

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR LOS PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA
PERTENECIENTES A LA UNIDAD HEMATOLOGICA ESPECIALIZADA



Laura Milena Rico Muñoz

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Programa de Psicología

Pamplona, 2015

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR LOS PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA
PERTENECIENTES A LA UNIDAD HEMATOLOGICA ESPECIALIZADA

Laura Milena Rico Muñoz

Trabajo de Grado:

En la modalidad de proyecto de grado como requisito para optar el título de Psicóloga.

Director:

Ps. Ms.C Gerardo Parada Bonilla



Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Programa de Psicología

Pamplona, 2015

Tabla de Contenido

Titulo	7
Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Planteamiento del Problema	11
Formulación del problema	11
Descripción y planteamiento del problema	12
Justificación	14
Objetivos	17
Objetivo general	17
Objetivos específicos	17
Marco Teórico	18
Capítulo 1. Estrategias de afrontamiento	18
Clasificación de las estrategias de afrontamiento	27
Modelo de ajuste mental	28
Capítulo 2. Cáncer	31
Diagnóstico del cáncer	33
Tratamiento del cáncer	33
Leucemia	38
Capítulo 3. Psicooncología y cuidados paliativos	42
Objetivo de la psicooncología	43
Cuidados paliativos	44
Capítulo 4. Trastorno adaptativo	47
Distres y cáncer	47
Trastornos adaptativos	48
Capítulo 5. Familia	53
Familia como red de apoyo	54
Familia y manejo del integrante con cáncer	56

Marco Legal	59
Marco Empírico	71
Metodología	74
Enfoque de la investigación	74
Tipo de Investigación	74
Diseño de Investigación	75
Población	75
Muestra	76
Instrumentos	76
Procedimiento	77
Resultados	80
Discusión	90
Conclusiones	95
Recomendaciones	98
Referencias Bibliográficas	99

Lista de tablas

<i>Tabla 1. Recolección de información</i>	78
<i>Tabla 2. Matriz y análisis de datos de la entrevista semiestructurada</i>	80
<i>Tabla 3. Matriz y análisis de datos del grupo focal</i>	87

Lista de anexos

<i>Anexo A. Ficha de datos demográficos</i>	103
<i>Anexo B. Consentimiento informado</i>	104
<i>Anexo C. Entrevista semiestructurada</i>	105
<i>Anexo D. Diseños de protocolo de la entrevista semiestructurada</i>	107
<i>Anexo E. Grupo focal</i>	108
<i>Anexo F. Historia de vida 1</i>	110
<i>Anexo G. Historia de vida 2</i>	113
<i>Anexo H. Historia de vida 3</i>	118

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR LOS PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA
PERTENECIENTES A LA UNIDAD HEMATOLOGICA ESPECIALIZADA

RESUMEN

Objetivo: el fundamento central de este estudio está dirigido en describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda en relación al diagnóstico pertenecientes a la Unidad Hematológica Especializada ya que de hecho en los sistemas de salud el diagnóstico cada vez es menos humanizado y el paciente como su familia se ven enfrentados a cambios físicos, sociales y psicológicos, producto de la enfermedad que padecen y de los procedimientos médicos a los cuales serán sometidos. *Método:* la investigación se realizara de tipo cualitativo ya que se pretende describir y analizar las estrategias de afrontamiento además del diseño fenomenológico que se implementara al indagar en las diferentes estrategias encontradas en el estudio, la población son los pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda de la Unidad Hematológica Especializada de Cúcuta. Con la investigación se pretende explorar las estrategias de afrontamiento que tienen los pacientes diagnosticados con leucemia de la Unidad Hematológica en caminata a las habilidades y aspectos de la psicooncología pretendiendo mejorar su pronóstico en el tratamiento.

Palabras clave: estrategias, afrontamiento, leucemia, diagnóstico, psicooncología

ABSTRACT

Objective: the central foundation of this study is aimed to describe the coping strategies used by patients diagnosed with acute lymphoblastic leukemia in relation to the diagnosis belonging to haematological Specialized Unit as indeed in health systems diagnosis is becoming less humanized and the patient and family are faced with physical, social and psychological changes as a result of their illness and medical procedures to which they are subjected. *Method:* research will conduct qualitative as it seeks to describe and analyze coping strategies besides phenomenological design was implemented to investigate the different strategies found in the study population are patients diagnosed with acute lymphoblastic leukemia Hematologic Specialized Unit in Cucuta. The research aims to explore coping strategies with patients diagnosed with leukemia hematologic Unit walked to the skills and aspects of psycho-oncology pretending improve prognosis in treatment.

Keywords: strategies, coping, leukemia, diagnosis, psycho-oncology

INTRODUCCIÓN

El presente estudio surge a partir del interés de los resultados de investigaciones que muestran un auge con relación al demandante diagnóstico de la leucemia considerado un problema de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004), el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. De igual manera varios estudios refieren la importancia de la implementación de estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas, con el fin de facilitar el proceso adaptativo a su nueva condición de vida.

Una de las experiencias más difíciles de afrontar sin duda alguna es el diagnóstico de una enfermedad de alto riesgo o catastrófica, todo esto conlleva a una gran cantidad de emocionalidades y conductas como la negación, la ira, la rabia, etc. Difíciles de manejar tanto por el paciente que es el que está viviendo de forma protagonista todo este proceso como también su núcleo familiar o sus redes de apoyo.

Como lo refiere Lazarus (2000), el afrontamiento se puede definir como todos los esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que surgen como respuesta para manejar las demandas específicas ya sean externas o internas que resultan ser excedentes o desbordantes de los recursos del individuo; por esta razón se han realizado investigaciones que demuestran la importancia del abordaje de esta temática en pacientes diagnosticados con leucemia, por la particularidad de la enfermedad se presentan implicaciones que intervienen en las diferentes áreas de ajuste del ser humano.

Es por eso que nace la idea de investigación sobre las estrategias de afrontamiento en los pacientes diagnosticados con leucemia, puesto que en la revisión teórica se evidencia estudios que en su gran mayoría están dirigidos a los niños y su entorno familiar en relación al diagnóstico y el tratamiento, en los adultos se supone que ya hay una madurez emocional

que ayuda a sobrellevar de manera positiva y adaptativa todo el proceso (diagnóstico y tratamiento), el ser humano es un ser biopsicosocial e inmerso en el tiempo y en la historia, lo que él piensa, lo que siente, lo que se imagina, tiene una importancia mucho mayor de lo que se presupone en el pronóstico y evolución de cualquier enfermedad. Es por eso que la investigación quiere determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos, las respuestas emocionales y conductuales que un paciente manifiesta en esta situación.

Con este fin se indagará en primer lugar sobre los postulados teóricos que explican las estrategias de afrontamiento como herramienta adaptativa a situaciones de conflicto y estrés emocional; en segundo lugar se presentará todo lo que abarca el cáncer como enfermedad crónica, especificando las características de la leucemia y sus posibles tratamientos; de igual forma se expondrá la psicooncología y los cuidados paliativos como conceptos terapéuticos paralelos al tratamiento clínico; además de la exposición de los procesos adaptativos los cuales pueden verse manifestados en la cognición de los pacientes diagnosticados con leucemia y por último se hablara de la familia como red de apoyo principal de los pacientes.

Finalmente se presentan los resultados teniendo en cuenta las principales predominancias en la implementación de estrategias de afrontamiento, datos que son analizados en la discusión a partir del aporte teórico, después de arrojar información precisa en el análisis de resultados, en los que se evidencia como el proceso de afrontamiento es llevado a cabo por pacientes diagnosticados con leucemia y que estrategias son utilizadas de forma significativa por la población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es considerado como una de las patologías que mayor impacto produce actualmente en la sociedad, y el tratamiento para combatir esta enfermedad es casi igual de agresivo a la patología, ya que la quimioterapia y radioterapia son los procedimientos establecidos para combatir la enfermedad, estos acaban con las células cancerígenas pero también tienen muchas secuelas y efectos secundarios físicos y emocionales.

Según lo planteado, la enfermedad en sí junto con sus posibles tratamientos genera movilizaciones significativas en la vida de la persona que la padece y de quienes le rodean, esto ocasionando alteraciones a nivel de la percepción física y emocional así como en la interacción con la familia y redes de apoyo, al igual que en el desempeño ocupacional; ya que al verse enfrentado a esa alteración en el estado de salud la persona se ve obligada a realizar cambios en la rutina y estilos de vida.

A partir de ello y de todas las implicaciones impuestas por el diagnóstico de la leucemia, se pretende entonces establecer: ¿Cuáles son las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda de la Unidad Hematológica Especializada?

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el transcurrir del tiempo se han presentado variaciones en los estilos de vida saludables, el inadecuado uso de los recursos inmersos en el ambiente y sobre todo la poca conciencia del establecimiento de la salud de manera preventiva, se han convertido en factores predisponentes a la aparición de enfermedades no transmisibles, entre las cuales se encuentra la Leucemia, localizando de esta manera una causal de la afectación en diferentes esferas tanto a nivel médico como familiar y social.

El cáncer es la segunda causa de muerte que más prevalece en Colombia, los cambios que genera el diagnóstico en los pacientes, son muy drásticos, especialmente si se habla de un diagnóstico de cáncer terminal; según el Instituto “Sharett” de Oncología y Radioterapia, Hospital Universitario Hadassah, Israel (2003) el cáncer como enfermedad crónica impone estrictas e inmediatas demandas en la totalidad del sistema familiar. La naturaleza exacta de estas demandas varía básicamente dependiendo del tipo de diagnóstico, de la severidad del proceso de la enfermedad y del pronóstico de calidad de vida.” Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto se puede deducir que en el momento que un integrante del sistema familiar es diagnosticado con cáncer se generan diversos cambios en el contexto familiar, lo que conlleva al paciente a instaurar o modificar sus estrategias de afrontamiento. La complejidad de estos cambios es el resultado a la interpretación que se le dé a la enfermedad como tal, la etapa de evolución de la enfermedad y el tipo de cáncer que se le haya diagnosticado al paciente.

Es por ello, que se presentan alteraciones a nivel adaptativo que incurren de manera general en la vida del paciente, ya que la Leucemia causa un deterioro global del funcionamiento del sistema cardiovascular, neurológico, inmunológico, pulmonar, gastrointestinal, endocrino entre otros(INS), y así mismo se inicia una identificación de aquellos aspectos que están enmarcados en contrarrestar los efectos irreversibles del cáncer,

sin dejar de lado elementos claves para el afrontamiento como lo son la reestructuración del manejo del tiempo, una dificultad latente en asumir labores que requieran un esfuerzo superior a lo permitido después del inicio de la quimioterapia, reorganizar y eliminar componentes del plan nutricional para mitigar las complicaciones que trae consigo la enfermedad.

Tomando en cuenta lo anterior se evidencian estudios de interés frente a personas que padecen esta enfermedad enlazando aspectos de índole físicos (casusas, consecuencias y tratamiento) y psicológicos (bienestar mental, psicopatología, calidad de vida, ajuste adaptativo frente a la enfermedad, entre otros), ya que es muy importante identificar la afectación emocional porque esta también determina que el proceso clínico llegue a un óptimo desarrollo.

Algunos pacientes manifiestan señales psicológicas que indican algún cambio en la su propia vida esta sintomatología pueden producirse por el impacto del diagnóstico, por el dolor y otros síntomas físicos, por la angustia ante la posibilidad de una muerte cercana, por las alteraciones generadas por el tratamiento, etc., o ser independientes del proceso oncológico. Es en este momento donde las estrategias de afrontamiento y los procesos adaptativos al cambio aparecen como respuesta psicológica a esta situación estresante y conflictiva desde el ámbito emocional y mental.

Basado en lo anterior, se pretende realizar un estudio investigativo que determine las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes diagnosticados con leucemia de la Unidad Hematológica Especializada; estos estudios investigativos contribuyen en planteamientos relacionados con el proceso humanizado al momento del diagnóstico y procesos de adaptación enfocados en el bienestar del paciente y su red de apoyo.

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes diagnosticados con cáncer terminal se enfrentan a diversas transformaciones las cuales se desarrollan tanto en el momento del diagnóstico de la enfermedad, como a medida que esta avanza. Basado en lo anterior, las estrategias de afrontamiento de las personas diagnosticadas con cáncer deben cambiar de acuerdo al diagnóstico y a la evolución de la enfermedad y este cambio está determinado por la manera en que se emplean las estrategias de afrontamiento; de esta forma mejorara la calidad de vida del paciente. Es importante realizar un abordaje psicológico en el que la calidad de vida del paciente oncológico esté sujeto a los parámetros de dignidad, donde se tengan en cuenta los múltiples cambios que se generan, físicos, personales, sociales, emocionales y familiares.

La aparición de una enfermedad en la familia implica unos cambios y éstos a su vez, suponen la generación de nuevas necesidades en la familia, necesidades que, naturalmente van a ser cambiantes a lo largo de su ciclo vital por eso es necesario llevar a cabo una atención integral que tenga en cuenta aspectos: físicos, emocionales, sociales y espirituales, que forzosamente llevarán a una atención tanto a nivel individual como familiar y social. El soporte emocional y la comunicación con la persona diagnosticada, la familia y el equipo terapéutico deberá ser a través de una relación franca y honesta basada en la empatía.

La Psicooncología aborda dos dimensiones del cáncer: por un lado la respuesta emocional del paciente y de su familia en todos los estadios de la enfermedad, y por otro lado los factores psicológicos, sociales y conductuales que pueden influir en el desarrollo de alteraciones emocionales tales como depresión o ansiedad (Universidad Nacional de Colombia.) Desde la perspectiva psicológica se busca comprender los múltiples factores

que afectan al paciente oncológico y a su familia, proporcionando estrategias para el afrontamiento de la enfermedad para lograr una mejor funcionalidad.

Si la percepción que tiene la familia, los amigos y los compañeros de trabajo sobre la enfermedad es muy negativa, y la visión que poseen y permiten al enfermo es que no existe la posibilidad de curación, es de esperar que este reaccione inadecuadamente ante el diagnóstico y el tratamiento (Torrico, 1995). Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto se afirma que las percepciones que tengan las personas más allegadas al paciente diagnosticado con cáncer, son factores que influyen de forma relevante en el proceso de aceptación y de evolución del tratamiento médico y psicológico y por consiguiente afecta el funcionamiento de las áreas de ajuste personal, familiar y espiritual, llevando al paciente con cáncer a fomentar o modificar las estrategias de afrontamiento y de esta forma tener mejores resultados en sus labores o actividades cotidianas.

Las emociones surgidas y las modificaciones presentadas en el paciente se deben exponer a un proceso de afrontamiento. Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Es decir que las interpretaciones cognitivas y el repertorio conductual del paciente con cáncer están dirigidos a la funcionalidad del paciente; las estrategias de afrontamiento están dadas al constante cambio que se presenta en el transcurso y evolución de la enfermedad.

Es relevante identificar las estrategias de afrontamiento que se generan en el paciente diagnosticado con cáncer durante el diagnóstico, el transcurso y evolución de la enfermedad; debido a que dichas estrategias deben ser interpretadas y tratadas con la misma importancia que se le designa a los cambios físicos y biológicos. El tratamiento Psicológico de los aspectos anteriormente mencionados permitirá una evolución acertada y positiva

para contribuir a una mejor funcionalidad psicológica de los pacientes diagnosticados con cáncer.

De igual forma es beneficioso realizar una investigación en este campo ya que la psicooncología está siendo de mucha utilidad para pacientes en condiciones críticas, además de reflejar en la sociedad la humanización de los diagnósticos y tratamientos relacionados con el cáncer o cualquier enfermedad crónica. Asimismo el impacto social que producen las enfermedades de alto riesgo o catastróficas por lo cual este es un proceso que afecta no solo al paciente sino también a su familia y sus redes de apoyo.

Este estudio investigativo retomará conceptos de gran importancia, los cuales le aportarán a la psicología como ciencia y profesión aspectos enriquecedores que pueden facilitar el proceso para la evaluación e intervención de pacientes oncológicos, donde se tiene en cuenta las necesidades médicas y psicológicas actuales de la población.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las estrategias de afrontamiento de los pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda en relación al conocimiento del diagnóstico y a la proyección del tratamiento de la Unidad Hematológica Especializada.

Objetivos específicos

Identificar el nivel adaptativo basado en las estrategias de afrontamiento en relación al conocimiento del diagnóstico de la enfermedad.

Analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda en relación a las bases teóricas.

Cualificar la experiencia vivenciada a través de la aplicación de instrumentos de recolección de datos, como complemento de la información obtenida en base de la metodología cualitativa.

MARCO TEORICO

CAPITULO 1: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Son variadas las maneras en que el ser humano reacciona frente a una situación de vulnerabilidad, que pone en riesgo su existencia. Desde el punto de vista psicológico, la forma en que las personas enfrentan situaciones de riesgo, son conocidas como estrategias de afrontamiento, que en el caso de esta investigación están enfocadas al plano de la salud.

Según Lazarus (2000) el afrontamiento se puede definir como todos los esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que surgen como respuesta para manejar las demandas específicas ya sean externas o internas que resultan ser excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Por esta razón es primordial la implementación o fortalecimiento de estrategias de afrontamiento que permitan a la persona suplir las demandas propias de las situaciones que se presentan a diario; basado en esto surge la importancia de que estas estrategias se implementen de una manera mucho más marcada en pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas, en este caso el presente estudio hace hincapié en aquellos que presentan diagnóstico de Leucemia y deben someterse a tratamiento de quimioterapia.

En palabras de Fernández - Abascal, (1997, p.190), citado en Fernández - Abascal, Palmero, Chóliz y Martínez "Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los

procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes"

Seguido a ello se estable una clasificación en la cual se da a conocer como las estrategias de afrontamiento pueden evidenciarse frente a situaciones de cambio que resultan no deseadas o estresantes, las cuales se rigen bajo las características de cada persona, por lo tanto los estilos de afrontamiento se pueden establecer por:

Según la focalización

En las estrategias de afrontamiento es necesario precisar y aclarar sobre la manera en la que pueden presentarse. Por esta razón Lazarus y Folkman (1984) citado en Castellanos y Páez (2015) dividen las estrategias en 2 grandes grupos:

Afrontamiento dirigido al problema: Está enfocado a la definición del problema, la búsqueda de alternativas de solución, selección y aplicación de las mismas. Se habla de la existencia de dos grupos: Referente al entorno: Dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos y los procedimientos; y Referente al sujeto: Están las estrategias encargadas de los cambios emocionales o cognitivos, como las variaciones del nivel de aspiraciones, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

Afrontamiento Dirigido a la Emoción: se constituye por los procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional; la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos, son las estrategias que se incluyen y se utilizan usualmente en todas las situaciones estresantes.

Según la actividad:

Puede presentarse de manera cognitivo- conductual, dando origen a una respuesta que se requiera un esfuerzo cognitivo dejando en evidencia una acción manifiesta pues en marcha en acciones determinantes para la apropiación de la situación que genera la alteración. Fernández-Abascal, (1998) cita en Loubat, y Cuturrafo (2007)

Según el Método:

Estos pueden ser de tres maneras: a) Activas: La persona hace uso de sus recursos internos y externos focalizados a dar solución a los conflictos; b) Pasivas: No se presenta ningún tipo de actuación o movilización frente a la situación problema; c) Evitación: La persona busca la forma de evadir y no asumir las situaciones e implicaciones. Fernández-Abascal, (1998) cita en Loubat, y Cuturrafo (2007).

Por otra parte en complemento a la respuesta que generan las personas Lazarus (2000), citando a Seyle (1976), describe el modo en que responde el organismo cuando debe movilizarse para manejar los peligros y amenazas a su integridad. Jessor citado por Lazarus (2000), expone que el significado psicológico que elabora una persona sobre un suceso ambiental es la causa próxima de la reacción de estrés y de las emociones que producen, que pueden ser contrastadas con una causa distal. La dimensión proximal-distal se refiere al ordenamiento de varios sucesos de acuerdo con su relevancia personal o cercanía psicológica, es decir, el significado que el suceso tiene para esa persona.

Por otro lado, además de los tipos de afrontamiento, también se encuentran las etapas que están inmersas en el proceso, y que permiten establecer criterios de actuación con relación al afrontamiento, como lo plantean Lazarus y folkman (1986), citado en Castellanos y Páez (2015) estas etapas son:

1. Anticipación: se presenta cuando el evento no ha ocurrido aun y el aspecto principal a evaluar incluye la posibilidad de que el acontecimiento ocurra o no, al igual que el momento en que ocurrirá y la naturaleza de lo que ocurra. Así mismo, hace una evaluación secundaria, en la cual se valora la manera como puede manejar el problema. De manera simultánea al proceso de anticiparse a la situación, sus pensamientos afectan las reacciones ante el estrés y el afrontamiento.

2. Impacto o confrontación: En este periodo los pensamientos y acciones vitales para el control pierden su noción, debido a que el acontecimiento ha iniciado; el individuo inicia un proceso de comparación entre lo que sucede y sus imágenes de anticipación, y al encontrar diferencias se reevalúa su importancia, lo cual lo lleva a hacer una redefinición de la situación.

3. Postimpacto o postconfrontación: Adicional a la continuidad de la redefinición, emergen un conjunto de nuevas consideraciones. Así el evento o acontecimiento estresante haya terminado, al final deja una serie de procesos y afrontamientos que el individuo debe resolver.

Así mismo se presenta un análisis factorial para determinar las estrategias de afrontamiento más comunes según Folkman – Lazarus citado por Lazarus (2000). Creación de significado: la persona atribuye sus reacciones al evento estresante y no a la clase de persona que es.

Aceptación: La persona acepta o se esfuerza por aceptar la conducta o la necesidad de su implicación en un evento estresante.

Encuadre positivo: Se centra en los aspectos positivos y minimiza las repercusiones positivas de afrontar la situación.

Pensar en lo deseado: La persona desea que cambie o se modifique el curso del evento estresor y/o de las estrategias que debe utilizar.

Evitación/Escape: La persona suele apartarse físicamente de las situaciones que le pueden ayudar a superar un evento estresante y que surgen durante periodos breves de tiempo, o evita cognitivamente pensar sobre sus responsabilidades en dicho estado estresante.

Vigilancia: Las personas están en alerta continua y/o mentalmente preocupadas por pensamientos relativos al evento estresante.

Expresión emocional: Se manejan las situaciones expresando abiertamente sus emociones.

Inhibición emocional: El sujeto maneja la situación inhibiendo sus emociones y/o impidiéndose expresarlas.

Expectativas futuras optimistas: Las personas son optimistas y tienen esperanza en relación con su capacidad para manejar las responsabilidades derivadas del acontecimiento estresor en el futuro.

Expectativas futuras pesimistas: El sujeto suele ser pesimista sobre su capacidad para manejar sus responsabilidades en el futuro y/o teme que vaya a sufrir nuevamente ante otra situación

Humor: La persona bromea sobre su evento estresante.

Búsqueda de ayuda: Las personas buscan el apoyo práctico y/o emocional de otras personas.

Manejo verbal de síntomas: La persona maneja la conducta que se presenta en dicho evento estresante con diversas estrategias verbales como explicaciones, cambio de temas, mensajes de tranquilidad, formulando preguntas y dándose autoinstrucciones.

Manejo conductual de síntomas: El sujeto trata su comportamiento con una serie de estrategias conductuales como la ayuda práctica en las tareas, interrumpiendo la conducta que ejecuta con otras actividades que lo distraigan, reordenando el miedo, asumiendo tareas y tomando decisiones.

Independientemente del estresor, se identifican en los individuos preferencias respecto al uso de determinadas estrategias como el "afrontamiento orientado a la tarea", el "afrontamiento orientado a la emoción" y el "afrontamiento orientado a la evitación". De acuerdo con Cantón y Justicia (2009) el modelo predominante a la hora de clasificar las estrategias empleadas para hacer frente a la experiencia de abuso es el de "aproximación-evitación", esta señala que los pensamientos y conductas pueden estar dirigidos hacia la amenaza o por el contrario a alejarse de ella.

En términos generales, estas son las peculiaridades de las estrategias de afrontamiento de los individuos, que pueden estar marcadas por el contexto y las vivencias de cada persona. La respuesta que den a determinada situación va a depender de los factores que rodean su entorno y, a su vez, esas estrategias adaptadas van a ser claves en la superación del problema que enfrentan.

Lazarus y Folkman (citado por Figueroa, 2002) señalan que “el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. De acuerdo a este planteamiento teórico, el individuo está expuesto a constantes cambios de orden conductual y cognitivo los cuales corresponden a los eventos o situaciones en las que estén inmersos, estos

cambios se relacionan directamente con las características ambientales, sociales y personales del individuo y de su familia, el individuo debe caracterizarse por tener o crear repertorios o estrategias para sobrellevar las situaciones estresantes en las que esté expuesto.

Los pacientes diagnosticados con cáncer están sujetos a la constante modificación de sus estrategias de afrontamiento. Según Watson y Greer, citado por la Universidad de Aconcagua, " el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer)". Es decir que de acuerdo a la interpretación que el individuo diagnosticado con cáncer tenga respecto a la enfermedad, lo conlleva a emplear estrategias para disminuir la diversa sintomatología correspondiente a la enfermedad.

El creciente interés por el estudio de las estrategias de afrontamiento es producto de reconocer en ellas un particular modo de responder a las diferentes situaciones que generan estrés, como así también de entender su función positiva de mitigar los efectos nocivos de aquél (Figuerola, 2002). De acuerdo a lo anteriormente expuesto se puede afirmar que es de carácter prioritario y necesario el estudio y análisis de las estrategias de afrontamiento que se generan como el resultado de situaciones estresantes debido a que estas contribuyen a reducir significativamente los efectos de las diversas eventualidades en las que el ser humano puede estar implicado.

Desde los modelos cognitivos de la emoción, se entiende que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que el factor que desencadena la emoción es la interpretación que el individuo hace de tales situaciones. (Martín Díaz, Jiménez Sánchez y Fernández Abascal, 2004). El repertorio emocional que se produzca es

el resultado a los procesos cognitivos, la interpretación que tenga el implicado con respecto a las situaciones estresantes.

Lazarus y Folkman (citado por Figueroa, 2002) afirman que la aparición del estrés y otras reacciones emocionales mediatizan el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza. En un primer momento, de las consecuencias que la situación tiene para el sujeto (valoración primaria) y, en un segundo momento, si esa situación tiene una significación de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria). El paciente diagnosticado con cáncer experimenta estrés de acuerdo a sus esquemas cognitivos, donde se realiza una evaluación o se identifican los aspectos desafiantes o las amenazas que cierta situación puedan generar en el sujeto, por consiguiente emplea mecanismos o estrategias para contrarrestar o mitigar los efectos negativos.

Lazarus y Folkman (citado por Figueroa, 2002). “entienden que el afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente y señalan, además, que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver”.

De acuerdo a esta afirmación teórica, los seres humanos están en continuo cambio el cual está relacionado con determinantes ambientales y de contexto, de esta forma se está obligado a tener una variación constante y acorde a los eventos en los que se exponga. De esta misma forma Everly (citado por Figueroa, 2002) define el Afrontamiento “como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales”. Las diversas estrategias que emplee el sujeto para mitigar o disminuir las situaciones estresantes son consideradas como estrategias de afrontamiento donde tienen la misma importancia y validez las estrategias conductuales o las psicológicas;

Así mismo el ser humano cuando se expone a situaciones estresantes debe establecer estrategias de carácter holístico para generar una oportuna adaptación, Figueroa, (2002).

Girdano; Everly (citado por Figueroa, 2002) Las estrategias de afrontamiento “se pueden clasificar en dos categorías adaptativas o inadaptativas. Las primeras reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, mientras que las segundas reducen el estrés sólo a corto plazo, pero tienen un efecto nocivo en la salud a largo plazo”. El sujeto emplea estrategias para afrontar situaciones, estas estrategias tienen efectos a corto y a largo plazo llegando a influir de forma positiva o negativa en la salud.

Las estrategias de afrontamiento cuentan con diferentes tipos de estilos para afrontar las situaciones en las que el individuo puede estar inmerso.

Fernández-Abascal. (Citado por Figueroa, 2002) afirman que “Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes

Los estilos de afrontamiento se caracterizan por ser subjetivos y parcialmente estables, mientras que las estrategias de afrontamiento están en continuo cambio y se relacionan directamente con el estilo empleado por el sujeto para enfrentar las situaciones estresantes.

Para concluir la definición sobre estrategias de afrontamiento se afirma que es el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que esta situación le genera (Casullo y Fernández Liporace, 2001).

Clasificación De Las Estrategias De Afrontamiento

Clasificación de las estrategias de afrontamiento según Lazarus y Folkman (citado por Figueroa, 2002)

a) *Confrontación*: constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.

b) *Planificación*: apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).

c) *Aceptación de la responsabilidad*: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.

d) *Distanciamiento*: Implica los esfuerzos que realiza por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.

e) *Autocontrol*: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.

f) *Re evaluación positiva*: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

g) *Escape o evitación*: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.

h) *Búsqueda de apoyo social*: Supone los esfuerzos que se realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Lazarus y Folkman (1984) señalan además que algunas estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras se hallan más asociadas a contextos situacionales particulares. Por ejemplo, *pensar positivamente* es relativamente estable y depende sustancialmente de la personalidad; en cambio, la búsqueda de soporte social es inestable y depende principalmente del contexto social (Leibovich, Schmidt y Marro, 2002).

Olson y Mc Cubbin, (citado por Figueroa, 2002). El afrontamiento constituye un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar el evento presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso. Es decir que la variación de las estrategias de afrontamiento es el resultado de la eficacia de la misma, donde se hace réplica de la estrategia si tuvo un resultado positivo para el sujeto, en el caso contrario que el resultado obtenido sea negativo o poco favorable para disminuir la situación automáticamente se cambiará la estrategia de afrontamiento.

Modelo de Ajuste Mental

Gracias a los aportes de la teoría de Lazarus y Folkman, antes mencionada, (Tigroso, 2009), plantearon un modelo de adaptación al cáncer llamado Ajuste Mental al Cáncer. Este modelo estaría centrado en el significado personal que tiene el cáncer para el individuo y las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha para lograr su adaptación.

Moorey y Greer, (citados por Tigroso, 2009). Definen cinco estilos de ajuste mental que presenta el individuo para sobrellevar la enfermedad, y cada uno tendrá su consecuente respuesta emocional. Así vemos que los tipos de ajuste y la emocional que tiene el individuo frente a su estado de salud dependen de la evaluación que el sujeto hace de la enfermedad.

Los cinco estilos que presentan los autores son: Espíritu de Lucha, Evitación/Negación, Fatalismo/Aceptación Estoica, Desamparo/Desesperanza y Preocupación Ansiosa.

Ibáñez; Romero, (citado por Tigroso, 2009). “El Espíritu de Lucha es aquel estilo que se caracteriza por evaluar el diagnóstico del cáncer como un reto personal, sobre el cual tiene un control moderado; es decir, se siente capaz de hacerle frente a la enfermedad considerando que su curación depende en gran medida de lo que realice para controlarla”. Es decir que el espíritu de lucha conlleva a la persona a tener visiones positivas frente a las situación, donde no se evidencian alteraciones emocionales, conductuales ni ansiosas, esta se relaciona con la reevaluación positiva propuesta por Lazarus y Folkman, donde se busca asumir la responsabilidad de forma activa para lograr una evolución adecuada.

Ibáñez & Romero (2000); (citados por Tigroso, 2009). “Estos pacientes pueden tener mejor pronóstico, dado que son individuos activos y eficientes”. El estar activo frente a la enfermedad y con la disposición de tener adherencia al tratamiento aporta a que los tratamientos avancen de forma significativa.

Tigroso, (2009). “Las personas con estilo de Evitación/Negación no perciben amenaza en el diagnóstico de cáncer, sea porque lo evitan o porque realmente no lo aceptan. No se preocupan del control que tengan sobre la enfermedad. Mantienen una

actitud optimista hacia el pronóstico, mostrando pocos signos de ansiedad”. De lo anteriormente expuesto se puede deducir que el evitar o negar la enfermedad en algunos momentos puede ser positivo, ya que se disminuyen los pensamientos con respecto a la situación adversa.

Los pacientes oncológicos, que mantengan Preocupación Ansiosa con respecto a la enfermedad, llegando a interpretarla como situación de amenaza, se les dificulta mantener y establecer el control de la situación y están propensos a recurrir en afecciones emocionales tales como preocupación, tristeza y ansiedad. (Tigroso, 2009).

El Fatalismo/Aceptación Estoica, conlleva una percepción de la enfermedad como amenaza sobre la cual el paciente no siente control; por ello, respecto al pronóstico muestran una actitud de aceptación frente al desenlace “resignándose a su suerte”. Desarrollan estrategias de afrontamiento pasivas, puesto que no desarrollan aquellas dirigidas al problema, depositando la responsabilidad y posibilidades de cura sobre fuentes externas, como los médicos y profesionales de salud. (Tigroso, 2009). Se deduce que las personas que manejen este afrontamiento se caracterizan por ser tranquilos, no afrontan la situación de forma activa, emocionalmente presentan fluctuaciones y están resignados con el pronóstico de la enfermedad llegando a tener una participación poco dinámica en el tratamiento.

Desamparo/Desesperanza se identifica que los pacientes oncológicos se sienten amenazados e invadidos por el diagnóstico, interpretándolo como una gran amenaza o pérdida afectiva, consideran que perdieron el control frente a la situación, instaurando una perspectiva negativa y pesimista con respecto al pronóstico, produciendo una respuesta emocional depresiva donde no genera adherencia al tratamiento.

CAPITULO 2: CÁNCER

El Ministerio de la Protección Social Instituto Nacional de Cancerología (E.S.E 2004). Define que el cáncer no es una sola enfermedad: es el nombre de una variedad de, por lo menos, cien enfermedades muy distintas entre sí y que se produce por el crecimiento anormal y desordenado de las células del cuerpo. Esto es causado por alteraciones celulares ocurridas cuando la clave cromosómica genética ha sido alterada, por lo que las células reciben mensajes erróneos. La célula cancerosa pierde el control de su propio desarrollo, de modo que se divide en más células a mayor velocidad que el resto de tejidos a los que pertenece, sin cumplir las funciones para las que ha sido creada.

Según la definición establecida anteriormente se puede inferir que cuando se habla u expone el término cáncer se hace referencia a un grupo de enfermedades biológicas quienes afectan de forma significativa y progresiva las células del cuerpo humano, este grupo de enfermedades son el resultado de las llamadas células anormales o malignas que suelen tener una manifestación y reproducción significativa, logrando una expansión en diferentes órganos del cuerpo humano llegando a producir metástasis.

En el transcurso del crecimiento anormal de las células se pueden producir dos clases de tumores, malignos y benignos quienes tienen características diferentes en tanto a su función y procesos de invasión del organismo. Los tumores malignos se caracterizan fundamentalmente por tener la capacidad de destruir y afectar diversos órganos, los órganos destruidos o afectados por este tipo de tumores no necesariamente tienen que estar ubicados anatómicamente cerca del tumor principal. El crecimiento y el daño en los diversos órganos y tejidos que son producidos por los tumores malignos llegan a ser un factor que conlleve al paciente con cáncer a la muerte; los tumores benignos tienen características opuestas, siendo estos de crecimiento lento, con un tamaño determinado sin llegar a afectar o a

destruir las células normales de esta manera los tumores benignos no invaden órganos ni células diferentes a la afectada.

El comportamiento y evolución del cáncer es relativo en cada organismo o cuerpo, el desarrollo pleno de la enfermedad depende tanto del órgano afectado como en la etapa en que se realice el diagnóstico. La aparición de esta enfermedad no tiene una edad en el ciclo vital establecida, puede afectar a personas con edad avanzada o incluso a niños y adolescentes generando múltiples cambios.

“El cáncer no se origina por una sola causa, sino que en su generación operan múltiples factores; por eso se dice que el cáncer es una enfermedad multifactorial. De manera amplia, las causas del cáncer se clasifican en dos categorías: externas o internas”. (INC, 2004).

Dentro de los factores internos que emergen en la enfermedad se encuentra la predisposición genética la cual se interpreta como la herencia de un gen o células anormales que pueden haber sido transmitidos de generación en generación, por consiguiente este factor aumenta la probabilidad de obtener la enfermedad. Un porcentaje significativo del desarrollo de la enfermedad es atribuido a causas externas o ambientales, dentro de estas se hace referencia a los elementos o sustancias químicas, agentes físicos y biológicos que interfieren en el las células y las convierten en células cancerígenas. Aspectos tales como el alcohol, consumo de cigarrillo, exposiciones y rayos solares, medicamentos, radiación e infecciones hace parte o son los componentes principales del contexto ambiental que producen la enfermedad.

Diagnóstico Del Cáncer

Según el Ministerio de la Protección Social Instituto Nacional de Cancerología (E.S.E, 2004). “En la mayoría de los casos, el diagnóstico del cáncer se realiza mediante una o varias pruebas de laboratorio, imágenes radiológicas y biopsias del tejido afectado, de acuerdo con el tipo de cáncer en estudio”. Estas pruebas son realizadas por personal especializado en cada área. El diagnóstico determina el grado de avance de la enfermedad, es decir, dónde está localizado el cáncer, qué tan afectado está el órgano y el tipo de tratamiento que se debe aplicar. Cuando el diagnóstico de la enfermedad es oportuno y el crecimiento de los tumores y la reproducción de las células se encuentra en un proceso inicial es un componente fundamental para lograr el manejo y el tratamiento eficaz de la enfermedad.

Tratamiento del Cáncer

El paciente con cáncer está expuesto a diversas técnicas o herramientas que son empleadas en diversos estados o momentos de la enfermedad, estas técnicas son empleadas para contrarrestar la evolución y la invasión de nuevos órganos por parte de las células anormales, a continuación se realizará una contextualización de las técnicas usadas por los profesionales de la medicina.

La cirugía es la técnica más antigua para el tratamiento del cáncer. Consiste en la extirpación del tumor o del tejido afectado. (INC, 2004)

La cirugía es un método simple y seguro de curación de la mayoría de los tumores sólidos cuando se encuentran confinados al órgano de origen. Desafortunadamente, cuando el paciente se presenta ante el médico con un tumor sólido, en la mayoría de los casos (80%) ya presenta micro metástasis o metástasis a distancia (invasión).

Cuando el cáncer ha invadido un órgano diferente al primario, la cirugía se debe extender a diferentes zonas para contrarrestar la metástasis y por consiguiente lograr la curación del paciente.

Las personas al tener una alta predisposición de adquirir la enfermedad ya sea por causas genéticas, por la adquisición de un gen anormal, o por tener obstrucciones malignas en órganos específicos, la cirugía es una técnica medica acertada lo que disminuirá de forma considerable la instauración o adquisición del cáncer, en el caso en que la enfermedad esté instaurada o haya realizado metástasis en algún órgano ya se inicia con la aplicación e intervención con diferentes tratamientos médicos.

Quimioterapia

(INC, 2004). Se trata de un tratamiento en el que se emplean medicamentos (drogas) para destruir las células tumorales. Existen varias clases de medicamentos anticancerosos que actúan de diferentes formas dentro del cuerpo. Una de ellas, la más frecuente, es la que bloquea la capacidad de reproducción de las células. De acuerdo con el tipo de cáncer, el especialista ordena la utilización de una o varias drogas, los medicamentos pueden administrarse oralmente o inyectarse de manera directa en la sangre.

Adicionalmente se puede decir que la quimioterapia es un tratamiento que varía según el tipo de cáncer diagnosticado, el órgano afectado, etapa o evolución del cáncer, estos factores son fundamentales para determinar el tiempo de duración de la quimioterapia; Usualmente, estos medicamentos son agresivos y no sólo destruyen las células cancerosas sino que además pueden afectar a las células normales. Esto produce efectos secundarios tales como la caída del pelo, fatiga, pérdida notoria de peso y debilidad. (INC, 2004).

Estos cambios o efectos secundarios de la quimioterapia son quienes inducen al paciente a realizar modificaciones o a emplear las estrategias de afrontamiento y por intermedio de ellas asimilar los cambios propios de la enfermedad para lograr el mejoramiento de su calidad de vida y el control de emociones.

Radioterapia

Consiste en el uso de rayos similares a los rayos X, en altas dosis, para eliminar células cancerosas y reducir el tamaño del tumor. Para la radioterapia se usan equipos especializados que dirigen la radiación hacia los tumores o áreas del cuerpo donde se encuentra la enfermedad. Pueden ser rayos X, bombas de cobalto o aceleradores de partículas; es decir que con la radioterapia se eliminan las células anormales o cancerígenas que están afectando los órganos, ya que la radiación extingue la capacidad de multiplicación y crecimiento de las células anormales. (INC, 2004).

La radiación puede usarse antes de la cirugía para reducir el tamaño del tumor y después de la cirugía para detener el crecimiento de cualquier célula cancerosa que permanezca en el cuerpo. Cuando no es posible curar el cáncer, la radioterapia puede dar alivio al reducir el tamaño de los tumores, reducir la presión dolorosa sobre otros órganos y mitigar las hemorragias y otros síntomas del cáncer. Esto se conoce como tratamiento paliativo. (INC, 2004).

Según lo anteriormente mencionado cuando la invasión celular no se puede contrarrestar con la radioterapia se emplea este tratamiento para mitigar la sintomatología y los efectos en el paciente lo que contribuye en el mejoramiento de la calidad de vida.

Cuando la evolución de las células anormales, no puede ser controlada, se practican estos tratamientos como fase de cuidados paliativos, donde se busca disminuir los síntomas

y afecciones, esto se realiza con el objetivo de brindarle una mejor adaptabilidad al paciente oncológico.

Así mismo existen dos tipos de radioterapia: la interna y la externa.

Para la radioterapia externa, el paciente no tiene que hospitalizarse. Este tipo de radioterapia no vuelve radioactiva a la persona; el paciente podrá estar tranquilamente con otras personas, incluyendo los niños, sin temor a transmitir radiación. La radioterapia interna consiste en aplicar internamente una dosis de radiación a un órgano en particular. Este tipo de irradiación se utiliza para cáncer de cabeza y cuello, mama, útero y cuello del útero, tiroides y próstata; en algunas oportunidades se necesita la hospitalización. El implante va perdiendo energía a medida que pasa el tiempo, de manera que, cuando él o la paciente salga del hospital, el nivel de radiación será mínimo. (INC, 2004)

De lo anterior mente expuesto, se puede deducir que el hecho de que el paciente sea tratado con elementos radioactivos no pueda relacionarse con las demás personas, ni realizar actividades de contacto social, ya que estos componentes del tratamiento no se transmiten por el contacto directo con la persona.

Ministerio de la Protección Social, afirma que el número de sesiones de radioterapia dependerá del tipo de tumor, su localización, el equipo de radioterapia que se piense utilizar y la respuesta individual de cada paciente al tratamiento. Los efectos secundarios más comunes de la radioterapia son la fatiga, los cambios en la piel y la pérdida del apetito. El cansancio o fatiga es el efecto más común, se presenta particularmente al final del tratamiento y puede durar varios días. (INC, 2004)

De lo anteriormente expuesto se puede inferir que los síntomas producidos por la radioterapia son transitorios y varían de acuerdo al paciente y al tipo de cáncer, donde el

paciente después de un determinado tiempo de estar expuesto al tratamiento llega a un estado de normalidad sin efectos secundarios.

Adicionalmente a los tratamientos con quimioterapia y radioterapia existen tratamientos secundarios o adicionales tales como la Terapia fotodinámica que un tipo reciente de tratamiento, en el que se emplean medicamentos especiales y luz para eliminar las células cancerosas. (INC, 2004).

Terapia hormonal: Consiste en la administración de drogas que inhiben o estimulan la generación de hormonas en el organismo, con el fin de controlar la velocidad de crecimiento, multiplicación y muerte de las células tumorales, teniendo en cuenta que muchos cánceres dependen de los niveles hormonales (por ejemplo, los de mama y próstata). Esta terapia está asociada con la quimioterapia donde se le suministran medicamentos al paciente teniendo en cuenta el tipo de cáncer y etapa en la que se encuentra. (INC, 2004).

Terapia biológica (inmunoterapia): Consiste en lograr que el mismo cuerpo combata el cáncer. Emplea sustancias generadas por el organismo o elaboradas en un laboratorio, para estimular, dirigir o restaurar las defensas naturales del cuerpo contra la enfermedad. Con este tratamiento se pretende que el organismo o el cuerpo humano sea el responsable de combatir las células anormales por intermedio de sustancias segregadas por el mismo cuerpo como medidas o mecanismos de defensa biológicos. (INC, 2004).

Trasplante de médula ósea, consiste en la aplicación directa en la sangre de células sanguíneas “madres” que se obtienen de la aspiración de la parte interna de algunos huesos (médula ósea) de otras personas (donación alogénica) o se extraen del propio paciente antes de la terapia (donación autóloga). Este tratamiento es realizado a los pacientes quienes han

sido sometidos a largos y extensos tratamientos de quimioterapia o radioterapia. (INC; 2004).

Leucemia.

Cáncer que empieza en el tejido que elabora la sangre, como la médula ósea, y hace que se produzcan grandes cantidades de glóbulos y que entren en el torrente sanguíneo.

Leucemia Linfoblástica Aguda

Tipo de leucemia de crecimiento rápido (cáncer de la sangre) en el que se encuentra demasiados linfoblastos (glóbulos blancos inmaduros), tanto en la sangre como en la médula ósea. También se llama LLA y leucemia linfocítica aguda.

Leucemia linfoblástica aguda de células B.

Tipo de leucemia (cáncer de la sangre) en el que se encuentra demasiado linfoblastos (glóbulos blancos inmaduros) de células B en la sangre y la médula ósea. Es el tipo más común de leucemia Linfoblástica aguda (LLA). También se llama leucemia Linfoblástica de células B precursoras y leucemia linfocítica aguda de células B.

Leucemia Linfoblástica aguda de células T.

Tipo de leucemia (cáncer de sangre) en la que se encuentran demasiados linfoblastos (glóbulos blancos inmaduros) de células T en la sangre y en la médula ósea. También se llama leucemia linfocítica aguda de células T y leucemia Linfoblástica de células T precursoras.

Leucemia Linfoblástica crónica.

Tipo de leucemia que evoluciona lentamente (cáncer de la sangre), en la cual se encuentran demasiados linfoblastos (glóbulos blancos inmaduros) en la sangre y la médula ósea. También se llama leucemia linfocítica crónica y LLC.

Leucemia Linfoblástica de células B precursoras.

Tipo de leucemia (cáncer de la sangre) en el que se encuentran demasiado linfoblastos (glóbulos blancos inmaduros) de células B en la sangre y la médula ósea.

Linfocito.

Tipo de glóbulo blanco. Los linfocitos tienen numerosas funciones en el sistema inmunitario, como la producción de anticuerpos y otras sustancias que combaten las infecciones y otras enfermedades.

Quimioterapia.

Tratamiento con medicamentos que destruyen las células cancerosas.

Quimioterapia citotóxica.

Medicamentos contra el cáncer que destruyen células, especialmente las células cancerosas.

Quimioterapia con dosis densa.

Plan de tratamiento con quimioterapia en el cual se administran medicamentos de forma más seguida entre una y otra administración, que en un plan de tratamiento estándar de quimioterapia.

Quimioterapia de combinación.

Tratamiento en el que se usa más de un medicamento contra el cáncer.

Quimioterapia de dosis alta.

Tratamiento intensivo con medicamentos que se aplica para destruir células cancerosas, pero que también destruye la médula ósea y puede causar otros efectos secundarios graves. Por lo general, después de la quimioterapia de dosis alta se realiza un trasplante de médula ósea o de células madre para reconstruir la médula ósea.

Quimioterapia intraperitoneal.

Tratamiento en el que se colocan medicamentos contra el cáncer directamente en la cavidad abdominal, a través de un tubo delgado.

Quimioterapia intratecal.

Tratamiento mediante el que se inyectan medicamentos contra el cáncer en el espacio lleno de líquido que está entre las capas delgadas de tejido que cubren el cerebro y la médula espinal.

Quimioterapia regional.

Tratamiento con medicamentos contra el cáncer dirigidos a un área específica del cuerpo.

Quimioterapia sistémica.

Tratamiento con medicamentos contra el cáncer que viajan por la sangre hasta las células de todo el cuerpo.

Quimioterapia tópica.

Tratamiento con medicamentos contra el cáncer en forma de crema o loción que se aplican sobre la piel.

Recuento de glóbulos sanguíneos.

Prueba para verificar el número de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas en una muestra de sangre. También se llama recuento sanguíneo completo y RSC.

Recuento sanguíneo completo.

RSC. Prueba para verificar el número de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas en una muestra de sangre. También se llama recuento de glóbulos sanguíneos y RSC.

PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS

El paciente diagnosticado con cáncer presenta diferentes cambios y transformaciones en su funcionalidad, tales cambios son evidenciados en el desempeño personal, familiar y en el contexto espiritual, por ende es importante realizar un abordaje psicológico, donde se incluya en el tratamiento la familia y los cuidadores primarios debido a que están directamente relacionados con el transcurso y avance de la enfermedad, la Psicooncología realiza diversas intervenciones entre ellas en las áreas emocionales, cognitivas, sociales y adaptativas del paciente diagnosticado con cáncer.

Green, citado por Alarcón Sequeiros (2004) afirma “que la Psicooncología se centra en el estudio científico de la persona que desarrolla el cáncer. La considera como una ciencia que relaciona aspectos psicológicos y sociológicos del cáncer. Considera de gran importancia el cuidado del paciente”. Es decir que la Psicooncología centra sus intereses de estudio y de aplicación de herramientas de intervención en el ser humano y de su funcionalidad a nivel psicológico y social lo que conlleva al mejoramiento de la calidad de vida del paciente diagnosticado con cáncer.

De igual forma que los tratamientos médicos, la psicología busca el mejoramiento y la funcionalidad del paciente conllevándolo a tener una mejor calidad de vida, (Alarcón, 2004). El tratamiento psicológico del paciente de cáncer tiene como objetivo “mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como del entorno familiar. Por otro lado, en todo momento la intervención psicológica ha de estar integrada con el servicio de atención médica multidisciplinar”.

El tratamiento para pacientes con cáncer debe ser de carácter multidisciplinar, donde la atención se centre en el mejoramiento de la funcionalidad a nivel personal y familiar, las

diferentes intervenciones que el paciente reciba tienen que tener un enfoque interdisciplinar cuyo objetivo es mejorar el desempeño integral de los contextos implicados por la enfermedad.

Objetivos de la Psicooncología

La Psicooncología tiene diversos objetivos, los cuales están direccionados al mejoramiento de la calidad de vida tanto del paciente diagnosticado con cáncer como la de su familia, donde aborde los aspectos psicológicos, sociales, familiares y ambientales.

Según Bayes (1990) estos son los objetivos de la Psicooncología

a. La prevención primaria: a través de la detección e intervención sobre los factores psicosociales que pueden estar influyendo en el origen del cáncer. Se lleva a cabo antes de que surja la enfermedad y tiene como objetivo impedir su aparición. En este sentido, la reducción de la incidencia del cáncer repercute favorablemente en los sistemas de salud, lo que asimismo reduce la carga de trabajo y ahorra sufrimiento, tiempo y dinero a la sociedad.

b. La prevención secundaria: mediante la detección e intervención en los factores psicológicos más importantes que permiten facilitar la detección precoz del cáncer. Es evidente que cuanto más pronto se detecta un cáncer mayores posibilidades existen de superar la enfermedad, la labor del psicólogo podría resultar especialmente valiosa elaborando programas de entrenamiento que mejorasen la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes con el fin de conseguir una óptima calidad didáctica y la máxima difusión posible de la información, así como en el diseño de las estrategias más eficaces para que los ciudadanos consigan adquirir hábitos autónomos de cumplimiento sistemático.

c. La intervención terapéutica, la rehabilitación y/o los cuidados paliativos: intervención en la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente.

d. La investigación: como en el resto de campos, los estudios científicos en psicología son fundamental para propiciar su desarrollo y crecimiento.

Cuidados paliativos

La Organización mundial de la salud OMS, citada por Dulitzky, S; Schivelband, G. define los cuidados paliativos como un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad en potencia mortal, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

De lo anteriormente expuesto se puede afirmar que tanto los pacientes diagnosticados con una enfermedad terminal como su familia deben contar con tratamientos efectivos y adecuados los cuales interfieran de forma positiva en el mejoramiento de la salud mental y física, dichos tratamientos están dirigidos a mejorar la calidad de vida en los múltiples contextos en los que se desempeña el paciente tales como el contexto familiar, contexto social y los aspectos espirituales en los que se encuentran inmersos.

Los cuidados paliativos centran su atención o su principal herramienta se basa en la praxis humanista, es decir centra la atención en el cuidado de la persona, mas no en su patología como tal, adicionalmente busca fortalecer o realizar intervenciones en el entorno en el que el paciente está incluido y de esta misma manera mejorar el funcionamiento y la

adaptabilidad del paciente oncológico; por consiguiente los cuidados paliativos son de carácter holístico, se realizan con direccionamiento de un equipo interdisciplinar, donde el paciente y su familia son la base del tratamiento. (Dulitzky, S; Schivelband, G, 2007)

Los cuidados paliativos proporcionan alivio del dolor y otros síntomas angustiantes; reafirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no pretenden acelerar o aplazar la muerte; integran los aspectos psicológicos y espirituales de la asistencia al enfermo; ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como puedan hasta la muerte; emplean un enfoque de equipo para abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluida la orientación para afrontar la pérdida de un ser querido, cuando sea pertinente; mejoran la calidad de vida y también pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad”.

Los cuidados paliativos abarcan en su totalidad todas las áreas de funcionamiento del paciente diagnosticado con la enfermedad crónica o terminal; logrando intervenir múltiples aspectos con el único fin u objetivo de mejorar la calidad de vida y de acuerdo al caso instruir al paciente y a su familia en el proceso de aceptación de la muerte; el desarrollo de los cuidados paliativos se inicia desde el momento que se realiza el diagnóstico, durante las diferentes intervenciones terapéuticas y en dado caso hasta la muerte del paciente.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la responsabilidad fundamental de los profesionales de la salud en cuanto al alivio del sufrimiento de los pacientes no puede cumplirse a menos que los cuidados paliativos tengan prioridad dentro de los programas de salud pública y de control de enfermedades". Los cuidados paliativos deben estar incluidos en los programas de salud, en el contexto colombiano deben estar incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), debido a los altos costos económicos que estos representan; durante el desarrollo de los cuidados paliativos se generan diversos

cambios los cuales influyen de manera significativa en el proceso, tratamiento y evolución de la enfermedad.

Según Dulitzky; Schtivelband. (2007)“ El mayor riesgo de un paciente o de su familia, en cualquiera de las áreas (física, psicológica, social o espiritual) hace que esté recomendado un determinado nivel aunque en las otras el nivel sea menor”. En la intervención de los cuidados paliativos es necesario que los recursos humanos estén capacitados, que estos cuidados se ejecuten bajo lineamientos de equipos interdisciplinarios competentes con la capacidad de intervenir en los diversos estadios o ambientes de funcionamiento del paciente crónico y de su familia.

El equipo interdisciplinario en cuidados paliativos generalmente está constituido por un médico, médico especialista, profesional, enfermero(a) psicólogo(a) y profesional en trabajo social; este equipo debe estar en funcionamiento de las necesidades de cada paciente, de su familia y su entorno, para lograr fortalecer la calidad de vida y la funcionalidad del paciente.

TRASTORNO ADAPTATIVO

El diagnóstico de cáncer y su tratamiento conlleva un impacto emocional significativo que influye sobre el proceso de adaptación al cáncer, mismo que puede verse perturbado por la presencia de diversos niveles de distrés en casi todos los pacientes y sus familias, así como por la presencia de trastornos mentales, de los cuales los más frecuentes son justamente los denominados trastornos adaptativos, respecto a lo cual existe todavía información limitada.

El proceso de adaptación al cáncer, es el despliegue de pensamientos, comportamientos y acciones orientadas a la reorganización y ajuste de las situaciones de la vida, modificadas, moduladas o perturbadas por la aparición del cáncer, tiene carácter universal e ineludible. Todos los pacientes con cáncer atraviesan en forma variable y dinámica las diversas fases, magistralmente descritas por Kubler Ross como: Negación; enojo-ira; regateo; depresión y aceptación. Este proceso es favorecido por la comunicación adecuada del diagnóstico, por la temprana y oportuna detección del cáncer, por el adecuado uso de los recursos individuales internos (personalidad madura, ausencia de enfermedad mental) y externos (estabilidad familiar, laboral, buena red de apoyo social) del paciente, y por contar con información realista y no distorsionada sobre el cáncer.

Cuando dichas condiciones no son apropiadas, los pacientes experimentan distrés en diversos grados de severidad y en algunos casos progresan al desarrollo de trastornos adaptativos.

Distrés y cáncer.

El distrés es una experiencia emocional displacentera de naturaleza multifactorial, psicológica (cognitiva, conductual, emocional), social y/o espiritual, que interfiere con la capacidad para enfrentar el cáncer en forma efectiva, sus síntomas físicos y su tratamiento.

El distrés se extiende a lo largo de un continuo de sentimientos normales de vulnerabilidad, tristeza y miedo, hasta problemas que pueden ocasionar discapacidad, tales como depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y crisis existenciales o espirituales.

El distrés no constituye un trastorno mental; sin embargo, su persistencia puede progresar en conjunto con otros factores de riesgo hacia diversos trastornos mentales, dentro de los cuales los más comunes son los de trastornos adaptativos.

Trastornos adaptativos.

Los trastornos adaptativos fueron descritos por primera vez en 1968 en la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-II, como «disturbios situacionales transitorios, y en la octava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 8, como «reacciones situacionales transitorias» y los englobaba con los trastornos de personalidad, neurosis y otros trastornos mentales no psicóticos.

La característica esencial del trastorno adaptativo, según la cuarta edición del texto revisado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los tres meses siguientes al inicio del estresante (criterio A).

La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable dada la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica) (criterio B).

Esta categoría no debe utilizarse si el trastorno cumple los criterios para otro trastorno específico.

Criterios diagnósticos para los trastornos adaptativos según el Manual DSM-IV-TR:

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante. 2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del eje I o el eje II.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de seis meses. Especificar si: Agudo: Si la alteración dura menos de seis meses. Crónico: Si la alteración dura seis meses o más.

Subtipos de trastornos adaptativos según criterios diagnósticos del Manual DSM-IV-TR. Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, el cual se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes.

El estresante específico puede señalarse en el eje IV. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo: Las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza. Trastorno adaptativo con ansiedad: Las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud;

o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación. Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo: Las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.

Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento: La manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad. Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento: Las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales (por ejemplo, depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento.

Trastorno adaptativo no especificado: Debe usarse para las reacciones desadaptativas (por ejemplo, quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral) a estresantes psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno adaptativo del eje I (por ejemplo, trastorno por ansiedad o del estado de ánimo) o es simplemente exacerbación de un trastorno preexistente del eje I o del eje II (criterio C).

Sin embargo, puede diagnosticarse un trastorno adaptativo en presencia de otro trastorno del eje I o del eje II, si este último no explica el conjunto de síntomas que han aparecido en respuesta al estresante. El diagnóstico de trastorno adaptativo no se aplica cuando los síntomas representan una reacción de duelo (criterio D).

Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias) (criterio E). Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un periodo prolongado (por ejemplo, más de seis meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico (por ejemplo, una enfermedad médica

incapacitante y crónica) o a un estresante con repercusiones importantes (por ejemplo, dificultades económicas y emocionales a partir de un divorcio). La duración de los síntomas se precisa como agudo cuando persisten por menos de seis meses, o crónico cuando persisten durante seis meses o más.

En general el concepto de afrontamiento se usa sin hacer distinción entre estrategias adaptativas o no adaptativas, pues la idea de lo que es el afrontamiento, en general, se separa de sus resultados (Crespo y Cruzado, 1998; Rowland, 1989b), no obstante, sí hay autores, según se señala a continuación, que señalan dicha distinción.

Carver y colaboradores (1993) establecen esta distinción y clasifican las estrategias en dos grupos, uno que incluiría las estrategias teóricamente no adaptativas o de tipo neurótico (Desconexión mental y conductual, Negación, Centrarse en las emociones y desahogarse) y otra en el que estarían las estrategias adaptativas (que serían las demás). Se ha encontrado una asociación negativa entre ambos grupos de estrategias (adaptativas y no adaptativas) en un estudio sobre el afrontamiento en pacientes con cáncer de mama (Carver et al., 1993).

Hay estrategias que pueden ser o no adaptativas en función de diferentes circunstancias. Por ejemplo la negación en general se considera como no adaptativa, pero si se da en los momentos iniciales tras el diagnóstico es una estrategia que puede resultar adaptativa (Hamburg & Adams, 1967; Lazarus y Folkman, 1986).

Dunkel-Schetter y colaboradores (1992) hallan que los estilos de afrontamiento más activos se relacionan con una mejor adaptación a la situación de padecer un cáncer que los estilos de afrontamiento caracterizados por la evitación.

Bayés (2006) diferencia las estrategias efectivas de afrontamiento de las no adaptativas en función de sus consecuencias positivas o negativas respectivamente, para el

sujeto que las utiliza. Hamburg y Adams (1967) hacen una diferenciación similar al señalar las características de los pacientes que ante una enfermedad somática tienen una recuperación psíquica adecuada, siendo las estrategias de afrontamiento más adecuadas si mantienen el malestar psíquico dentro de límites manejables, mantienen la autoestima, mantienen las relaciones con personas significativas de una forma satisfactoria, llevan a la persona a acciones para recuperar su salud física e incrementan la probabilidad de mantener la sensación de tener una personalidad valorada y aceptada socialmente después de haberse recuperado físicamente.

FAMILIA

Conceptualización de Familia

La familia es el primer contacto que un individuo tiene con la realidad, son estos un vínculo primario importante en el desarrollo del recién nacido, puesto que es la familia los que van a generarle una confianza – desconfianza del mundo, seguridad – inseguridad, dependiendo de las pautas crianza que empleen. La familia es el núcleo central en una sociedad que está conformado por un hombre y una mujer en búsqueda de un objetivo en común, los cuales conviven bajo el mismo techo, estableciendo ciertos acuerdos y reglas de manera implícita y explícita, según (Guío,R., 2009)

“En Colombia la familia es reconocida por la Constitución como la institución más importante en el ordenamiento jurídico colombiano, que por el carácter de entidad social cambiante a lo largo del tiempo, y por causa de las circunstancias históricas, políticas, sociales y económicas que la rodean es reconocida como el núcleo de la sociedad.” (2009)

Siendo la familia el núcleo de la sociedad es de real importancia el buen desarrollo de la misma, y el establecimientos de los adecuados vinculo afectivos entre los miembros, según la OMS define a la familia como una unidad biopsicosocial, integrada por un núcleo variable de personas ligadas por vínculos de consanguineidad (parentesco), matrimonio y/o pareja estable, que viven en un mismo hogar con sentimientos afectivos que los unen. Citado por (Cabrera & Ferraz, 2010)

De modo que las personas que son cercanas y con quienes se ha desarrollado un vínculo afectivo fuertes o se han creado unas pautas de interacción, pueden llegar a ser consideradas parte de la familia, quizás no genéticamente pero si emocionalmente, además

de ser la familia un intermediario entre el individuo y la sociedad (individuo – familia – sociedad).

Conformación de la familia

Así como el ser humano pasa por distintas etapas: nace, crece, se reproduce y muere, o nace, es infante, adolescente, adulto joven y adulto mayor, la familia también pasa por distintos ciclos, una de las primeras etapas es el noviazgo en el cual se establece una interacción con la persona que llama la atención y posteriormente se inicia el establecimiento de vínculos afectivos.

Influencia de la familia y la familia como red de apoyo

Una persona con una autoestima alta percibe todo su ser de un modo positivo, y no está preocupada por acciones o reconocimientos puntuales, para obtener este nivel de desarrollo, se requiere de un clima de aprecio positivo incondicional, es decir, un ambiente en el que las personas se sientan valoradas considerablemente, sin depender del tipo de comportamientos que pueda tener en ciertas ocasiones sean estos aprobados o rechazados. De esta manera se critican o reprueban ciertas conductas y no las personas.

En las familias que se forman y desarrollan con una autoestima sana Rogers y Russell (2002) citado por (Benaim, D, 2005) manifiestan que “el aprecio positivo incondicional implica la aceptación cálida de cada uno de los miembros de la familia”. Es decir que dicha aceptación no está condicionada por la simpatía, la identificación emocional o por las conductas, sino que la aceptación es de la persona en su totalidad como del miembro de la familia con quien se ha desarrollado un vínculo.

De esta forma la familia es de real influencia para un individuo puesto que además de ser estos el grupo de apoyo primario, son estos los que ayudan a la construcción del autoestima como se mencionó anteriormente al ser ellos seres incondicionales generan seguridad de sí mismo, además de autoconfianza y un autoconcepto positivo, ya que se refuerza lo positivo se corrige lo negativo o poco provechoso y se da a conocer no solo defectos sino también virtudes del individuo. Por ende la actitud de aprecio y aceptación facilita el que la persona pueda tener un autoconcepto.

Las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno tienen la necesidad de recibir un acompañamiento de calidad para afrontar cada uno de los cambios que va a manejar durante sus procesos de conciencia de la enfermedad y adherencia al tratamiento es por esto que debe contar con una red de apoyo primario donde se involucra los familiares, el cuidador o las personas que pasan mayor tiempo con ella, el equipo interdisciplinario también cumple un papel importante en esta fase puesto que son los que van a suministrar la noticia al paciente, informar de sus evoluciones, educar frente a los procedimientos, acompañar en las crisis de ansiedad, brindar herramientas para el aumento del autoestima.

Desde el momento que se genera el diagnóstico en la paciente la red de apoyo primario debe estar dispuesto a pasar mayor parte de su tiempo acompañando el proceso haciendo conciencia de realizar vínculos emocionales, influenciar positivamente, brindar herramientas al momento de reestructurarse el autoconcepto y autoimagen, todo esto con el fin de favorecer el autoestima de la mujer con cáncer de seno teniendo en cuenta que son ellos las personas que tienen mayor empatía y pueden lograr mayores resultados.

La familia debe realizar una reestructuración de sus actividades diarias se debe mejorar el diálogo entre cada uno de los miembros de la familia, conocer la prioridad del momento sin descuidar a los demás integrantes de igual forma se debe acompañar a la

mujer con cáncer de seno en el manejo del tiempo libre, si ya la paciente tiene pareja o esposo debe este ser asertivo con cada uno de los comentarios que realice frente al diagnóstico de su pareja, no realizar cambios repentinos en la conducta, mostrar conductas afectivas y seguir buscando espacios para compartir juntos.

Familia y manejo del integrante con cáncer

A lo largo de la vida, las familias atraviesan por cierto tipo de crisis, existen ciertas crisis inesperadas, las cuales son aquellas que aparecen bruscamente, Estos tipos de crisis pueden ser atravesadas por las personas o familias de distintas maneras dependiendo de los recursos psíquicos que posean cada una de estas y las experiencias previas aprendidas, brindando herramientas con las cuales buscarían formas para afrontar esos tipos de circunstancias y adaptación para enfrentar nuevos desafíos como lo es el de la aceptación de un integrante con cáncer en la familia.

El diagnóstico de cáncer, ocasiona un impacto en la familia y la red social del paciente, que implica reacciones que van desde lo biológico hasta lo comunitario y económico. Estas reacciones son determinantes en la forma de afrontar la familia el proceso de enfermedad de uno de sus miembros, llevando a un nuevo equilibrio u homeostasis familiar ó a la disolución de la misma. La OMS define a la familia como una unidad biopsicosocial, integrada por un núcleo variable de personas ligadas por vínculos de consanguineidad (parentesco), matrimonio y/o pareja estable, que viven en un mismo hogar. Los médicos de familia concebimos “la Familia” como un sistema abierto en constante interacción con el exterior, “la Sociedad”, en la que está también inserta. El funcionamiento de esta unidad se define por causalidad Circular. (Cabrera & Ferraz, 2010)

La Familia desde su formación pasa por una serie de etapas, que constituyen el Ciclo Vital Familiar, intercaladas por “crisis” como sucede en la adolescencia, ó cuando uno de los miembros de la misma padece una enfermedad. Muchas de las enfermedades

crónicas, así como las que tienen riesgo de muerte generan en el seno de la familia un impacto negativo. El cáncer impone estrictas e inmediatas demandas a la totalidad del sistema familiar, las que dependerán de la severidad, grado de incapacidad, percepción de la deformación, pronóstico de vida y tipo de tratamiento. (Cabrera & Ferraz, 2010) Cada integrante de la familia debe estar dispuesto a afrontar cada una de las crisis para poder manejar las situaciones, así como puede lograr un impacto negativo también lo puede hacer de forma positiva brindando un sentido de unión o de vida a la familia para mantener buenas relaciones entre ellos.

Cada integrante se ve afectado emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la vida cotidiana así como en la percepción del sentido de la vida. Durante el proceso de enfermedad las familias viven ciclos repetitivos de enojo, desamparo, frustración, falta de control, de ajuste y readaptación. Se percibe la enfermedad como potencial peligro de desintegración o como una oportunidad para el fortalecimiento, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y expectativas de cada miembro. Las estrategias de un enfermo también está determinada por la forma en que su familia enfrente la enfermedad. (Cabrera & Ferraz, 2010). El manejo de estas emociones debe ser en conjunto teniendo en cuenta que este círculo familiar de apoyo va afrontando las mismas dificultades durante el proceso y es por esto que la comunicación debe ser la principal herramienta que utilicen para aumentar el apoyo emocional y así enfocar un mejor manejo con la paciente diagnosticada con cáncer en el seno.

La necesidad de apoyo y relaciones familiares o sociales tiene un valor para el ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. El enfermo requiere comunicarse con otras personas, establecer amistad o relación con ellas, manifestarles y recibir afecto, vivir en familia o en comunidad, pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de éste, lo que hace que el apoyo emocional y social sea clave para el bienestar de los individuos, parejas, grupos, familias, especialmente en los momentos de transición, crisis o acontecimientos vitales estresantes como puede ser un diagnóstico de cáncer. En la medida

en que la que el enfermo cuente con apoyo externo, la adaptación será más fácil y con menos implicación emocional. (Yélamos & Fernández, 2011)

De manera que la familia y la calidad de vida del paciente oncológico están relacionado en gran magnitud , puesto que como se ha mencionado en el presente capítulo a mayor apoyo mayor adherencia al tratamiento, mejores estrategias de afrontamiento y por ende sus áreas emocionales, sociales, familiares, no se deterioraran de manera significativa, puesto que aunque se tenga el apoyo de la familia el diagnóstico de la enfermedad crónica genera cierto estrés acarreado cambios en el estado de ánimo. Pero no llevara aun aislamiento permanente ya que cuenta con el soporte de la familia y tendrá la facilidad de redefinir su proyecto de vida y estilo de vida para poder seguir viviendo, es decir tomara una actitud activa ante la enfermedad.

La familia siempre va ser el primer apoyo para alguno de los miembros de esta, es por eso que desde el área de la psicología se debe enfocar en realizar un entrenamiento a la familia buscando siempre de esta forma mejorar la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama, teniendo en cuenta que al momento de la mujer recibir el diagnóstico hasta el momento que se le realice la mastectomía pasa por un duelo que debe ser superado, este duelo puede generar en ella baja autoestima, dificultades en su autoimagen, pérdida del autoconcepto, desvaloración de la vida entre otras dificultades psicológicas que genera crisis a nivel personal y familiar necesitando realizar una reestructuración de estas dos áreas para avanzar en el proceso de manera significativa y mejorar la calidad de vida de la paciente.

REFERENTE LEGAL

Para la realización de la tesis de pregrado se tienen en cuenta la Ley 1090 de 2006 de la profesión de Psicología, y a su vez la Ley No.1733 8 de Septiembre de 2014 enmarcada en los cuidados paliativos.

Ley 1090 DE 2006

De la Profesión de Psicología

Artículo 1°. Definición. La Psicología es una ciencia sustentada en la Investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable a favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida.

Artículo 2°. De los Principios Generales. Los psicólogos que ejercen su profesión en Colombia se registrarán por los siguientes principios universales:

I. Responsabilidad. Al ofrecer sus servicios los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta.

II. Competencia. El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad compartida por todos los psicólogos interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo. Los psicólogos reconocerán los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Solamente prestarán sus servicios y utilizarán técnicas para los

cuales se encuentran cualificados. En aquellas áreas en las que todavía no existan estándares reconocidos, los psicólogos tomarán las precauciones que sean necesarias para proteger el bienestar de sus usuarios. Se mantendrán actualizados en los avances científicos y profesionales relacionados con los servicios que prestan.

III. Estándares Morales y Legales. Los estándares de conducta moral y ética de los psicólogos son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos. Con relación a su propia conducta, los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad y en el posible impacto que la conformidad o desviación de esos estándares puede tener sobre la calidad de su desempeño como psicólogos.

IV. Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros.

V. Bienestar del Usuario. Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos.

Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

VI. Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuarán con la debida consideración respecto de las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la Psicología y en otras profesiones. Respetarán las prerrogativas y las obligaciones de las instituciones u organizaciones con las cuales otros colegas están asociados.

VII. Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuarán con la debida consideración respecto a las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la psicología y en otras profesiones.

VIII. Evaluación de Técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzaran por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso inadecuado de los resultados de evaluación. Respetaran el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de las conclusiones y recomendaciones

Ley N°.1733 Cuidados Paliativos

8 de septiembre de 2014.

"Ley Consuelo Devis Saavedra, Mediante la cual se Regulan los Servicios de Cuidados Paliativos para el Manejo Integral de Pacientes con Enfermedades Terminales, Crónicas, Degenerativas e Irreversibles en Cualquier Fase de la Enfermedad de Alto Impacto en la Calidad de Vida."

El Congreso de Colombia decreta: Artículo 10. Objeto. Esta ley reglamenta el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en cuidados paliativos que pretende mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de acuerdo con las guías de práctica clínica que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para cada patología. Además, manifiesta el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente, específicamente en casos en que haya diagnóstico de una enfermedad en estado terminal crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida.

Artículo. 3°. Enfermedad crónica; degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida. Se define como enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida aquella que es de larga duración, que ocasione grave pérdida de la calidad de vida, que demuestre un carácter progresivo e irreversible que impida esperar su resolución definitiva o curación y que haya sido diagnosticada en forma adecuada por un médico experto.

Artículo 4°. Cuidados Paliativos. Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Parágrafo. El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales, siempre y cuando el paciente no sea apto para donar órganos.

Artículo 5°. Derechos de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles de alto impacto en la calidad de vida: Derechos: El paciente que padezca de una enfermedad terminal, crónica irreversible y degenerativa de alto impacto en la calidad de vida tendrá los siguientes derechos, además de los consagrados para todos los pacientes:

1. Derecho al cuidado paliativo: Todo paciente afectado por enfermedad terminal, crónica, degenerativa, irreversible de alto impacto en la calidad de vida tiene derecho a solicitar libre y espontáneamente la atención integral del cuidado médico paliativo. Las actividades y servicios integrales del cuidado paliativo se deberán prestar de acuerdo al manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud y las guías de manejo que adopten el Ministerio de Salud y Protección Social y la CRES.

2. Derecho a la información: Todo paciente que sea diagnosticado de una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible, tiene derecho a recibir

información clara, detallada y comprensible, por parte del médico tratante, sobre su diagnóstico, estado, pronóstico y las alternativas terapéuticas de atención paliativa propuestas y disponibles, así como de los riesgos y consecuencias en caso de rehusar el tratamiento ofrecido. En todo momento la familia del paciente igualmente tendrá derecho a la información sobre los cuidados paliativos y a decidir sobre las alternativas terapéuticas disponibles en caso de incapacidad total del paciente que le impida la toma de decisiones.

3. Derecho a una segunda opinión: El paciente afectado por una enfermedad a las cuales se refiere esta ley, podrá solicitar un segundo diagnóstico dentro de la red de servicios que disponga su EPS o entidad territorial.

4. Derecho a suscribir el documento de Voluntad Anticipada: Toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales, con total conocimiento de las implicaciones que acarrea el presente derecho podrá suscribir el documento de Voluntad Anticipada. En este, quien lo suscriba indicará sus decisiones, en el caso de estar atravesando una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente y en el caso de muerte su disposición o no de donar órganos.

5. Derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo: Los pacientes tendrán el derecho a participar de forma activa frente a la toma de decisiones sobre los planes terapéuticos del cuidado paliativo.

6. Derechos de los Niños y Adolescentes: Si el paciente que requiere cuidados paliativos es un niño o niña menor de catorce (14) años, serán sus padres o adultos responsables de su cuidado quienes elevarán la solicitud. Si el paciente es un adolescente entre catorce (14) y dieciocho (18) años, él será consultado sobre la decisión a tomar.

7. Derecho de los familiares. Si se trata de un paciente adulto que está inconsciente o en estado de coma, la decisión sobre el cuidado paliativo la tomará 1 su cónyuge e hijos mayores y faltando estos sus padres, seguidos de sus familiares más cercanos por consanguinidad.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia.

Artículo 6°. Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud EPS y las Instituciones Prestadoras de Salud IPS Públicas y Privadas.

Las Entidades Promotoras de Salud EPS están en la obligación de garantizar a sus afiliados la prestación del servicio de cuidado paliativo en caso de una enfermedad en fase terminal, crónica, degenerativa, irreversible y de alto impacto en la calidad de vida con especial énfasis en cobertura, equidad, accesibilidad y calidad dentro de su red de servicios en todos los niveles de atención por niveles de complejidad, de acuerdo con la pertinencia médica y los contenidos del Plan Obligatorio de Salud

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia, estableciendo, entre otras, la obligatoriedad de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), del Régimen Subsidiado, Contributivo y Régimen Especial y de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), tanto públicas como privadas, de tener una red de servicios de salud que incluya la atención integral en cuidados paliativos, de acuerdo al nivel de complejidad, y desarrollará las guías de práctica clínica de atención integral de cuidados paliativos. También deberá reglamentar la atención en Cuidados Paliativos especializados para la atención de los niños, niñas y adolescentes.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), del Régimen Subsidiado, Contributivo y Especial incluyan en sus redes integradas la atención en Cuidados Paliativos según los criterios determinantes de las redes integradas de servicios de salud que garanticen el acceso a este tipo de cuidados de forma especializada, a través de sus profesionales y sus Unidades de Atención. Además, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud tendrán en cuenta el mismo criterio, referente a las redes integradas, al aprobar y renovar el funcionamiento de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), tanto públicas como privadas, salvo las excepciones definidas en la norma que competan al Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 7 Talento Humano. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán el acceso a la atención de servicios de cuidado paliativo, incorporando a su Red de

Atención, Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), con personal capacitado en cuidado paliativo, al cual le sea ofrecida educación continuada en este tema.

Artículo 8°. Acceso a medicamentos opioides. El Ministerio de Salud y de la Protección Social, el Fondo Nacional de Estupefacientes y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), garantizarán la distribución las 24 horas al día y los siete días a la semana, la accesibilidad y disponibilidad. Los primeros otorgarán las autorizaciones necesarias para garantizar la suficiencia y la oportunidad para el acceso a los medicamentos opioides de control especial para el manejo del dolor.

Artículo 9. Cooperación Intencional. El Gobierno Nacional podrá establecer estrategias de Cooperación Internacional, para facilitar el logro de los fines de la presente ley, a través del desarrollo de programas de cuidado paliativo que permitan la capacitación del personal de la salud para promover la prestación de los servicios de Cuidados Paliativos.

Artículo 10. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia en el término de seis (6) meses a partir de la promulgación de esta ley.

Artículo 11. Vigencia. La presente ley rige a partir de su sanción.

Ley estatutaria no. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. El congreso de Colombia decreta:

CAPITULO 1 Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes

Artículo 10. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 20 Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 3°. **Ámbito de aplicación.** La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Artículo 4°. **Definición de Sistema de Salud.** Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiación; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y I;. **Materialización del derecho fundamental de la salud.**

Artículo 5°. **Obligaciones del Estado.** El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá: a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas; b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema; c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales; d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio; e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto; f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población; g) Realizar el

seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas; h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud; i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la , población; j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en la salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.

Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud: a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad; b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno; c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante; d) A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada,

contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud; e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley; f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos; g) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, ya poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma; h) A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer; i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos; j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad; k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine; l) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito; m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos; n) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley; o) A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni, obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento; p) A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde servicio; asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del . q) Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad. Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes: a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad; b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención; c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas; d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los I servicios salud; e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los

recursos del sistema; f) Cumplir las normas del sistema de salud; g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud; h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio; i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

CAPÍTULO II Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud

Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye: a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes , para su implementación; b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema; c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos; d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías; e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud; f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud; g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Artículo 13. Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas

Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de experto independiente de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

MARCO EMPÍRICO

El siguiente referente empírico está basado en la revisión documental sobre estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas, con el propósito de dar una orientación y profundización en el tema tanto a nivel nacional e internacional

Contexto Local

En la ciudad de Pamplona Norte de Santander , se realizó un investigación de pregrado de psicología en la universidad de pamplona, el estudio titulado Descripción de ideas irracionales de los niñ@s entre los tres y los nueve años con leucemia linfoblástica aguda en relación a su enfermedad de la clínica de cancerología de la ciudad de Cúcuta fue realizado por Peña y Peña en el año 2007.este estudio investigativo centro su interés en el impacto psicológico que la leucemia linfoblastia aguda genera en el niñ@ y en su grupo de apoyo primario, el principal referente teórico en esta investigación fue Albert Ellis quien hace referencia a las ideas irracionales.

El Trabajo de investigación titulado, Afrontamiento frente a la enfermedad en pacientes oncológicos, fue desarrollado por Diaz, Velasquez; Rodriguez ,J, Ortiz,y;et al(2010). El objetivo de este estudio fue de determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento frente al diagnóstico en pacientes oncológicos del programa de cuidado en casa, se realizó un estudio de tipo fenomenológico con abordaje cualitativo. La población estuvo conformada por los pacientes oncológicos inscritos al Programa de Cuidado en Casa de la IPS UNIMEDICA de Villa Del Rosario. Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico intencional; en el estudio participaron tres pacientes con diagnóstico de cáncer con un periodo de conocimiento de la patología mayor a seis meses. La entrevista a profundidad, las notas de campo y la observación fueron los métodos de recolección de información, además se utilizó la grabadora de voz para facilitar la transcripción y

respectivo análisis de cada una de las entrevistas. Los resultados arrojados por la investigación evidencian tres fases de afrontamiento (Fase de prediagnóstico, diagnóstico y postdiagnóstico) por las que atraviesa el paciente con diagnóstico de cáncer. o que han recibido atención Se puede concluir que las personas en su vida cotidiana generalmente no acostumbran a tener conductas de prevención hasta que perciben amenazas para su salud, también se evidenció que después de pasar por la incertidumbre acerca de un posible diagnóstico, las personas desarrollan mecanismos de defensa en cuanto al diagnóstico positivo, las cuales generan conductas adaptativas al proceso de enfermedad, mientras que otras suelen aislarse y esconderse del problema logrando con esto un mayor estado de estrés y depresión por la situación en que se encuentra..

Contexto Nacional

Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores, inscritos al Programa de asistencia paliativa de la Corporación FORMAR, este estudio fue realizado por Jiry Julieth Flórez González, Olena Klimenko. El artículo presenta resultados de la investigación cuyo objetivo fue indagar el uso de estrategias de afrontamiento que implementan los pacientes con enfermedad oncológica y sus cuidadores pertenecientes a la Corporación FORMAR. Para tal fin se diseñó un instrumento que fue evaluado por expertos. El estudio fue cuantitativo de nivel descriptivo. Se trabajó con un grupo de 20 personas que hacen referencia a paciente y cuidador inscritos al programa de asistencia paliativa de la Corporación formar y del Instituto de cancerología. Los resultados demuestran que los pacientes/cuidadores que cuentan con apoyo familiar o de un cuidador constante utilizan estrategias más eficaces, mejoran y atenúan su calidad de vida durante el tratamiento de la enfermedad en mayor grado que aquellos que no cuentan con dicho apoyo.

Contexto Internacional

En la Universidad Veracruzana de México, en la facultad de Enfermería, se realizó una investigación titulada Afrontamiento y calidad de vida en pacientes Oncológicos, dicha investigación fue realizada por Mercedes del Alba Martínez Gómez, en el año 2009; esta investigación tuvo como objetivo analizar la calidad de vida y los recursos de afrontamiento en un grupo de pacientes con cáncer, para el desarrollo de esta se empleó la metodología de estudio descriptivo, la población personas con padecimiento oncológico en cualquier estadio de la enfermedad de una zona rural indígena Náhuatl, el muestreo y muestra fue no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo conformada por 34 pacientes de los cuales 15 fueron hombres y 19 mujeres con padecimiento oncológico.

La calidad de vida y el afrontamiento, son dos factores importantes en pacientes con padecimiento oncológico, ya que esta enfermedad provoca alteraciones en diversos aspectos de la vida, desde el ámbito psicológico hasta el ámbito espiritual. Cabe resaltar que en los datos obtenidos, el 97.1 % de los pacientes cuentan con recursos de afrontamiento bajo, el 2.9 % cuenta con recursos de afrontamiento intermedio. Para ambos sexos, el índice de recurso de afrontamiento más alto es el recurso cognitivo y en menor promedio se encuentra el índice de recursos de afrontamiento físico. En cuanto a la Calidad de Vida, el sexo femenino, encabeza el primer lugar con una buena Calidad de Vida en un 26.47%, con pareja un 23.52% perteneciendo a la religión católica 29,41%, el sexo masculino cuenta con una regular calidad de vida en un 20.58% y sin pareja un 8.82%, el 23.52% del sexo masculino pertenece a la religión católica.

METODOLOGÍA

Enfoque de la investigación

El Método que se utilizara en este proyecto de investigación es el cualitativo por que busca describir, analizar, observar e indagar sobre las estrategias de afrontamiento de los pacientes diagnosticados con leucemia, se realizara la aplicación de un grupo focal y entrevista semis estructurada para recolectar datos, además de implementar la observación participante para corroborar los mismos. Se trabajara bajo el tipo de investigación descriptivo, ya que intenta identificar y describir las estrategias de afrontamiento de pacientes oncológicos.

Tipo de investigación

Según Hernández, Fernández y Baptista (2006) el estudio descriptivo busca detallar fenómenos, situaciones, contextos, especificando cómo son y cómo se manifiestan, a su vez permite analizar detalladamente la recolección de datos sobre diversos aspectos; en esta investigación dichos aspectos son las Estrategias de Afrontamiento en pacientes diagnosticados con Leucemia Linfoblastica Aguda de la Unidad Hematologica Especializada.

Este tipo de estudio usualmente describe situaciones y eventos, es decir como son y cómo se comportan determinados fenómenos. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se ha sometido a análisis.

Este estudio analiza diferentes aspectos o elementos del fenómeno a investigar. Aquí se elige una serie de conceptos o variables y se mide cada uno de ellos de manera independiente par así poder describir lo que se está investigando.

Diseño de Investigación

Diseño Fenomenológico: se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes. De acuerdo con Creswell, 1998; Alvarez-Gayou, 2003; y Mertens, 2005 (Citado por Hernández, Fernández & Baptista, 2006) la fenomenología se fundamenta en las siguientes premisas: Se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente; se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados; el investigador confía en la intuición y en la imaginación para lograr aprehender la experiencia de los participantes, el investigador contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad, espacio, corporalidad, y el contexto relacional.

Población

La población objeto de este estudio son pacientes diagnosticadas con leucemia linfoblástica aguda pertenecientes a la Unidad Hematológica Especializada.

Para participar en el estudio, los pacientes debían cumplir los siguientes requisitos:

Criterios de inclusión

Haber sido diagnosticados por primera vez en su vida con leucemia linfoblástica aguda, al menos hace 2 meses (para evitar la fase de negación o el poco conocimiento sobre la enfermedad).

Conocer su diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda.

Ser mayores de edad y menores de 40 años

Consentir en participar en el estudio (tras lectura y aceptación de consentimiento informado que se les da por escrito).

Criterios de exclusión

Enfermos que hayan estado en tratamiento psiquiátrico antes del diagnóstico de la leucemia linfoblástica aguda.

Enfermos con alteración de las funciones cognitivas, que puedan impedirles comprender y responder las preguntas de los instrumentos aplicados.

Menores de edad.

Mayores de 40 años

Muestra

La muestra con la que se ha contado en la presente investigación es de tres pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda. El procedimiento para la selección de dicha población se realizó dando a conocer el fin investigativo y la temática, generando así voluntariedad en los pacientes. Se seleccionaron dos hombres y una mujer, que manifiestan querer participar libremente de esta investigación, las características son las siguientes: que los pacientes estén entre edades desde los 18 años hasta los 40 años.

Instrumentos

Grupo Focal: se empleara como técnica de recolección de datos, se empleara con los pacientes darle cumplimiento a los objetivos planteados. La técnica de grupo focal, es un espacio de opinión para captar el sentir, el pensar y el vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos, Kitzinger la define como una forma de entrevista grupal, que utiliza la comunicación entre el entrevistador y los participantes para obtener información.

Entrevista Semi Estructurada: se empleara esta técnica de investigación para tomar datos de forma particular y personalizada en cada uno de los integrantes de la población a investigar, este instrumento fue diseñado para ejecutarlo por intermedio del dialogo socrático con el paciente de género masculino diagnosticado con cáncer. La entrevista, en la investigación cualitativa, es un instrumento técnico que tiene gran sintonía epistemológica con este enfoque y también con su teoría metodológica. Esta entrevista adopta la forma de un diálogo coloquial o entrevista semiestructuradas.

Observación participante: Es cuando para obtener los datos el investigador se incluye en el grupo, hecho o fenómeno observado para conseguir la información “desde dentro” (Díaz, 2011)

Observación no participante: Es aquella en la cual se recoge la información desde afuera, sin intervenir para nada en el grupo social, hecho o fenómeno investigado (Díaz, 2011).

Procedimiento

Fase de Acercamiento Institucional

Inicialmente se realiza el acercamiento a la Unidad Hematológica Especializada, donde se encuentra de manera significativa el interés por el conocimiento del bienestar psicológico de cada uno de los pacientes diagnosticados con Leucemia inscritos en la unidad. Bajo esta perspectiva se establece la autorización correspondiente para tener contacto con los pacientes y realizar la investigación pertinente sobre Estrategias de Afrontamiento; logrando de esta manera contar con el apoyo de una entidad prestadora de salud tan importante en el bienestar y beneficio de los enfermos oncológicos en Cúcuta Norte de Santander.

Fase de Recolección de Información

Se lleva a cabo la revisión de la literatura correspondiente al tema de estudio, basando en ella la construcción de los instrumentos como la entrevista semiestructurada y la finalidad del abordaje del grupo focal, así mismo determinar las características a delimitar en la observación sin dejar de lado la solicitud a cada uno de los pacientes la participación

a través de un consentimiento informado, entregando inmerso en ello la finalidad de cada uno de los instrumentos y su respectiva evaluación.

OBJETIVO	TÉCNICA	INSTRUMENTO	DIRIGIDO A
Identificar el nivel adaptativo basado en las estrategias de afrontamiento en relación al conocimiento del diagnóstico de la enfermedad.	Entrevista semi-estructurada	Formato de entrevista semiestructurada	Pacientes diagnosticados leucemia linfoblástica aguda
Analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda en relación a las bases teóricas.	Grupo focal	Formato de grupo focal	Pacientes diagnosticados leucemia linfoblástica aguda con cáncer

Tabla N1. Recolección de información

Fase de Análisis de la Información

Una vez recolectada la información deseada se procede al análisis de la misma mediante la triangulación, esta se refiere al uso de varios métodos como fuentes de datos, de teorías, de investigadores o de ambientes en el estudio de un fenómeno, la triangulación comprende el uso de varias estrategias al estudiar un mismo fenómeno, el uso de varios métodos (entrevistas individuales, grupos focales o talleres investigativos), se presentara el análisis de los resultados junto con la discusión y conclusiones del estudio para dar culminación al proyecto de investigación.

Fase Cierre del Proyecto

Dando por culminado el estudio se procede a la elaboración de documento final para la realización de la sustentación ante las autoridades académicas requeridas, al igual que la socialización de los resultados con la población de estudio, tomando de base la ley 1090, en su artículo 25 donde se establece el principio de confidencialidad y el derecho del paciente en dar parcialmente a conocer los resultados de la aplicación de los instrumentos; se tiene en cuenta de igual forma el artículo 27 resaltando la omisión del nombre de cada uno de los participante en el estudio investigativo.

RESULTADOS

MATRIZ Y ANÁLISIS DE DATOS ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

CATEGORIA	PREGUNTA	RESPUESTA	ANÁLISIS/OBSERVACIÓN
Confrontación	¿De qué manera expresa sus emociones (conducta, emoción)?	<p>P1 <i>“No, normalmente no soy eufórico ni soy triste, normal”</i></p> <p>P2 <i>“Curiosamente soy una persona que en los momentos de crisis me controlo muchísimo aterrizo y la manejo bien, echo bromas y me gusta hablar mucho con la gente ”</i></p> <p>P3 <i>“Casi siempre exploto, no creo que de mala manera, pero</i></p>	<p>La expresión de emociones no son significativas en este caso, el paciente no se caracteriza por ser expresivo, esto puede ser resultado de la formación jerarca y de los procesos que ha llevado en el transcurso de su vida.</p> <p>Existe una relación clara entre el control emocional y la manera o forma de expresarlas, y a sí mismo no repercutir en situaciones de inestabilidad.</p> <p>El emplear mecanismos o herramientas de dispersión, o de sentido del humor funciona como barrera o estrategia de afrontamiento para evitar los pensamientos o sentimientos de tristeza</p> <p>Aunque en situaciones de estrés las reacciones son variantes, se rescata</p>

nunca pensé tener esto y tengo momentos en que reacciono bien a todo pero en otros momentos no lo positivo y es el reconocimiento que las respuestas conductuales y emocionales no siempre serán las mismas.

Aceptación de la responsabilidad

¿En qué grado se responsabiliza de la situación.?

P1 “Ah, eso sí tengo un noventa por ciento de responsabilidad, todo lo que el médico me ha dicho, sé que no me cuide cuando debía”.

. El asumir la responsabilidad es una característica o elemento básico para el afrontamiento de la enfermedad, en este caso el paciente asume su responsabilidad y las funciones o factores inmersos que esta requiere.

P2 “es mi responsabilidad es mía, no le echo la culpa a nadie ni involucra”

El asumir la responsabilidad con respecto al diagnóstico de cáncer, favorece establecer aspectos positivos frente a la misma tales como el seguir los protocolos de tratamiento para evolucionar de forma correcta y significativa en la enfermedad.

P3 “Normal, eso normal a cualquier persona le puede pasar ahora tengo que ser más responsable conmigo y hacer todo lo que diga el medico”

El seguir protocolos, ejecutar planes de acción frente a la enfermedad nos da a entender que se asume la responsabilidad, lo que se refleja en este caso.

Autocontrol

¿Cómo controla sus pensamientos y emociones en el momento de actuar?

P1 “Pues sí, yo seguí normal sobre eso, esa parte no la he notado, aunque ahora que lo pienso..... Recién hable con el medico si pensé muchas noches porque me pasaba esto a mí, pero no de forma negativa, mi esposa me ayudaba mucho tranquilizándome y siempre reaccione bien, eso creo”.

El describir los aspectos propios, el tener claro las herramientas individuales para contrarrestar o evitar alteraciones o un descontrol con respecto a emociones y conducta, se conoce como Autocontrol, en este caso se refleja que existe el dicho control lo que influye de manera significativa en el funcionamiento y relaciones del sujeto.

P2 “Soy muy estructurado en eso parte con tranquilidad(silencio) al inicio pues hay trate como de explotar pero me contengo”

Diversas situaciones que generen alteraciones en el estado de ánimo y en aspectos personales o de relación con el entorno producen inestabilidad, al establecer un Autocontrol como lo es evidente en el caso número dos, dichas situaciones que generan malestar no van a influir en las relaciones con los demás y regulan las emociones y comportamientos.

P3 “Como controla Eee, como los controlo, pues pidiéndole a Dios, de que me lo controle”

Se deduce, que se emplean las creencias religiosas como herramienta o ayuda para controlar las emociones, y de esta manera no tener repercusiones notorias

Búsqueda de apoyo social	¿Qué ayudas externas ha empelado para afrontar la situación?	<i>P1 “Solamente la ayuda médica y la de mi familia ”</i>	Enmarca los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, se observa que los médicos son las personas a quien recurrió el paciente para tener un abordaje de su enfermedad.
		<i>P2 “La vida me ha enseñado que lo que uno haga es mejor , no le debe confiar las cosas a los demás”</i>	El apoyo moral, las perspectivas o el punto de vista de otras personas se reconocen como ayudas externas, se deduce que en el caso numero dos no se buscó el apoyo social y de la misma manera solo se tuvo en cuenta la propia perspectiva.
		<i>P3 “Pues no sé qué responder, a ver que le digo, a si, a sí. la ayuda de un amigo médico, mi familia y mis amigos”</i>	Cuando la situación estresante o generadora de malestar obedece a una enfermedad, se suele buscar el refugio en las ciencias médicas, para poder combatir la situación o enfermedad.

Distanciamiento

¿Qué tanto lo ha alejado de las demás personas?

P1 “No, he seguido normal, totalmente. Estar con los amigos charlando en lo que sea en familia en visita, personas con las que hace años no hablaba, esto me ha unido más a la gente pero en visitas solía sangrar por la nariz y me daba pena por eso a veces prefería no recibir visitas ”

Este apartado se refiere, al evitar situaciones, o pensamientos que son propios del cáncer, los aspectos que se evitan pueden generarle malestar al paciente, en este caso se llegó a evitar el tener contacto social, debido a los síntomas propios del cáncer.

P2 “No, no soy una persona de pocos amigos pero a los pocos amigos los mantengo, todos los días hablamos chateamos en fin”

Las relaciones interpersonales, el contar o pertenecer a un contexto social, el realizar y compartir actividades agradables, conlleva a la persona a disminuir los pensamientos frente a determinada situación o eventualidad.

P3 “Noo con mi familia hemos estado más unidos y me han ayudado más”

En este caso el paciente se refugió en su familia, fortaleció los vínculos, donde encuentra en el contexto familiar una ayuda para sobrellevar la enfermedad.

La unión familiar, aporta para sobrellevar las situaciones ya que se tienen en cuenta el punto de vista de diferentes personas

Huida	¿Qué hace para disminuir los pensamientos frente a la enfermedad?	<p><i>P1 “No pues trato de no pensar en eso aunque es difícil pero me distraigo haciendo otras cosas”.</i></p> <p><i>P2 “Realizo mis actividades diarias, al principio no con muchas ganas pero poco a poco se va trabajando”</i></p> <p><i>P3 “Leer libros y hablar con la gente y echarle bromas”</i></p>	<p>Programar los pensamientos, emociones y conductas de forma positiva hace parte de la huida de la enfermedad, llegando a disminuir las afecciones del diagnóstico.</p> <p>En este caso se analiza, que las labores diarias, el seguir ejecutando las actividades propias es una estrategia para evitar o huir de la enfermedad.</p> <p>El apoyo en las demás personas, el practicar actividades diferentes a la rutina como lo es en este caso favorece el factor de huida de las implicaciones del cáncer</p>
Planificación	A raíz de la enfermedad ¿Qué cambios ha establecido en sus metas y calidad de vida?	<p><i>P1 “Bueno, pues le cuento a pesar que aún estoy joven ya casi he realizado todo lo que quería, los proyectos que llevaba están terminados, entonces ya he tenido es que llevarla con conciencia y tratar de seguir viniendo como venía sin problemas</i></p> <p><i>P2 “No en eso he continuado con mis actividades y he seguido normal”</i></p>	<p>Se identifica que las metas a corto, mediano y largo plazo ya se ejecutaron, lo que emerge a la persona del caso número uno, en estar dispuesto a cualquier eventualidad con respecto al diagnóstico.</p> <p>Continuar con las labores de forma normal, sin tener en cuenta los factores implícitas del diagnóstico</p>

Reevaluación Positiva	¿Qué aspectos positivos ha identificado a raíz del diagnóstico de la enfermedad?	<i>P3 “Cambios en proyecto de vida Eee, no poder hacer algo útil, como hacer, no sé, de pronto estooo cosas manuales”</i>	no genera alteraciones relevantes, en este caso se continúa con todas las actividades.
		<i>P1 “Que a pesar de los diferentes momentos siempre hay que estar con buena disposición pues ya que esto mejora mi bienestar y facilita el proceso”</i>	Se resume en este caso, que se incluye la realización de actividades diferentes o creativas.
		<i>P2 “Que la situación por adversa que sea, siempre trae un aspecto o muchos aspectos positivos, aprender a no esperar nada de nadie, que uno en esto está solo, que en la medida que siga manejándose así las cosas van a mejorar”</i>	Describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal, en este caso se observa que existe que hay aspectos positivos en la estructura, donde se traduce como facilitador del proceso.
		<i>P3 “Aaaa, pues muchas cosas, pues como cuales, pues ser positivo, ver más bonita la vida”.</i>	Se rescata los aspectos positivos, ya que en toda situación o evento en la que el ser humano este expuesto se genera un aprendizaje lo que aporta en el desarrollo y evolución de la enfermedad.
			Se evidencia un cambio en la forma de pensar en el punto de vista frente a los estímulos, el pensar y actuar de forma positiva para disminuir síntomas y afecciones.

MATRIZ DE DATOS GRUPO FOCAL

CATEGORÍA	PREGUNTA	RESPUESTA	ANÁLISIS
Autocontrol	¿Cómo controla sus pensamientos y emociones en el momento de actuar?	<p><i>P1 “En ese sentido con calma eehh pues ya no tengo preocupaciones , solo dejo que todo tome su rumbo”</i></p> <p><i>P2 “Los manejo con tranquilidad con sutileza sin demostrar ningún tipo de debilidad ya que no quiero ser tratado como un enfermo más”</i></p> <p><i>P3 “Teniendo sentido del humor tener momentos de risa y lógicamente la cercanía con mi Dios”</i></p>	Según la información obtenida en el grupo focal, se puede deducir que existe un control de las emociones y de las conductas, lo que genera cierta adherencia al tratamiento, regulación de sentimientos y de las acciones, puesto que cuando la persona no cuenta con herramientas de autocontrol puede generar alteraciones significativas en dichos aspectos.
Reevaluación Positiva	¿Qué aspectos positivos ha identificado a raíz del diagnóstico de la Enfermedad?	<p><i>P1 “Pues aunque complicada sean las cosas trato de no enfrascarme en eso aprendo cada día algo nuevo y lo aplico para no dejame afectar y deteriorar”</i></p> <p><i>P2 “Son actitudes y pensamientos mis padres me</i></p>	La reevaluación positiva, describe aspectos de significados positivos y de desarrollo personal, se puede analizar que situaciones difíciles o la enfermedad como tal, ha enseñado a estas personas a estructurar aspectos positivos para disminuir los percances que genera el diagnostico, adicionalmente deducen que la

enseñaron a no derrumbarme, a estar hay siempre dispuesto a afrontar y aceptar las situaciones”

enfermedad ha generado aprendizajes, unión familiar y el fortalecimiento de las creencias religiosas.

P3 “Me uní más a mi familia, creo aún más en la voluntad de Dios”

Confrontación	¿De qué manera expresa sus emociones?(conducta, emoción)	<p><i>P1 “Eeeh no soy muy expresivo que digamos , expreso tristeza o alegría en momentos específicos no en todo momento simplemente cuando se requiere”</i></p> <p><i>P2 “Cuando tengo tristeza me controlo, creo que cuento con la capacidad de no dejarme afectar y demostrar que estoy bien y fuerte”</i></p> <p><i>P3 “Me rio mucho, hablo con la gente sobre cosas alegres que no me produzcan tristeza”</i></p>	Se deduce, que en la confrontación con respecto a la expresión de emociones para alterar la situación, no existe alteraciones significativas en el aspecto la expresión emocional ya que se hace en los momentos pertinentes, donde los pacientes no se dejan afectar notablemente por el hecho de tener la enfermedad cancerígena.
Aceptación de la responsabilidad	¿En qué grado se responsabiliza de la situación?	<p><i>P1 “Totalmente, siempre tome cartas en el asunto, sé que soy yo el principal afectado y asumo como tal la condición”</i></p> <p><i>P2 “Bueno , generalmente nadie es culpable de nada son</i></p>	La aceptación de la responsabilidad se caracteriza por el reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema, es decir de asumir la responsabilidad con respecto al hecho, se resume que los pacientes a quien se dirigió la investigación,

cosas que pasan y me afectan a mí y a si mismo me hago responsable y lo seré en gran magnitud”

manejan y aceptan la responsabilidad de la enfermedad y de sus connotaciones y de las diferentes actividades o procedimientos que se tienen que realizar

P3 “Es difícil aceptar esa enfermedad pero con el tratamiento y la ayuda de Dios he logrado comprometerme y aceptar a vivir con ella”

DISCUSIÓN

Las estrategias de afrontamiento constituyen una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes, como las enfermedades crónicas (Contreras & Cols, 2007). Tomando en cuenta lo anterior, una de las teorías más acertadas para analizar este proceso es la planteada por Lazarus y Folkman (citado por Castellanos y Paez, 2015) en la cual formulan el afrontamiento como un proceso cambiante en que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias de tipo defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema.

Las categorías de análisis se tomaron de las estrategias de afrontamiento propuestas por Lazarus y Folkman, quienes hacen referencia a ocho tipos o estrategias de afrontamiento, Confrontación, Distanciamiento, Auto-control, Búsqueda de apoyo social, Aceptación de la responsabilidad, Huida evitación, Planificación y Reevaluación positiva.

Según el objetivo general de la investigación, identificar las estrategias de afrontamiento de los pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda en relación al conocimiento del diagnóstico y a la proyección del tratamiento de la Unidad Hematológica Especializada, mediante técnicas de la metodología cualitativa; se realizara el debido análisis o interpretación de los datos, de esta manera se demostrara que se logró el cumplimiento del objetivo.

Es preciso mencionar que en los participantes del estudio perciben de manera significativa la apropiación de las estrategias de afrontamiento tanto pasivas como activas, encontrando una relación en el estado de percepción de la situación de salud actual y el significado en correspondencia a cada uno de los procesos, para lo cual el desarrollo adaptativo está en función del ejercicio, planificación, autocontrol como medidas activas y

que se encaminan a una responsabilidad propia de los cuidados. Truyols, Pérez, y Medinas (2008). Y en ocasiones de acuerdo a su estado de salud actual da lugar a la espera, ausencia de toma de dedicación, implicando en una proporción relevante el abandono de factores protectores de salud tanto físicos como emocionales, según lo menciona Camacho, y Anarte (2001).

Las estrategias de afrontamiento más comunes o predominantes en los pacientes a quienes participaron de esta investigación, son el autocontrol, la reevaluación positiva y la planificación. Según la teoría de las estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman, se afirma que las personas que asuman las situaciones que generan malestar, estrés o disfuncionalidad en la personas con este tipo de estrategia o de esta manera no presentan, alteraciones emocionales significativas, mantienen el control de los impulsos y asumen la responsabilidad lo que se ve influido en la adherencia al tratamiento; se identifica que los pacientes a pesar de la situación en la que se encuentran mantienen una postura positiva frente a la vida, donde realizan esfuerzos para disminuir los pensamientos negativos y los sentimientos o emociones de inestabilidad.

Las emociones están sujetas a las interpretaciones cognitivas que el ser humano realiza de los diferentes eventos a los que está expuesto, donde se evalúan las implicaciones o modificaciones que el individuo puede experimentar como resultado de dicha situación; el ser humano es susceptible a tener reacciones particulares debido a los diferentes estímulos que se le presenta, así mismo cuenta con la capacidad de asumir esos cambios y de controlar las emociones y las conductas, para generar este control los pacientes con quienes se llevó a cabo la investigación instauraron como estrategia de afrontamiento el Autocontrol, que se caracteriza por la manera propia e individual de controlar los eventos estresantes y por consiguiente sus respuestas emocionales y comportamentales, según como lo afirma Lazarus; Folkman (citado por Villamizar, 2014) describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.

Con relación al factor de Búsqueda Apoyo Social se determina la influencia que tiene para el paciente y su proceso de tratamiento la vinculación de los integrantes de la familia y su red de apoyo, no solo por ser un soporte funcional de la estabilidad de su cotidianidad, sino también por ser una forma efectiva de desahogo emocional en las diferentes etapas que atraviesa el estado de salud, es así como lo menciona Kiecolt, McGuire y Glaser (2002) el apoyo social hace parte de la consecución de valores protectores para el establecimiento de la salud y la adquisición de fortalezas a nivel cognitivo-conductual de cada uno de los pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda. Así mismo es de mencionar que en las dinámicas de contención a nivel de red de apoyo se precisa el acompañamiento recibido durante el proceso: conocimiento del diagnóstico y comienzo del tratamiento como también el apoyo percibido por el paciente, en la medida que estas dos deben coincidir de manera satisfactoria para las dos partes.

Teniendo en cuenta los postulados teóricos de Lazarus y Folkman (1984), se deduce que el tener una visión positiva frente a determinada situación de malestar o afección contribuye a centrarse en el desarrollo personal, lo que aporta para el crecimiento como persona y como miembro de un determinado grupo social, lo que no permite que se alteren los proyectos de vida tan solo se replantea las maneras o herramientas que se van a emplear para lograr el cumplimiento de los mismos.

El distanciamiento y la huida-evitación, son estrategias de afrontamiento que no han sido abordadas de manera significativa, con respecto a la huida hay una confrontación con respecto a la aceptación de la responsabilidad, es decir que los pacientes asumen sus responsabilidades, el diagnóstico y el pronóstico médico y de la misma manera mantienen la adherencia al tratamiento, lo que es un indicador de que no hay evasión de la situación.

El hecho de que los pacientes asuman la responsabilidad, mantengan pensamientos positivos, no observan o interpretan la leucemia como desafiante, tienden a tener una disposición activa y una reevaluación positiva, no los conlleva a emplear el desamparo/

desesperanza, ya que no repercuten en los pensamientos negativos ni en síntomas o sentimientos de tristeza.

Según los datos obtenidos en las escalas, en la entrevista semi estructurada y en el grupo focal se resume que los pacientes investigados, mantienen una postura positiva frente al diagnóstico, cuentan con una disposición a la recuperación y al tratamiento. El control de emociones, impulsos, pensamientos negativos y actitudes pesimistas conlleva a los pacientes oncólogos a interpretar la enfermedad como un reto, el cual trae consigo muchas implicaciones tales como el pensar positivo, el aprender a no derrumbarse en el intento, planificar los actos y a mantenerse estables tanto emocionalmente como conductualmente para evitar alteraciones significativas en su calidad de vida y su funcionalidad.

Las estrategias de afrontamiento son susceptibles a generar cambios, a transformarse de acuerdo a las situaciones en las que este inmerso el sujeto, estos cambios obedecen a factores internos o externo, ya que el ser humano está en continuo cambio y en constante relación con el entorno. Lazarus; Folkman (1984)

Las alteraciones o cambios en los proyectos de vida de los pacientes no fueron tan notorias y marcadas, como lo expresan ellos “ ya logre todos mis propósitos”, pero esto no fue barrera para continuar con expectativas y seguir realizando actividades agradables, el hecho de seguir con pensamiento positivo y con disposición a seguir prosperando en la vida es el resultado de instaurar las estrategias de afrontamiento necesarias y adecuadas, Para que los pacientes emplearan o instauraran dichas estrategias de afrontamiento, pasaron por diferentes situaciones las cuales eran propias de la enfermedad, el diagnóstico , evolución y tratamiento.

Las creencias religiosas, el humor y el las experiencias vividas son factores propias de cada paciente, dichos factores contribuyen a la funcionalidad del paciente al seguir y darle paso a la continuidad del tratamiento a evolucionar de forma satisfactoria y a reevaluar las situaciones adquiriendo aprendizajes significativos y actitud positiva para mejorar la calidad de vida y la funcionalidad.

A partir de lo expuesto hasta este punto, se puede concluir que las estrategias de afrontamiento “son consideradas variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación”, y que los resultados de investigaciones como esta pueden llegar a tener importantes implicaciones para el diseño, construcción e implementación de intervenciones que contribuyan en la mejora de la calidad de vida de los pacientes oncológicos (Contreras & Cols., 2007).

CONCLUSIONES

El estudio investigativo permite llevar a cabo la confrontación o corroboración que se ha obtenido a través de otras investigaciones y de los planteamientos teóricos que han sido establecidos con relación a las estrategias de afrontamiento y a la enfermedad.

Al emprender investigaciones sobre una población con características de un evento estresante como es el ser diagnosticado con una enfermedad como el cáncer o la leucemia, conlleva a cambios significativos en su estilo de vida, por lo cual se requiere hacer uso de estrategias de afrontamiento para adaptarse, superando la dinámica de sus áreas de ajuste familiar, personal, laboral, social y psicológica.

Las estrategias de afrontamiento permiten ser evaluadas y modificadas, aspecto que es relevante para dicha investigación, ya que puede promover planteamientos de diseños de intervención a nivel del área psicología o de manera interdisciplinar direccionadas a la adaptación y mejor calidad de vida.

Es de suma importancia realizar procesos de acompañamiento psicológico con los pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda, con el fin de fortalecer sus estrategias de afrontamiento, lo cual se verá reflejado en su red de apoyo, puesto que los cambios que se presentan a consecuencia de el diagnóstico, traen consigo variaciones en el estado de ánimo y comportamiento de las personas que influyen en la relación familiar y social en la que se puede ver afectada su interacción.

Las investigaciones relacionadas con enfermedades crónicas han sido fundamentales desde el punto de vista del abordaje metodológico y fenomenológico que contribuyen a que el paciente adquiera habilidades basadas en las estrategias de afrontamiento que le permitirán tener un proceso que se fortalezca desde el autoconocimiento.

La percepción de salud mental se relacionó de manera positiva con el estilo de afrontamiento centrado en el problema; es decir, asumir un papel activo en la situación, analizar las causas y seguir pasos concretos, seguir plan de acción, hablar con las personas implicadas y poner en acción soluciones concretas. El estilo de evitación, es decir concentrarse en otras cosas, refugiarse en el trabajo y otras actividades, olvidarse y no pensar en el problema, practicar deporte para olvidar y olvidarse de todo correlacionó de manera directa con la función física. Es decir, a mayor evitación, mayor percepción de bienestar físico.

Equivalentemente, la religiosidad como estilo de afrontamiento se relacionó de manera contraria a las actividades físicas algunos autores encontraron de manera similar, que los estilos que implican la espiritualidad se relacionan con elevados niveles de la intensidad del dolor, menor actividad física, y mayores niveles de ansiedad (Woby, et al., 2005; McCracken, et al., 1998).

Una posible explicación de este hallazgo puede ser que cuando las personas perciben una interferencia importante de su condición de salud sobre su función física y consecuentemente se sienten menos vitales, acuden a sus creencias religiosas como una vía de alivio que mejorará su situación, lo cual evidentemente es una estrategia pasiva en el que el sujeto asume que ha perdido el control sobre algunos aspectos importantes de su vida.

Los resultados de este estudio pueden tener importantes implicaciones en cuanto permiten identificar algunas estrategias de afrontamiento que se relacionan de manera directa e inversa con las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud que percibe el paciente, lo cual brinda elementos para la atención del paciente con enfermedad crónica y puede promover su bienestar, aspecto fundamental para favorecer la calidad de vida del paciente (Gómez-Vela & Sabeth, 2002). En este sentido, el concepto de afrontamiento y su relación con las dimensiones de calidad de vida del paciente con enfermedad crónica cobra especial relevancia tal como lo habían propuesto Badia & Lizán

(2003), quienes afirman que la percepción de calidad de vida tiene que ver con la forma en que el paciente asume su condición.

Como resultado de la experiencia adquirida durante el desarrollo de esta investigación, los aportes que se pueden considerar relevantes e indispensables para la realización de un estudio con una muestra mayor radican en la aplicación de pruebas paralelas para contrastar los resultados de los instrumentos desarrollados para la investigación y se pueden utilizar estos datos para estructurar una tercera fase de la investigación, que consista en el desarrollo de una guía de manejo dirigida a profesionales de salud implicados en la atención de pacientes oncológicos y, de esta forma, ofrecer mejor asistencia y obtener consecuencias, conocimientos y capacitación favorables para que los pacientes mejoren sus procesos de afrontamiento, adaptación y ajuste funcional a su diagnóstico, para así favorecer su proceso en términos de calidad de vida.

Por otra parte, a pesar de que los índices de población con cáncer en Colombia son altos, se encontró que una estrategia de afrontamiento positiva determinara el proceso adaptativo al diagnóstico y a los cambios que conllevan la nueva situación a experimentar. Por lo tanto, es válido afirmar que ciertos factores cognitivos, emocionales y comportamentales, producto de la experiencia individual y del contexto sociocultural de los individuos, influyen tanto en el proceso del enfermar como en la prevención de las enfermedades. Sin embargo, se debe tener en cuenta que este proyecto constituye un primer abordaje sobre este fenómeno del campo investigativo.

RECOMENDACIONES

Es necesario promover diseños de intervención direccionados hacia las estrategias de afrontamiento dirigidos a pacientes y familiares para la adaptación y aceptación de los diferentes cambios que trae consigo la enfermedad.

Se recomienda pertinente investigar las estrategias de afrontamiento en pacientes en estado terminal o con un nuevo diagnóstico en un nivel crónico a diferencia del inicial.

Se recomienda llevar a cabo un trabajo interdisciplinar con los pacientes, que vayan más allá de las funciones que se cumplen en las áreas, permitiendo profundizar en procesos individuales.

Implementar estrategias que permitan la ejecución de un trabajo que incluya al cuidador, personal asistencial y demás redes de apoyo, direccionado al fortalecimiento de ese vínculo que enriquece de manera significativa el proceso terapéutico.

Generar y mantener la calidad en la prestación del servicio, promoviendo políticas de humanización para que los pacientes tengan mayor disposición en el tratamiento.

Fortalecer e implementar programas de PYP, así como las estrategias de afrontamiento para el redireccionamiento de factores de riesgo que contribuyen a la no adecuada adherencia al tratamiento y desencadenan en afectaciones emocionales y físicas.

Generar la conciencia de la humanización del diagnóstico ya que este es un determinante para establecer adecuadas estrategias de afrontamiento.

Establecer vínculos entre las entidades prestadoras de servicios médicos y sociales que permitan un abordaje interdisciplinar e interinstitucional según los requerimientos de salud de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association, (2003) Manual Diagnostico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM IV TR. Barcelona. Masson
- Badia, X. & Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En A.
- Cantón, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, vol. 20.
- Casullo y Fernandez , Liporace (2001) tomado de Figueroa , M;Cohen,S. Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes.(s,f).
- Carrobes, J. A., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426
- Castellanos, M. y Paez, Y. (2015) Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en la unidad dialy-ser de la ips unipamplona. Universidad de Pamplona.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Recuperado el día 15 de mayo de 2008, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>
- Dulitzky, S Y Schtivelband,G.(2017). Propuesta para mejorar la calidad de vida de los enfermos terminales. Recueprado de <http://www.defensoria.org.ar/publicaciones/pdf/ficha6.pdf>(octubre 2015)
- Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores, inscritos al Programa de asistencia paliativa de la Corporación FORMAR, este estudio fue realizado por Jiry Julieth Flórez González, Olena Klimenko. <file:///C:/Users/Oscar/Downloads/117-466-1-PB.pdf>

Everly (1989) citado por Figueroa, M; Cohen, S. Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes.(s,f).

Fernandez, Abascal (1997). Estudios sobre la escala de estrategias y estilos de afrontamiento, departamento de Psicología básica, Universidad nacional de estudios a distancia, España.(s,f). Disponible en <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>.

Fernández – Abascal, E (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento*. En Fernández Abascal E., Palmero F., Chóliz M. y Martínez F.: *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción* (pp. 189- 206). Madrid: Pirámide

Fernández-Abascal, E., (1998) citado en Loubat, M. y Cuturrafo, N. (2007). *Estrategias de Afrontamiento de padres con respecto a los primero brotes psicóticos de sus hijos y su relación con la adhesión a tratamiento*. *Neuro-psiquiat* 45(4) 269-277. Descargado el 2 de Mayo de 2015 en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-92272007000400002

Figueroa, M; Cohen, s. Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes(s,f).

Green; Alarcon, Sequeiros (2004) citados por Demaria, V. Impacto frente al diagnóstico del cáncer y su afrontamiento, Universidad de Ancocagua, facultad de Psicología.(s,f).Disponible en [file:///C:/Users/ Downloads/tesis-1610-impacto%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Downloads/tesis-1610-impacto%20(4).pdf).

Hernández, S., Fernández, C., Baptista, P., (2006) *Metodología De La Investigación*. 4 Ed. Interamericana Editores SA de CV. México.

Instituto Sharetde Oncología y Radioterapia, Hospital Universitario Hadassah, Israel. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33730306.pdf> .

Kitzinger, tomado de metodología de investigación en educación médica

Lazarus y Folkman (1984);citado por Figueroa , M; Cohen, S.(S,F).Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes

Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción, Manejo e Implicaciones en Nuestra Salud*. Desclée de Brouwer, S.A. España

Martín & J.F. Cano (Eds.). Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid, España: Elsevier.

Mercedes del Alba Martínez Gómez, Afrontamiento y calidad de vida en pacientes Oncológicos (2009); Universidad Veracruzana, facultad de Enfermería. Disponible en <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/624/1/AFRONTAMIENTOCALVIDAPACONCOLO.pdf>

Ministerio de la Protección Social Instituto Nacional de Cancerología E.S.E (2004). El cáncer, aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Disponible en <http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf>.

Organización mundial de la salud OMS, citada por Silvina Dulitzky, Gabriela Schtivelband.

Organización Mundial de la Salud (OMS); Citado por Silvina Dulitzky y Gabriela Schtivelband (s,f). los cuidados paliativos para adultos en los hospitales dependientes de la ciudad aut”noma de buenos aires propuesta para mejorar la calidad de vida de los enfermos terminales, defensoría del pueblo de Buenos Aires, Argentina . Disponible en <http://www.defensoria.org.ar/publicaciones/pdf/ficha6.pdf> .

Oslon; Mc cubbin (1989), citado por Figueroa, M; Cohen, S. Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes.(s,f).

- Peña, Gabriel; Peña, Sonia. Descripción de ideas irracionales de los niñ@s entre los tres y los nueve años con leucemia linfoblástica aguda en relación a su enfermedad de la clínica de cancerología de la ciudad de Cúcuta (2007)
- Restrepo, Marta (2002). Psiconncologia y calidad de vida. Disponible .users/downlands/16096-49828-1-pb.pdf.
- Silvina Dulitzky y Gabriela Schtivelband (s,f). Los cuidados paliativos para adultos en los hospitales dependientes de la ciudad aut”noma de buenos aires propuesta para mejorar la calidad de vida de los enfermos terminales, defensoría del pueblo de Buenos Aires, Argentina . Disponible en <http://www.defensoria.org.ar/publicaciones/pdf/ficha6.pdf> .
- Tigroso, M. Propiedades Psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer. (2009) recuperado de [http://www. Tigrosoobandoz.viviana.com](http://www.Tigrosoobandoz.viviana.com)
- Torrico, E; Vilarino; c; et al. Modelo eclógico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncologia. (2002).Disponible en http://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf.
- Universidad Nacional de Colombia. Psicooncologia y calidad de vida.(s.f) Consultado en: <///c.users/downlands/16096-49828-1-pb.pdf>.
- Villamizar, O. (2014) Estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes de género masculino diagnosticados con cáncer. Universidad de Pamplona
- Watson y Greer(1998); citados por Demaria,v.(s,f). Impacto frente al diagnóstico del cáncer y su afrontamiento. Universidad de Ancocangua, facultad de psicología. Disponible en http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/325/tesis-1610-impacto.pdf.
- Watson, et al; Morrey; Greer. Tomado de Propiedades Psicometricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer. (2009)

FICHA DE DATOS DEMOGRÁFICOS (Anexo A)

Edad: _____

Género: _____

Estado civil: _____

Nivel académico: _____

Ocupación: _____

Lugar de nacimiento: _____

Religión: _____

Diagnostico medico: _____

Hace cuánto tiempo recibió su diagnóstico médico: _____

Evolución de la enfermedad: _____

Tratamiento psicológico: SI () NO ()

Tratamiento oncológico:

Quimioterapia ()

Radioterapia ()

Cirugía ()

Otro ¿Cuál?: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Anexo B)

Tesis de pregrado, Universidad de Pamplona Programa de Psicología.

Tesis. Estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda pertenecientes a la Unidad Hematológica Especializada.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACION.

YO _____,
identificado con cc _____ acepto voluntariamente participar en la aplicación de instrumentos tales como observación, entrevista y grupo focal, dichos instrumentos serán aplicados por la estudiante de X semestre del programa de Psicología de la Universidad de Pamplona, que está llevando a cabo una investigación sobre las Estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda pertenecientes a la Unidad Hematológica Especializada, por lo que se solicita muy amablemente contestar en forma sincera, clara y voluntaria la presente entrevista y grupo focal los cuales bajo mi aprobación serán gravados con fines investigativos, dichas grabaciones serán borradas y destruidas luego de la debida interpretación y análisis de datos. La información suministrada es de carácter confidencial y no será publicada con nombre y apellidos sino se realizara síntesis de las preguntas contestadas y un análisis respectivo para conocer sobre determinados ítem de interés para este estudio.

Firma

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA (Anexo C)

OBJETIVO ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Analizar las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda, pertenecientes a la Unidad Hematológica Especializada.

Fecha:	
Hora:	

Lugar:	
Duración:	

TEMA DE DISCUSIÓN

Estrategias de afrontamiento.

Confrontación

¿De qué manera expresa sus emociones?(conducta, emoción)

Aceptación de la responsabilidad

¿En qué grado se responsabiliza de la situación?

Autocontrol

¿Cómo controla sus pensamientos y emociones en el momento de actuar?

Búsqueda de apoyo social

¿Qué ayudas externas ha empelado para afrontar la situación?

Distanciamiento

¿Qué tanto lo ha alejado de las demás personas?

Huida

¿Qué hace para disminuir los pensamientos frente a la enfermedad?

Planificación

Planificación

¿A raíz de la enfermedad que cambios ha establecido en sus metas y calidad de

vida? Reevaluación Positiva ¿Qué aspectos positivos ha identificado a raíz del diagnóstico de la enfermedad?
--

RESPUESTAS

OBSERVACIONES: _____

DISEÑO PROTOCOLO ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA (Anexo D)

Esta entrevista se desarrollara por intermedio del dialogo socrático, donde se propone un diseño básico de la entrevista, no se establecen preguntas ya que estas tendrán modificaciones en su estructura y formulación de acuerdo al dialogo que se tenga con cada uno de las personas quienes hagan parte de la investigación como población y muestra. (Esta estructura será empleada de la misma forma en el grupo focal)

CATEGORIAS	TIPO DE ANALISIS	DIRIGIDO
Aceptación de la responsabilidad	Intervención	Entrevistador
Confrontación	Intervención	Entrevistador
Distanciamiento	Evaluativo/intervención	Paciente/entrevistador
Autocontrol	Evaluativo/ intervención	Paciente/entrevistador
Escape- evitación	Intervención	Entrevistador
Reevaluación positiva	Evaluativa	Paciente
Planificación	Evaluación/ intervención	Paciente/entrevistador
Búsqueda de apoyo social	Intervención	Entrevistador

ORDEN	SUBESCALA	DESCRIPCION
1	Aceptación de la responsabilidad	Con esta categoría o sub escala se pretende identificar el origen y mantenimiento del problema, desde la perspectiva del paciente, donde se realizara una evaluación para obtener la información clara y adecuada con respecto al criterio a evaluar.
2	Confrontación	Desde la perspectiva o del reconocimiento como terapeuta o evaluador, se emplearan diversas técnicas tales como la escucha activa, evaluación de emociones, con el fin de indagar como es el proceso de confrontación del paciente oncológico.
3	Distanciamiento	Se pretende identificar o evaluar si el paciente se aleja de la situación, ya sea con el fin de evitar el sufrimiento, por el proceso de adaptación o para recuperar fuerzas.
4	Autocontrol	Se pretende evaluar los recursos del paciente oncológico para mantener el autocontrol , de acuerdo a los recursos positivos del paciente se realizara una retroalimentación, la cual tenga como objetivo reforzar al paciente

GRUPO FOCAL (Anexo E)

OBJETIVO GRUPO FOCAL

Analizar las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda, pertenecientes a la Unidad Hematológica Especializada

Fecha:	
Hora:	

Lugar:	
Duración:	

GRUPO
Moderador Grupo
Invitados

TEMA DE DISCUSIÓN
<p><u>Estrategias de afrontamiento.</u></p> <p><u>Preguntas.</u></p> <p>¿Cómo controla sus pensamientos y emociones en el momento de actuar?</p> <p>¿Qué aspectos positivos o negativos ha identificado a raíz del diagnóstico de la enfermedad?</p> <p>¿De qué manera expresa sus emociones? (conducta, emoción)</p>

RESPUESTAS

OBSERVACIONES: _____

HISTORIA DE VIDA 1 (Anexo F)

Soy P1, nací el 29 de octubre de 1985 en Bucaramanga, Santander, desde que tenía tres años vivo en Cúcuta hasta el día de hoy, soy diseñador gráfico, termine la universidad el año pasado y aunque formalmente no tengo trabajo, con un grupo de amigos creamos un lugar donde asesoramos y realizamos pequeños trabajos.

Soy el menor de dos hermanos, de mi infancia tengo bonitos recuerdos, muchos amigos que mantengo hasta el día de hoy, me considero una persona muy sociable, compincherero dice mi mamá, en el colegio nunca fui el mejor pero tampoco el peor, creo que siempre estuve en el término medio.

Mi relación con mis padres siempre ha sido buena tratamos de comunicarnos mucho, no es por ser creído pero mi familia la envidia mucha gente jajajaja, creo que tuve una adolescencia normal, dentro de las cosas normales que puede vivir un joven.

Cuando inicie mis estudios universitarios empecé con el derecho por influencia de mi padre pero al ver que realmente eso no era lo mío decidí cambiarme de carrera. En la universidad conocí muchas personas, entre ellas el amor de mi vida, bueno mi tercer amor ajajajaja, con la cual tengo una hermosa princesa de tres años.

Se podría decir que hasta el momento he llevado una vida normal, pero siempre esa felicidad y esa normalidad le termina dando a uno un giro radical, yo me transporto en moto, siempre me ha gustado la velocidad y sentir el aire en mi cara además de la adrenalina que esto produce, pero tuve un accidente hace un mes, desde que esto paso muchas cosas cambiaron.

Un carro me cerro y no lo pude esquivar, rodé unos metros pero me levante como si nada, pero escupía sangre y sangraba por la nariz, recuerdo que una señora decía eso fijo se reventó por dentro, jajajaja la gente es tan imprudente con sus comentarios, bueno, finalmente me trasladan a la clínica donde me realizan varios exámenes para ver que todo estuviera en orden, pero el sangrado no paraba.

Recuerdo una enfermera decir de manera muy impudente que parecía que yo tuviera lupus o alguna leucemia, yo me le reí y le dije que siempre había estado bien de salud, pero ese comentario me quedo dando botes en la cabeza, porque ya empezaba a sentir miedo con el sangrado.

Finalmente me dieron los resultados, para ese día citaron a mi familia pero solo mi mamá pudo acompañarme, el medico sin más reparos me dijo que tenía leucemia y que tenía que esperar al especialista para que confirmara el diagnóstico y me dijera cual era el plan a seguir.

Es difícil poder describir lo que sentí cuando me dijeron eso, era como si no se estuviera refiriendo a mí, que le estuviera hablando a otra persona, veía el rostro de terror de mi mamá, el llanto que no se hacía esperar, y yo me sentía paralizado, pensé en mi hija, en mi familia, en mis amigos, en mis planes, pensé que muy probablemente el medico se había equivocado, que era una broma, pensé tantas cosas en una sola, pero esa era la realidad, no recuerdo que dije pero mi mamá luego sonreía.

No niego que tengo miedo en mi familia ya alguien murió por este cáncer, un primo con Síndrome de Dawn falleció a los 19 años por la leucemia, pero a pesar de esto yo creo que mi historia puede ser diferente, he tratado de cuidar mi salud, como saludablemente y practico mucho deporte, pero bueno debo esperar a que la vida misma defina que será de mi mañana.

HISTORIA DE VIDA 2 (Anexo G)

Mi nombre es P2, vivo en Cúcuta, nací el 9 de septiembre de 1979, en el municipio del Zulia del departamento Norte de Santander, crecí con mis nonos y mis tíos ya que mi mamá se fue de la casa y nunca volvió, recuerdo mi infancia como algo muy bonito, creo que fue la mejor época de mi vida, no me preocupaba por nada ni por nadie, ni me hacía falta mi mamá porque tenía a mis nonos que me criaron y me educaron con mucho amor.

Por cuestiones económicas, me vine para Cúcuta a buscar trabajo y continuar estudiando, pero como siempre las cosas no salen como uno las planea, no pude estudiar, porque si trabajaba no podía estudiar, entonces empecé a trabajar en lo que me saliera, como muchacha de servicio, mesera, en las cocinas de los restaurantes del centro, donde tuviera la oportunidad, luego conocí a un hombre mucho mayor que yo, y me enamore por primera vez, jajajaja me deje endulzar el oído y me prometió el cielo y la tierra, tuve dos hijos con él, pero después me entere que era casado y al hacerle el reclamo me abandono con mis dos hijos.

Luche contra todo por mis dos hijos, aunque el papa no responda por ellos, porque son mis hijos.

Después de un tiempo, conocí otra persona, me enamore nuevamente, iniciamos una vida juntos, este hombre acepto mis hijos

sin ninguna condición y nuevamente quede en embarazo, se podría decir que por fin tenía lo que había querido tener siempre, una familia completa.

Presente una crisis matrimonial, desde eso mi vida se ha vuelto un caos, mi esposo me fue infiel con una señora que conoció en su trabajo, el maneja una buseta, es la única vez que el me admite que me fue infiel, quien sabe cuántas veces más me puso los cachos y no me di cuenta, pero más que haberme puesto los cachos el problema radico en lo que esa canita al aire le provoco, yo lo notaba raro, él siempre era muy especial conmigo, pero se había distanciado y ni sexualmente me buscaba.

Un día cansada de esta situación le reclame que si ya no me quería era mejor que nos separáramos porque yo ya estaba harta de vivir así, ese día el empezó a llorar, me dijo que teníamos que hablar honestamente y que terminar todo no era la solución, hablamos y finalmente el me acepto que me había puesto los cachos pero que ese no era el problema, yo pensaba lo sínico que era contándome estas cosas, llegue a pensar que de pronto a causa de esos cachos había dejado embarazada a la otra persona con la que andaba pero así no fue.

Después de hablar y hablar y al notar que yo ya me calmaba un rato me dijo que era portador del VIH y que por eso no podía tener relaciones conmigo. Sentí que el mundo se me vino encima, fue algo tan duro, no sentí una balde de agua fría, sentí hielo recorrer mi cuerpo.

Le discutí, peleé, llore, grite, lo golpee me salí de control, y ahora que no lo pienso y lo recuerdo vuelve y causa el mismo daño que causo cuando me entere.

Aunque lo perdone decidimos no estar más juntos, nuevamente lo que deseaba que era mi familia se acaba, y para completar mi situación no me sentía muy bien de salud.

Continúe con mi vida normal, trabajando y dedicada a mis hijos que ahora eran tres, tenía una trabajo duro hacer de papá y mamá a la vez y trabajar duro para mantener a mi familia, pero mis problemas de salud me hacían más difícil la tarea.

Un día una compañera de trabajo me dijo que desde hace algún tiempo me veía pálida y muy ojerosa. Creo que yo también me veía así pero pensé que era por tanta carga. Ese día me pare frente al espejo después de bañarme y fue aterrador lo que vi, no sabía quién era la persona que estaba viendo, mi palidez, las ojeras, y delgadez notaban mi cansancio a la carga que estaba llevando pero los morados en el cuerpo, como si alguien me hubiera dado una paliza, de eso si no tenía razón porque los tenía.

Sin más excusas fui al médico, tenía mucho miedo que mi ex esposo me hubiera contagiado de su enfermedad, empecé las rutinas médicas de examen en examen. Para descartar cualquier cosa, en especial el SIDA al cual le tenía mucho miedo.

En todo este proceso mi ex esposo se acercó nuevamente y con todo lo que yo estaba viviendo lo perdone, porque realmente me sentía sola.

Un día fui al médico por unos resultados de los exámenes, el doctor me dijo que tenía que comunicarme algo muy delicado pero que tratara de tomarlo con calma, la verdad tenía mucho miedo, finalmente me dijo que tenía leucemia, no sabía que sentir, si alivio porque no fuera SIDA o angustia porque probablemente me iba a morir y mi esposo enfermo también pesaba en mis hijos, en lo que pudiera ser de ellos si yo faltara.

He vividos cosas duras en toda mi vida, pero nunca pensé pasar por esto, ya tuve mi primer cita con el doctor Varon él es el especialista, el me explico en que consiste la enfermedad y me aclaro que existen varios tipos de leucemia, está a la espera de unos exámenes para poder determinar mi tratamiento.

Todo esto ha sido muy duro pero por mis hijos he tratado de sobrellevar esto, finalmente perdone a mi esposo porque con lo que estoy viviendo pensé en el cuándo se enteró de su enfermedad, lo difícil que puede ser tener algo así y no poder decírselo a alguien, o sentir apoyo las personas que uno quiere.

Aun no se lo he dicho a mis hijos ni a mis nonos, por ahora no lo quiero hacer no me siento preparada, el único que lo sabe es mi esposo,

ni siquiera los pocos amigos que tengo, es algo que estoy viviendo yo sola con el apoyo de él.

No le niego que tengo miedo y pienso lo injusta que puede ser la vida con algunas personas, pero pienso en mis hijos y ellos son mi motivo para continuar, tampoco quiero perder mi cabello, ni quiero que mis hijos me vean así, pero bueno ya aquí no cuenta lo que uno quiera sino lo que le toco vivir.

HISTORIA DE VIDA 3 (Anexo H)

Soy P3, nací el 28 de abril del año 1988, en Cúcuta capital de Norte de Santander, mi mamá era una adolescente cuando me trajo a este mundo, estaba apenas terminando el bachillerato, mi padre empezaba la universidad, sé que quizá no llegue en buen momento, pero bueno.... Fue su decisión, como también lo fue que a partir de mi llegada su relación terminara. Desde ahí mi relación con mi padre se volvió muy escasa y alejada. Crecí con mis abuelos maternos, los cuales ame y amo con todo mi ser. Sé que tengo hermanos por parte de mi padre pero mi relación con ellos es tan nula como mi relación con él. Mi madre no tuvo más hijos así que fue el único y por lo tanto consentido y mimado por mis abuelos como por mi mamá. Tengo muy lindos recuerdos de mi infancia, por ser el consentido nunca hubo un maltrato, ni algo negativo, por eso creo que mi carácter y mis hábitos se formaron así, ya que siempre obtuve lo que quise y tengo muy claro que eso puede ser bueno y también malo. Nunca me gusto el deporte, ni siquiera salía a jugar con mis amigos a la calle como lo hacían otros niños....me gustaba permanecer en mi casa, jugando con todos mis juguetes o simplemente viendo televisión.

Soy consciente que a partir de todo esto, me convertí en una persona sedentaria, no corría como los demás niños, ni practicaba algún deporte y cuando llegue a la adolescencia sufrí con esto, porque pase de ser el gordito lindo y juicioso de la escuela, a ser el gordo del colegio. Aun con todo esto, me divertía, tenía más facilidad para llegarles a las niñas y una que otra se enamoraba de mi jajajajaja así fuera gordo. Siendo honesto no recuerdo nunca llevar una alimentación sana. Y eso es preocupante para mí hoy en día. Sé que viví de excesos,

mi alimentación nunca fue buena, aunque pensara lo contrario cuando era más joven, pensaba que comiendo pizza, hamburguesas, pollo en todas las versiones, picadas, salchichas y mucha gaseosa, comía bien, era como si me sintiera pleno, pero tarde que temprano la vida me paso cuenta de cobro.

Recuerdo que en el colegio siempre sacaba una excusa cuando tenía que hacer algún deporte o alguna actividad física, y esto hacia que perdiera el año y me cambiaran de colegio, pero seguía en las mismas, fue cuando desarrolle la pasión por los computadores. Por la edad me imagino yo, empecé a revelarme contra mi abuela y mama, mi abuelo falleció y mi familia se conformaba por mi abuela y mi mamá, mi padre siempre tuvo una permanencia en mi vida solo en la economía, pero fue muy poco el tiempo que compartí con él. Fui creciendo pero seguía siendo el gordo y ya no tan agradable para las chicas así que esto hizo que me refugiara más en mi casa y seguí alimentándome de muy mala forma.

Fui creciendo y logre graduarme del colegio, de colegio en colegio hubo uno que finalmente me graduó, y sin pensarlo mi estado físico había mejorado, ya que en el colegio que me gradué era militar, me obligaron a mejorar mi desempeño físico y logre bajar de peso pero, la ansiedad por comer seguía intacta, además empecé a fumar y tuve algunas crisis de salud, fue cuando me dijo el médico que era hipertenso y que era muy triste porque yo era muy joven, apenas estaba cumpliendo 18 años.

Ese fue el primer miedo que tuve respecto a mi salud y aun con eso seguí con ese estilo de vida con el que venía, intente entrar al ejercito pero me rechazaron por condiciones médicas al parecer tenía una desviación en la columna y no pude continuar con ese sueño así que decidí entrar a la universidad, para empezar alguno de mis sueños que era ser Ingeniero Civil o Arquitecto. Al ingresar a la universidad, conocí a una nena, que se convirtió por algún tiempo en mi amiga, pero después fuimos algo más, con ella me sentía pleno, sentía que me aceptaba como yo era después de tantos rechazos.

Empecé una relación estable y duradera, me sentía completo, valorado y amado, era como si hubiera encontrado mi media naranja, mi alma gemela, pero aun con toda mi felicidad, no me cuide físicamente, sabía que era hipertenso y no cuidaba mi alimentación y mucho menos realizaba alguna actividad física. Ella tomo la decisión que yo no podía seguir así, entonces se inventó que debíamos salir a caminar un tiempo determinado, y así lo hicimos y me sentía bien.

Tiempo después decidí que debería formalizar mi decisión de estar junto a esta mujer y decidí pedirle matrimonio, nos casamos por lo civil y consideraba que era feliz y completo, jajajajaa ya que después de casarme mi novia-esposa me dio la noticia que sería papá. No lo podía creer, era una noticia que hizo que reevaluara por completo mi vida. Anhelaba tener un hijo y ser ese padre que yo no tuve, pero bueno no todo puede ser perfecto.

Dentro de la perfección llega lo imperfecto, era feliz, tenía lo que siempre había querido, y no me refiero a las cosas materiales, porque eso si no tenía nada jajajaja era un universitario con familia, ahora contando esto, me pregunto porque hice las cosas así?, si todo esto en el fondo tiene algún significado?, bueno continuando con esto, a los meses de tener a mi hijo conmigo, me di cuenta que el sobrepeso se me había salido de control y empecé a sentirme mal, no porque mi esposa no me aceptara así, me empecé a sentir mal físicamente.

Con mis miedos presentes todos los días, porque sabía que algo malo ocurría dentro de mi aguante días y días así, los síntomas sin saber que era lo que tenía se hacían presentes, fiebre nocturna, diarrea y vómito constante, y manchas rojas en todo el cuerpo aunque hoy en día sé que se llaman petequias, por insistencia de mi esposa, pensando que era un cuadro de dengue prácticamente me obligo a ir al médico, y con lo que yo detestaba ir al médico , ver gente enferma, agujas y pastillas además de ese olor particular ashhhh que cosa tan fea.

Al llegar a la clínica, por urgencias no me querían atender, empezaron a juzgarme por mi aspecto físico, que como yo era tan gordo eso era algún problema relacionado con mi sobrepeso, pero realmente me sentía mal y me toco prácticamente rogar e implorar para que me atendieran, finalmente lo hicieron colocándome una inyección en una nalga y me dijo la enfermera espere a ver cómo se siente con la inyección. Yo espere pero empecé a notar algo extraño en la nalga me sentía mojado, al tocarme mi mano se lavó de sangre y la enfermera al ver esto se asustó y obvio me asusto también a mí. Inmediatamente me hospitalizaron, me explicaron que esto no era normal y que debían

comunicarse con algún familiar, ya que yo había ido solo porque mi esposa estaba con mi hijo.

Lo que me decían las enfermeras era que muy probablemente tenía dengue hemorrágico y que debía permanecer en la clínica unos días, ashhh que cosa tan fea esa, finalmente mi esposa llegó, algunas enfermeras la llamaron porque debía hablar con el médico internista yo aún no sabía nada y pensaba que con todo lo que tenía era dengue. Mi esposa hablaba con los médicos y me decía que estuviera tranquilo pero en sus ojos yo veía que algo pasaba, ella me decía que era el hecho de tener que quedarme en la clínica que la ponía triste.

Luego los médicos de tantos exámenes me dijeron que tenía que ser evaluado por un hematólogo, porque en mi sangre no había normalidad, pero aun yo pensaba que era por el dengue, seguía hospitalizado cuando conocí al doctor Carlos Varon, no sabía quién era ni porque él me tenía que hablar, fue cuando escuche lo que probablemente había sospechado pero no había aceptado. Ese día mi vida se partió, él llegó y simplemente me dijo soy el doctor fulano de tal estoy aquí porque usted tiene un cuadro oncológico en la sangre, puede ser una leucemia, es decir tiene cáncer en la sangre voy a practicarle algunos exámenes para determinar qué tipo de cáncer es y cuál será el tratamiento a seguir. Así sin más ni menos. Recuerdo que yo aún le preguntaba que si podía estar equivocado, porque yo pensaba que era dengue. Él insistía que no era probable que él estuviera equivocado.

No sabía qué hacer, que pensar, que decir, vi a mi esposa y a mi mamá acercarse con lágrimas en la cara, diciendo todo va a estar bien, tuve rabia porque pensé que ya todo el mundo sabía menos yo, tuve miedo, porque pensé en la muerte muy próxima, sentí tristeza por mi hijo ya que yo si quería ser el padre que yo no tuve, también sentí tristeza por mi esposa porque sé cuánto me ama y cuanto la amo y lo que esto significa para ella y sentí tristeza por mi mamá no era justo lo que estaba ocurriendo para ninguno de nosotros.

Días después de hablar mucho con mi esposa, de haber salido de la clínica, de buscar incansablemente información por internet sobre lo que me estaba ocurriendo, de noches de lágrimas y de pensamientos, asistí al médico donde el doctor Varon, me confirmo el diagnóstico y me explico el tipo de leucemia que tengo LLA además del tratamiento, me explico también las posibles causas, una de ellas mi sobrepeso, mi sedentarismo, mis malos hábitos alimenticios etc, etc, era como confirmar algo que yo en el fondo lo sabía.

Actualmente estoy incapacitado, esperando comenzar el tratamiento de la quimioterapia y evaluando cada día de mi vida, esperando con ansias lo que pueda suceder más adelante.