluar la efectividad según nos señala Rubia, 2011.

5.1. Hallazgos

Fortalezas en Estrategias Adaptativas: Los resultados indican que los pacientes, en su mayoría, adoptan estrategias adaptativas, con un énfasis destacado en el enfrentamiento activo y la regulación emocional. Este hallazgo subraya la resiliencia de los pacientes ante la adversidad y la capacidad intrínseca para afrontar los desafíos asociados con la radioterapia. Estas fortalezas no solo sugieren una actitud positiva hacia el tratamiento, sino también la disposición de los pacientes para participar activamente en su proceso de curación.

Estrategias continuas de desarrollo personal y búsqueda de apoyo social: El bajo desempeño en la dimensión de búsqueda de apoyo social enfatiza la necesidad de una capacitación continua del personal enfocada en estrategias de apoyo emocional. La capacitación puede centrarse en mejorar las habilidades de comunicación del personal, fomentar la empatía y fomentar el desarrollo de entornos de apoyo dentro del sistema de

atención médica. Al fortalecer estas habilidades, el personal puede desempeñar un papel más efectivo en la construcción y mantenimiento de redes de apoyo social para los pacientes, mejorando así su bienestar emocional durante el tratamiento.

Identificación y Atención de Preocupaciones Específicas: A pesar de las bajas puntuaciones cuantitativas en ansiedad, las entrevistas revelan inquietudes subyacentes no claramente expresadas en las respuestas estructuradas. El reconocimiento de estas inquietudes sean o no relacionadas con el tratamiento o las consecuencias emocionales, en de cierto modo determinante. Brindar un seguimiento personalizado a estas inquietudes puede elevar la eficiencia de la atención en materia de salud mental y ayudar mucho al paciente para reducir sus malestares emocionales.

Intervenciones Específicas y Mejora de Programas de Apoyo Psicológico: Basándonos en los hallazgos, diseñar intervenciones específicas orientadas a fortalecer las áreas de búsqueda de apoyo social y abordar preocupaciones específicas puede ser esencial. Esto podría incluir sesiones educativas para pacientes y familiares, grupos de apoyo moderados por profesionales capacitados, y estrategias para fomentar la expresión abierta de inquietudes. Mejorar la efectividad de los programas de apoyo psicológico implica adaptar las intervenciones según las necesidades y fortalezas identificadas en este estudio, asegurando así un enfoque más personalizado y eficiente.

En cuanto a las preguntas de investigación planteadas:

¿Cuáles son las técnicas de afrontamiento que utilizan los pacientes con cáncer que reciben tratamiento con radioterapia en el Hospital Agustín O'horan ubicado en Mérida, Yucatán?

Podemos deducir de acuerdo a los datos arrojados por la investigación que los pacientes que acuden para recibir radioterapia hacen uso de sus habituales enfrentamientos a lo largo de su vida y los problemas que se van presentando en ella, sin conocer a fondo si los afrontamientos utilizados son los adecuados para poder tener una adherencia al tratamiento con radioterapia el cual actualmente cursan,

¿Cuál es el modelo de atención que emplea el departamento de psicología de la UNEME para los pacientes remitidos a radioterapia en el Hospital Agustín O'horán?

De acuerdo a los datos analizados con el Atlas Ti después de haber sido codificados podemos notar que no existe una unificación en cuanto al modelo de atención, de igual manera no existe una técnica individualizada para cada paciente,

5.2. Recomendaciones.

Basándonos en esta investigación podemos llegar a ciertas apreciaciones para mejorar nuestra labor como psicólogos clínicos para aportar aumentos de participación en el equipo médico:

- Es de suma importancia adecuar los tratamientos para cada paciente según sus necesidades, tener en consideración su situación socioeconómica, con que redes de apoyo familiar y social cuenta, su grado de estudios, así como considerar si presenta algún caso en particular que requiera de una valoración especial .

Se ha destacado la relevancia del respaldo con sus allegados y con el conjunto de salud en el cumplimiento de sus obligaciones. Es crucial fomentar la interacción de las personas con entidades o entidades de asistencia.

- Concentrarse en tratar los síntomas físicos del paciente con cáncer, proporcionar los recursos requeridos para su gestión; y crear estilos de afrontamiento funcionales para potenciar la calidad de vida. Investigar si profesan alguna religión en especial los pacientes con el objetivo de emplearla en el combate a la enfermedad.
- En el ámbito de la intervención, proporcionar psicoeducación sobre el cáncer, con el objetivo de que los pacientes comprendan: el efecto del tratamiento con radioterapia para luchar contra el cáncer en su cuerpo, los exámenes médicos necesarios, y explicarles con anticipación los efectos adversos de estos tratamientos para que tomen medidas de abandono, entendiendo que es un componente para su propio bienestar; y de esta manera, fomentar el cumplimiento del tratamiento.
- En el ámbito psicoterapéutico, contar con información verídica sobre la enfermedad de los pacientes para proporcionarle los recursos requeridos y así evitar ciertos problemas. Centrarse en sus necesidades presentes, para proporcionarle el respaldo emocional y el respaldo necesario. Entender las virtudes del paciente y sus principios, para transformarlas en instrumentos que contribuyan en todo el proceso y tratamiento del cáncer.
- No se debe otorgar solo un excelente servicio médico, sino transmitir confianza en el cliente para proporcionar una buena mancuerna profesional/paciente y se produzca mayores beneficios al tratamiento
- Cooperar estrechamente con los diversos expertos implicados en el cuidado del paciente con cáncer que se someta a radioterapia con el objetivo de

proporcionar una psicoeducación. Esto implica que los radioterapeutas puedan explicar las metas a conseguir, el personal de enfermería puedan enseñar las consecuencias de la radioterapia, el personal de nutrición puedan informar sobre la relevancia de una alimentación saludable, etc. para obtener una perspectiva integral y completa del estado presente y avanzar En otras palabras, no solo proporcionar un cuidado multidisciplinario al paciente con cáncer, sino colaborar en equipo para mejorar su bienestar.

- Por parte de los directivos de la institución gubernamental, en este caso, el hospital público donde se realizó la investigación es imprescindible la capacitación continua de profesionales del área de radioterapia, especialmente en temas de psicooncología.

5.3. Investigaciones Futuras.

Como consecuencia de la experiencia obtenida en el uso de los instrumentos de esta investigación, se puede considerar pertinente e indispensable para llevar a cabo un estudio con una muestra más grande y para ampliar los conocimientos, la implementación de pruebas paralelas que involucren a todo el equipo multidisciplinario que interactúe con los pacientes oncológicos, con el objetivo de elaborar una guía de gestión orientada en el cuidado de estos pacientes y, de esta manera, ofrecer un servicio de calidad.

Finalmente, subrayar que todo lo mencionado no son más que metas a alcanzar por los expertos en psicología vinculados al campo de la radioterapia oncológica, las cuales dependen, en cierta medida, de dos componentes estructurales fundamentales: el respaldo institucional y la capacitación apropiada a los responsables que se laboran en el área de la Psicooncología.

5.4. Limitaciones.

Dentro de las restricciones del estudio, cabe destacar la reducida envergadura de la muestra, así como la habitual resistencia de ciertos pacientes a cooperar durante la utilización de instrumentos por razones personales. No se descarta que estos elementos y la magnitud de la muestra hayan afectado los resultados, lo que sugiere la relevancia de otros estudios que optimicen las condiciones para la recolección de los datos.

No se descartaron los pacientes que habían sido previamente tratados con terapia psicológica o psiquiátrica, lo que podría indicar un sesgo en la muestra. Los pacientes no se han seleccionado de manera aleatoria, se escogen de acuerdo a su envío al departamento de psicología y con el consentimiento firmado de estos. Durante la administración de los cuestionarios, existían pacientes a los que el investigador les leía los ítems debido a que no lo comprendían.

5.5. Validez de la Investigación.

La realización de este estudio posibilita valorar algunas tácticas de manejo de los pacientes oncológicos que se someten a radioterapia en un hospital público de Mérida, Yucatán, así como la intervención del psicólogo y sus métodos utilizados para proporcionarles los recursos necesarios para manejar las terapias radiológicas..

Como nos demuestran los análisis a las diferentes herramientas utilizadas notamos entre otras que;

La variable de enfrentamiento y lucha activa (ACE) (figura 3) facilita la expresión emocional y reduce la frecuencia de estrategias inadecuadas de afrontamiento. Por tanto, los recursos personales y psicosociales influyen en la evaluación del acontecimiento estresante y en las respuestas de afrontamiento que se ponen en marcha.

Las maneras de pensamiento se reflejan en la búsqueda de datos que el paciente realiza al interesarse en el diagnóstico y para continuar con el tratamiento, ya que desean investigar, entender todo acerca de su diagnóstico y tratamiento.

De igual manera y según las entrevistas con los pacientes, situaciones específicas como de control y/o afrontamiento a la enfermedad, así como determinadas características personales y recursos de apoyo determinan el uso diferencial de estrategias de afrontamiento.

La intervención psicológica muestra un efecto importante para lograr el afrontamiento a la enfermedad a pesar de que el equipo de psicólogos del hospital nos refirió que no existe un modelo de intervención específico para cada uno de los pacientes, sin embargo, en base a las entrevistas realizadas se puede notar que las técnicas que les proporcionan los psicólogos contribuyen a mejorar sus estrategias de enfrentamiento.

Es crucial elaborar esquemas metodológicos en psicooncología que posibiliten diversas estrategias de intervención para potenciar la calidad de vida del individuo con cáncer y la de su familia, así como considerar la aplicación de terapias breves que se adapten tanto al entorno de Salud Pública como a los limitados recursos financieros de los pacientes. Y, por último, conseguir que las intervenciones psicooncológicas, o cualquier otro tipo de tratamiento psicológico, sean incorporadas en los equipos médicos y en el entorno institucional de salud en su totalidad, para que, desde una perspectiva multidisciplinaria, brindemos un cuidado de calidad e integral a todos los pacientes que batallan cotidianamente para superar el cáncer.

5.6. Conclusión General y Reflexiones Personales.

Los objetivos primordiales establecidos incluyeron detallar las distintas estrategias de manejo que utilizan los pacientes que asisten a radioterapia en un hospital público, además de reconocer los síntomas somáticos y/o trastornos psicológicos que percibe y la implementación de las variadas técnicas psicológicas que proporciona el equipo de expertos en el campo.

Dado el método empleado, las conclusiones no abarcan a toda el conjunto de enfermos, sino que son aceptadas de única manera para caracterizar a la población que participó en el estudio. No obstante, establezcan los cimientos para formular nuevos cuestionamientos que definan y precisen aún más el motivo de investigación.

Las estrategias de acercamiento y evitación cognitiva son comunes en los casos estudiados. Principalmente, el establecer contacto se realiza de forma de conductas, buscando el respaldo y orientación del personal especializado.

Además, se utilizaba la suspensión del pensamiento negativo para disminuir la ansiedad generada por las reacciones de la enfermedad, se podría afirmar que las estrategias de manejo se enfocaron en las necesidades prácticas del tratamiento, mientras que la cancelación de pensamiento buscaba regular las exigencias emocionales. Algunos factores significativos son el interés en llevar el padecimiento y la seguridad en su habilidad para asumir una actitud de participación y ser parte del proceso.

Aunque la falta de percepción de la necesidad de tratamiento, las convicciones adversas respecto a su eficacia, la negación, la preocupación por las temidas consecuencias secundarias y la desesperación son elementos que obstaculizan el éxito de adaptarse al tratamiento.

Todo esto nos permite reflexionar si las tácticas de manejo de los pacientes son particulares para la enfermedad, o si son las que se suelen emplear en situaciones de vital importancia con estrés. Es imprescindible implementar un protocolo apropiado de evaluación psicológica en pacientes con cáncer para evitar problemas de desadaptación y carencias en la calidad de vida. Las siguientes son las tácticas de intervención psicológica en la radioterapia oncológica: Psicoeducación – Orientación e información acerca del proceso de radioterapia. – Ansiedades y fobias comunes en radioterapia. – Estos datos deben ser verbales y escritos (folletos informativos) e implican una exposición anticipada a los estímulos temidos. Orientación y asesoramiento psicológico.

Si la agenda gubernamental contemplara un incremento en los fondos y un uso más lógico de los recursos, teniendo en cuenta la actualización de los hospitales públicos, además de la necesidad de incrementar el número de expertos, formar de manera regular al personal e informar a la sociedad sobre sus derechos para preservar una salud física y mental, entonces la calidad de vida del mexicano se mejoraría.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarado, S.; Genovés, S.; Zapata, M. (2009): La Psicooncología: Un trabajo Transdisciplinario.

Agostoni C. Práctica médica en la Ciudad de México durante el porfiriato: entre la legalidad y la ilegalidad. En: Cházaro L, comp. Michoacán: Colegio de Michoacán/Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; 2009. p. 163-84. Recuperado: https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM_150_2014_2_195-199.pdf

Arenas, R. (2007). La Hermenéutica [Documento en Línea]. Disponible: http://noemagico.blogia.com

Braun, M., Hasson Ohayon, I., Perry, S., Kaufman, B., y Uziely, B. (2005).Tipos de radioterapia https://www.quironsalud.es/blogs/es/cancer-ahora/tipos-radioterapia-ultima-tecnologia curar cáncer.

Broche, Y.; Medina, W.; (2011): Resiliencia y Afrontamiento desde la Psicooncología.

Calvo, M.; Narváez, P; (2008): Experiencia de Mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas. Recuperado: https://www-psyciencia-com.webpkgcache.com/doc/-/s/www.psyciencia.com/psicooncologia-papel-del-psicologo-en-el-tratamiento-integral-y-situacion-en-latinoamerica/

Carrillo AM. Economía, Política y Salud Pública en el México Porfiriano (1876-1910). 2002;9 Suppl:67-87. Recuperado: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/hfzR3gPFzFGwNN5XFk39g5w/abstract/?lang=es

Cassem, J.G. Bernstein, Pacientes Deprimidos, N.H. Cassem, T.A. Stern, J.F. Rosenbaum, M.S. Jellinek. Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales. Recuperado: https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdfsimple&pii=S0716864012703577&r=202

Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. Cómo el afrontamiento media el efecto del optimismo sobre la angustia: Un estudio de mujeres con cáncer de mama en etapa temprana. 1993 Aug; 65(2):375-390. Recuperado en: https://www.researchgate.net/profile/Charles_Carver/publication/14833731_How_Coping_Mediates_the_Effect_of_Optimism_on_Distress_A_Study_of_Women_With_Early_Stage_Breast_Cancer/links/56606d9608aebae678aa127b.pdf

Celso Vega, jefe político del Distrito Norte de Baja California, de ejemplares de las suscripciones levantadas para combatir la peste bubónica en la república mexicana. 1904, AGN, Gobernación, volumen 775, sección s/s Exp. 1, AD IIH UABC [36.32]. Acuse de recibido. Recuperado: https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM_150_2014_2_195-199.pdf

Curry, L. A., Nembhard, I. M., & Bradley, E. H. (2009). Los métodos cualitativos y mixtos proporcionan contribuciones únicas a la investigación de resultados, *119*(10), 1442–

1452. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.742775, Recuperado: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19289649/

Cruzado, J. (2010). La formación en Psicooncologia.Psicooncologia, 9-19. Recuperado: https://dialnet.unirioja.es/servlet/extaut?codigo=229548

Christian J. Educación especial y ciencias médicas frente a la ceguera en la ciudad de México, 1870-1928. En: Agostoni C, coord. Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX. México: Universidad Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2008. p. 43-70. Recuperado: http://historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/curar_sanar/494.html

Corbin A. El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX. México: Fondo de Cultura Económica; 1987. Recuperado: https://introduccionalahistoriajvg.wordpress.com/2012/08/18/%E2%9C%8D-el-perfume-o-la-miasma-el-olfato-y-lo-imaginario-social-siglos-xviii-y-xix-1982/

Chávez Meg. 2009. Resiliencia y familiares de pacientes oncológicos. Recuperado: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5645284.pdf

Daniels J, Kissane DW. 2008. Intervenciones psicosociales para pacientes con cáncer. Jul;20(4):367-71. doi: 10.1097/CCO.0b013e3283021658. PMID: 18525329.Recuperado: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18525329/

Darby S, P. McGale, C. Taylor, R. Peto. Long-term mortality from heart disease and lung cancer after radiotherapy for early breast cancer: prospective cohort study of about

300.000 women in US SEER cancer registries. Lancet Oncol, 6 (2005), pp. 5565-5575. Recuperado: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-radioterapia-intensidad-modulada-imrt--S0716864011704965

Delaney G..El rol de la radioterapia en el tratamiento del cáncer: estimación de la utilización óptima a partir de una revisión de guías clínicas basadas en evidencia. guidelines. Cáncer, 104 (2005), pp. 1129-1137. Recuperado: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16080176/

De Vera Estévas. María del Mar La teoría del afrontamiento del estrés de Lazarus y los Moldes Cognitivos. Enriquecimiento Intelectual y socio afectivo. Módulo II: Moldes Cognitivos y Bienestar Subjetivo. Curso2004-2005. Recuperado: https://es.scribd.com/doc/150149417/La-teoria-del-afrontamiento-del-estres-de-Lazarus-y-los-moldes-cognitivos

Degner L. (2004). Las respuestas del afrontamiento tras el diagnóstico de cáncer de mama predicen el ajuste psicológico tres años después. Psychooncology; 13: 235-47. Recuperado: https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Estrategias-de-afrontamiento-en-pacientes-diagnosticados-con-c%E1ncer-de-mama-y-el-papel-del-psic%F3logo.htm

Félix H. Cuando la muerte tuvo alas. La epidemia de fiebre amarilla en Hermosillo (1883-1885). Hermosillo: El Colegio de Sonora/Universidad de Sonora; 2010. Recuperado: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10220221011

Félix H. Cuando la muerte tuvo alas. La epidemia de fiebre amarilla en Hermosillo (1883-1885). Hermosillo: El Colegio de Sonora/Universidad de Sonora; 2010. Recuperado:

https://repositorio.colson.edu.mx/bitstream/handle/2012/44649/Cuando%20la%20muerte%20tuvo%20alas.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ferrero Berlanga J. El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer. Valencia: Promolibro, 1993. Recuperado: https://psiquiatria.com/medicina-psicosomatica/la-depresion-como-reaccion-adaptativa-ante-el-diagnostico-de-cancer/

Fierros Hernández, Arturo. Los inicios de la salud pública en Baja California, México, y California, Estados Unidos, siglos XIX y XX. *Región y sociedad* [online]. 2016, vol.28, n.67 [citado 2024-01-09], pp.315-346. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870

Font A. Cáncer y calidad de vida. Anuario de Psicologia 1994, no 61, 41-50 O 1994, Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona. Recuperado: https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/download/9208/11774/0

Flisser A. La medicina en México hacia el siglo XX. Gac Med Mex. 2009;145(4):353-6. Recuperado: https://www.anmm.org.mx/GMM/2009/n4/87_vol_145_n4.pdf

Flores-Alarcón, L. (2006): La Psicología de la Salud en Colombia. Recuperado: www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a20.pdf

García-Conde, A.; Ibáñez, E. Durá, E. (2008): El desarrollo de la investigación en psicooncología.

Gómez, R. (2007): La Psicología de la Salud en un Hospital de Cuarto Nivel de Complejidad

Greer, S., Morris, T., Watson, M. (1989). Adaptación del paciente al cáncer: la escala de Ajuste Mental al cáncer (MAC) versus calificaciones clínicas. Revista de Psicosomática Research, 33, 373-377. Recuperado: https://www.chicom.be/sites/default/files/the_mental_adjustment_to_cancer_scale_-_french_replication_and_assessment_of_positive_and_negative_adjustment_dimensions.pdf

Hall E., Giaccia A. Radiobiología para el radiólogo, Lippincott Williams & Williams, (2006), Recuperado: https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1602597

Hack T, & Degner L. (2004). Las respuestas de afrontamiento tras el diagnóstico de cáncer de mama predicen el ajuste psicológico tres años después. Psicooncología ; 13: 235-47. Recuperado: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15054728/

Hernández Blázquez M, Cruzado JA. Un estudio longitudinal sobre ansiedad, trastorno depresivo y de adaptación, ideación suicida y síntomas de angustia emocional en pacientes con cáncer sometidos a radioterapia. 2016 Aug;87:14-21. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.010. Epub 2016 Jun 1. PMID: 27411747. Recuperado: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27411747/

Hernández M, Cruzado J, Prado C, Rodríguez E, Hernández C, González M. Salud Mental y Malestar Emocional en pacientes con cáncer. Recuperado: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/233-258.pdf

Hernández, Sampieri. Determinación de la muestra Cualitativa. Recuperado:

https://plataforma.iseo.edu.mx/pluginfile.php/148347/mod_folder/content/0/TEMA%204.1.%20DISE%C3%91OS%20DE%20EXPERIMENTOS/4.1.3.%20LA%20INVESTIGACIO%CC%81N-ACCIO%CC%81N.pdf?forcedownload=1

Hernández-Blázquez, Cruzado J.A Pacientes que reciben radioterapia suelen presentar trastornos psicológicos durante el tratamiento. Recuperado: https://neurologia.com/noticia/5964

Hernández Sampieri Roberto. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. México 2020. Material del CD. Recuperado: http://chamilo.cut.edu.mx:8080/chamilo/courses/

Hernández Sampieri, R. H. y Mendoza Torres C. P. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw Hill México. Recuperado: https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/10818/Nota%20Acad%C3%A9mica%202%20%2818.04.2021%29%20%20Clasificaci%C3%B3n%20de%20Investigaciones.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Hernández Sampieri. Recolección y análisis de los datos cualitativos. Capítulo 14. Recuperado: https://ciberinnova.edu.co:10004/archivos/plantilla-ovas1-slide/documents-UCN-Canvas/proyecto-integrador

Holland JC. Psicooncología: panorama general, obstáculos y oportunidades. 2018. Recuperado: https://www.researchgate.net/publication/325084511_Psycho-oncology_Overview_obstacles_and_opportunities

Holland JC. Historia de la Psicooncología: Superación de barreras actitudinales y conceptuales. Psychosom Med. 2002;64(2):206–2021. Recuperado: https://www.infocoponline.es/pdf/Atencion-Psicologica.pdf

Holland, S. Lewis. La cara humana del cáncer. 2001. Recuperado: https://www.elsevier.es/pt-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-programa-formacion-psico-oncologia-basado-el-X1665920111240768

Kafle NP. Método de investigación fenomenológica hermenéutica simplificado. Bodhi: una revista interdisciplinaria, 5. 2011. Recuperado: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-272007000100009

Krazue E. Siglo de caudillos. México: Tusquets; 1994. Recuperado: https://www.academia.edu/32107014/Krauze_Enrique_Siglo_De_Caudillos_Biografia_Politica_De_Mexico

Lazarus, R. (1991). Emoción y adaptación. Nueva York, Nueva York: Oxford University Press. Recuperado: https://www.scirp.org/(S(vtj3fa45qm1ean45vvff%20cz55))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=204897

Levenson. Factores psicológicos que afectan a las enfermedades clínicas. Recuperado: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300767

Leksell L. Stereotactic radiosurgery. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1983; 46: 797-803. Recuperado: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000400007

Lipowski ZJ. Aspectos psicosociales de la enfermedad. Anales de Medicina Interna. 1969; 71:1197-1206. Recuperado: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5361413/

López C. Enfermedad hereditaria. En: Cházaro L, comp. Michoacán: Colegio de Michoacán/Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; 2009. p. 95-123. Recuperado: https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM_150_2014_2_195-199.pdf

Malca, B. (2005): PSICOONCOLOGÍA; Abordaje Emocional en la Oncología. M. Sánchez. Enfermos terminales. Cuidados paliativos. Adelantamiento de la muerte, Bioética en ciencias de la salud. Elsevier Masson, (2013), pp. 345-358

Martínez Valero Carmen, Estapé Tania, Pérez Elsa, Perondi Carolina. 2018. Evidencia Científica, Documentación Sanitaria y Visión de los Facultativos sobre la Asistencia Psicológica a los Pacientes de Cáncer. Recuperado: http://www.infocoponline.es/pdf/Atencion-Psicologica.pdf

Martínez X. El hospital en el siglo XIX: entre tradición y modernidad. Anales médicos. 2006:36-41. Recuperado en https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM_150_2014_2_195-199.pdf

Medina, Alvarado, 2011. Psicooncología: papel del psicólogo en el tratamiento integral y situación en Latinoamérica. Recuperado:

https://www.psyciencia.com/psicooncologia-papel-del-psicologo-en-el-tratamiento-integral-y-situacion-en-latinoamerica/

Middleton, J. (2002): Miles MB, Huberman AM (1994). El hospital en el siglo XIX: entre tradición y modernidad. Anales médicos. 2006:36-41. Recuperado: Psico-oncología en el siglo XXI.

Moran J.M..Radiotherapy: Qué se puede lograr con mejores técnicas en la adminsitración de dosis?, 6 (2005), pp. 51-58. Recuperado: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-radioterapia-externa-lo-que-el-S0716864013702104

Moos RH, Schaefer JA.. La crisis de la enfermedad física. Una visión general y un enfoque conceptual. En: Moos RH (Ed.). Cómo afrontar las enfermedades físicas: nuevas perspectivas. New York: Plenum Press; 1984. p. 3-25. Recuperado: https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1210478

Morse y Chung, 2003. Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos. Capitulo 12. Recuperado: http://www.sandrameza.net/metodologiapdf/12.pdf

Nava, J. (2007). La comprensión hermenéutica en la investigación educativa. [Documento en Línea]. Disponible: http://investigacioneducativa.idoneos.com/index.php/349683

N.H. Cassem, J.G. Bernstein, Pacientesdeprimidos, N.H. Cassem, T.A. Stern, J.F. Rosenba um, M.S. Jellinek Manual de psiquiatría en hospitales generales (4ta edición en español), Harcourt Brace de España, Madrid (1998), pp. 37-71 Google Scholar

Oblitas, L. (2008): El estado del Arte de la Psicología de la Salud.

Oblitas, Luis El estado del arte de la Psicología de la Salud. Revista de Psicología, vol. XXVI, núm. 2, diciembre, 2008, pp. 219-256 Pontificia Universidad Católica del Perú Lima, Perú Recuperado: https://www.redalyc.org/pdf/3378/337829507002.pdf

Olea Jesús, Moreno Bernardo, Ruíz María. Experiencia y Afrontamiento en Pacientes en tratamiento de quimioterapia desde la Psicología Positiva 2007. Recuperado: http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/e4d8a1d1-a530-4756-8b6e-5a01dfb3d812/762169d0-fbdd-4cbe-a368-cb1d28c8c65c/Experiencia_afrontamiento_pacientes_tq.pdf

OMS. 2013 protección de la salud mental en situaciones de epidemias. Recuperado: https://www.paho.org/disasters/dmdocuments/SM%20en%20epidemias.pdf

Organización Panamericana de la Salud. Cáncer. Recuperado: https://www.paho.org/es/temas/cancer

Orem D. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. by Mosby-Year Book, Inc. cuarta edición. 1991. Recuperado: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695614120100002000004#:~:text=Autocuidado%3A%20Es%20una%20conducta%20que,su%20vida%2C%20salud%20y%20bienestar.

Pérez Casas AM, García-Aranda Pez MO Braquiterapia de alta tasa de dosis. Recuperado. https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/30.pdf

Pérez Casas AM, García-Aranda Pez MO. Braquiterapia de alta tasa de dosis vol. 2 / núm. 2 / septiembre 2001. Recuperado: https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/30.pdf

Pineda, Beatriz; de Alvarado, Eva Luz; de Canales, Francisca 1994 Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de personal de salud, Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington. Recuperado: http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20de%20Personal%20de%20Salud.pdf

Philbrick, J. Rundell, P. Netzel, J. J. Levenson.Medicolegal issues, Manual clínico de medicina psicosomática: una guía para la consulta de psiquiatría de enlace. Segunda Edición, American Psychiatric Publishing,Inc, (2012), pp. 13-29 Recuperado: https://www.appi.org/Products/Consultation-Liaison-Psychiatry/Clinical-Manual-of-Psychosomatic-Medicine-Second-E

Porter R. Breve historia de la medicina: desde la antigüedad hasta nuestros días. México: Taurus; 2004. Recuperado: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-39292016000200013

Ray C, Lindop J, Gibson S. El concepto de afrontamiento. Medicina Psicológica. 1982; 12(2):385-395. Recuperado: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7100361/

Reich, M & Remor, E. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. Psicooncologia, 453- 471. Recuperado:

https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Estrategias-de-afrontamiento-en-pacientes-diagnosticados-con-c%E1ncer-de-mama-y-el-papel-del-psic%F3logo.htm

Rivero Burón, Raúl; Piqueras Rodríguez, José Antonio; Ramos Linares, Victoriano; García López, Luis Joaquín; Martínez González, Agustín Ernesto; Oblitas Guadalupe, Luis Armando Psicología y Cáncer. Recuperado: https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604007.pdf

Rojas O, Cristián Fuentes, Ps. Verónica Roberto Psicooncología en el Hospital General. Alcances en Depresión y Cáncer Revista Médica Clínica Las Condes. 2017. Recuperado: https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4

Rojas O. Estudio exploratorio acerca de los métodos empleados por los oncólogos en la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones en salud de los pacientes oncológicos de la región metropolitana, Tesis de Grado Magíster en Bioética, Universidad de Chile, 2016, www.cybertesis.clhttp://www.cybertesis.clhttp://www.cybertesis.cl

Robert M. Verónica PS, Álvarez O. Catalina, Valdivieso PS. B. Fernanda PS. Psicología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. 2013. Recuperado: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702074

Robles, R. (2004). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. Psicología de la Salud y Calidad de Vida. Bogotá: Thomson. Recuperado: https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/2396920?show=full

Rodríguez de Romo AC, Rodríguez Pérez ME. Historia de la Salud Pública en México: 19th and 20th centuries. Hist Cienc Saude Manguinhos. 1998;5(2):293-310. Recuperado: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/LmH7CcGPqjNjZK6MkxCBDQH/?lang=es

Rodríguez Fernández Isabel. Afrontamiento del Cáncer y Sentido de la Vida: Un Estudio Empírico y Clínico. 2006. Recuperado: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf

Rodríguez Vidal Lourdes Rosalba, Rubiños Rodríguez Sussan María "Evidencias de Validez de Contenido del Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes Oncológicos". Recuperado: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/55384/Rodr%c3%adguez_VLR-Rubi%c3%b1os_RSM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rubia, M. (2011). Estilos y estrategias de afrontamiento en madres de niños con trastorno autista. Recuperado: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/371/tesis-2991-psicooncologia.pdf

Sánchez M Enfermos terminales. Cuidados paliativos. Adelantamiento de la muerte, Bioética en ciencias de la salud Elsevier Masson , Barcelona (2013) , págs . 345-358. Recuperado: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300767

Sanz Modolell 2004 Oncología y Psicología: Un modelo de interacción. Recuperado: https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110003A

Sadock, V. Alcott. Medicina psicosomática, Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica. Décima edición, Wolters Kluwer Health España,S.A, (2008), pp. 813-838. Recuperado: https://www.worldcat.org/title/sinopsis-de-psiquiatria-ciencias-de-la-conducta-psiquiatria-linica/oclc/991758767?referer=di&ht

Simón-Lorda. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 28 (2008), pp. 325-350. Recuperado: https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n2/v28n2a06.pdf

Solís, Carmen. Vidal, Anthony. Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. En: Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. Vol. 7. N° 1. 2006. [Disponible en:] www.minsa.pe

Suárez, A., Baquero, L., Londoo, CH. y Low, C. Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio. En: Trabajo de grado: Universidad El Bosque. 2005. [Disponible en: www.amese.net

Sulmasy Daniel OFM, MD, PhD, Mark T. Hughes, MD, MA, Dr. Richard E. Thompson, Alan B. Astrow MD, Peter B. Terry, MD, Joan Kub, enfermera registrada y doctorada, Marie T. Nolan, enfermera registrada y doctorada ¿Cómo lograrían los pacientes con enfermedades terminales que otros tomen decisiones por ellos en caso de incapacidad para tomar decisiones? Un estudio longitudinal 2007. Recuperado: https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01473.x

Skinner EA. Una guía para las construcciones de control. Revista de Personalidad y Social

Psicología. 1996; 714(3): 549-570. Recuperado: https://www.researchgate.net/profile/Ellen_Skinner/publication/14374538_A_Guide_to_Constructs_of_Control/links/54ee1b2f0cf25238f939a5f6/A-Guide-to-Constructs-of-Control.pdf

Spiegel D, Classen C. Terapia de grupo para pacientes con cancer. Un manual de atención psicosocial basado en investigaciones. New York: Basic Books; 2000. Recuperado: https://www.researchgate.net/publication/273984371_Salud_Mental_y_Malestar_Emocional_en_Pacientes_con_Cancer

Steven A. Goldman Daños en el sistema nervioso a causa de la radioterapia, MD, PhD, Sana Biotechnology. Revisado/Revisado en marzo de 2021. Recuperado: https://www.msdmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-cervello,-midollo-spinale-e-nervi/tumori-del-sistema-nervoso/danno-al-sistema-nervoso-dovuto-a-radioterapia

Studocu. Concepto e historia de la Salud Pública en México. Recuperado: https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-del-estado-de-hidalgo/salud-y-nutricion/concepto-e-historia-de-la-salud-publica-en-mexico/18389209

Snow-Turek Al, Norris Mp, Tan G. Estrategias de afrontamiento activas y pasivas en pacientes con dolor crónico. 1996; 64: 455-462. Recuperado: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1082317499700012

Taylor SE, Lichtman RR, Wood JV. Atribuciones, creencias sobre el control y adaptación al cáncer de mama. Revista de Personalidad y Psicología Social . 1984; 46:489-502 Recuperado: https://psycnet.apa.org/record/1984-18187-001

Taylor, S. (2007). Psicología de la salud. Bogotá: McGraw Hil, Recuperado: https://www.academia.edu/62433998/Afrontamiento_ante_el_diagn%C3%B3stico_de_c%C3%A1ncer

Vázquez ML, Da Silva MRF, Análisis de datos cualitativos. Universidad Autónoma de Barcelona, 2020. Recuperado: https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/30026

Velásquez, A., García, M., Alvarado, S., & Ángeles, J. (2007). Cáncer y Psicología. Recuperado: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4392153.pdf

Villalpando, J; Nacif, L; Vásquez, L. (2007): Descripción Cualitativa de la atención psicológica en áreas críticas del Hospital Ángeles Metropolitano.

Weisman AD. Hacer frente al cáncer. New York: McGraw-Hill Book Company; 1979. Recuperado: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318289723215

Weinberg, R. (2007). La Biología del cáncer. Garland Science. Recuperado: https://repository.ucc.edu.co/bitstreams/70dc2d44-2858-47e2-b9c7-9fd229acbd48/download

APENDICE 1

Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO) cuestionario de afrontamiento a la enfermedad.

Rodee con un círculo la alternativa que mejor se adecue a su forma de pensar o actuar, con el siguiente criterio: 0 (Nunca) 1 (Algunas veces) 2 (Muchas veces) 3 (Casi siempre)

1. Habitualmente cuando me siento nervioso procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas

2. Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso

3. Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo

4. Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor

5. He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación

6. Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud

7. Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien

8. Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello

9. Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema

10. Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.

11. Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son

12. Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien

13. Creo que esta situación pasará pronto y volverá canto antes a mi vida habitual

14. Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud

15. Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto

16. Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida

17. Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien

18. Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada

19. Intento compartir mis emociones con algunas personas

20. Creo que los demás exageran y que en realidad lo me sucede carece de importancia

21. Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud

22. Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora

23. Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso

24. Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien

25. Procuro controlar mis emociones

26. Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación

27. Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud

28. Intento mostrarme sereno y animado

29. Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado

30. Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar

31. Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación

32. Creo que, aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes

33. Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí

34. Me doy por vencido en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será"

35. Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos

36. La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud

37. Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen

38. Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa

39. Creo que, si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo lograré

40. Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual

APENDICE 2

Consentimiento Informado

Yo_____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada "Estrategias de Afrontamiento de Pacientes Oncológicos con Tratamiento de Radioterapia y el Papel del Psicólogo en un Hospital Público del Estado de Yucatán", éste es un proyecto de investigación científica con fines escolares. Entiendo que este estudio busca conocer las técnicas de afrontamiento de los pacientes oncológicos que reciben radioterapia, con la finalidad de analizar la realidad que viven mediante su propio testimonio y ofrecer nuevos conocimientos al equipo de psicología para enfrentarse al reto de dar una atención integral y satisfacer las necesidades biopsicosociales de los enfermos con cáncer, y sé que mi participación se llevará a cabo en el hospital Ohoran, en el horario de mi consulta a radioterapia y consistirá en una entrevista y en responder una encuesta que demorará alrededor de 20 minutos.

Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas.

Sé que los datos no se me entregarán y que no habrá retribución por participar en este estudio y que esta información podrá beneficiar indirectamente a los pacientes y, por tanto, tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está haciendo.

Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio

Firma participante:

Fecha:

Anexo 3

Datos Sociodemográficos

Datos Generales:

1. Edad

a) 18-25años

b) 25-35 años

c) 35-45 años

d) 45-65 años

2. Sexo

a) Femenino

b) Masculino

5. Grado de estudios

a) Primaria

b) Secundaria

3. Estado Civil

a) Soltero

b) Casado

c) Viudo

d) Divorciado

5. Ocupación

a) Ama de casa

b) Trabajador dependiente

c) Trabajador independiente

6. Actualmente con quien vive

a) Hijos

b) Padres

c) Solo

d) Otros

7. Qué tipo de cáncer padece


ISEO®
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE