

Necesidades que tienen los pacientes con cáncer de próstata para mejorar su calidad de vida en el proceso del tratamiento oncológico

MED. GRAL. KAREN EDITH MEJÍA GARCÍA

2026



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

Necesidades que tienen los pacientes con cáncer de próstata para mejorar su calidad de vida en el proceso del tratamiento oncológico

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Med. Gral. Karen Edith Mejía García

Dirigido por:

Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

Directora de tesis

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.

“Necesidades que tienen los pacientes con cáncer de próstata para mejorar su calidad de vida en el proceso del tratamiento oncológico”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Med. Gral. Karen Edith Mejía García

Dirigido por:

Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

Firmas

Med. Esp. Luz Dalid Terrazas Rodríguez
Presidente

Med. Esp Karla Elizabeth Margain Pérez
Secretario

Med. Esp Citlally Dolores Mayorga Bautista
Vocal

Med. Esp Oscar Miguel Robledo Abarca
Suplente

Med. Esp Arizbeth Aguilar Arteaga
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Fecha de aprobación por el Consejo Universitario. Febrero 2026.

México

Resumen

Introducción. El cáncer de próstata representa para los que lo padecen, un largo proceso en el tratamiento médico oncológico, requiriendo de cuidados paliativos; estos se encargan del alivio del dolor y otros síntomas acompañantes, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales, para alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia durante su padecimiento, sin embargo, se tienen el obstáculo del desconocimiento de los mismos. **Objetivo.** Conocer las necesidades de los pacientes con cáncer de próstata que se encuentran en tratamiento oncológico, para mejorar su calidad de vida. **Metodología.** Se llevó a cabo un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, en pacientes con cáncer de próstata en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria IMSS, Querétaro, México. Con una muestra con técnica probabilística por conveniencia, se realizó videograbación de 6 pacientes mediante una entrevista semiestructurada, posteriormente se procesó y analizó sus datos destacando la información más relevante y necesaria para la investigación, previa firma de consentimiento informado. **Resultados:** Los 6 pacientes entrevistados se encontraban en un rango de edad de 46 a 79 años, el 66.6% se encuentran pensionados y el 100% se encuentran tanto en un nivel socioeconómico medio, casados, cuentan con un cuidador primario (esposa) y desconocen la etapa o evolución en el que se encuentra su enfermedad en estos momentos, el 66% profesan la religión católica, en ellos predomina un 50% enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2; se demostró que el apoyo de la familia es fundamental en ellos, los pacientes se encuentran con sentimientos tanto negativos como son la angustia, el miedo y la frustración; así como sentimientos positivos, la felicidad, el orgullo y el entusiasmo. Contribuyendo a las modificaciones en su estilo de vida y apego a tratamiento médico, así como su fortaleza espiritual. **Conclusión.** La familia y la espiritualidad conforman el pilar fundamental en el proceso de esta enfermedad y genera en el paciente mayor confort durante su tratamiento. **Palabras claves.** Cáncer de próstata, cuidados paliativos, sentimientos, familia, espiritualidad, métodos cualitativos

Abstract

Introduction. Prostate cancer represents a long process of medical oncology treatment for those who suffer from it, requiring palliative care. Palliative care is responsible for alleviating pain and other accompanying symptoms, as well as psychological, social, and spiritual problems, in order to achieve the highest possible quality of life for the patient and their family during their illness. However, there is the obstacle of a lack of knowledge about palliative care.

Objective. Identify the needs of prostate cancer patients undergoing oncological treatment to improve their quality of life. **Methodology.** A qualitative study with a phenomenological approach was conducted on prostate cancer patients at the IMSS Outpatient Medical Unit in Querétaro, Mexico. Using a convenience sampling technique, six patients were videotaped during a semi-structured interview. The data was then processed and analyzed, highlighting the most relevant and necessary information for the research, after obtaining informed consent. **Results.** The 6 patients interviewed were in an age range of 46 to 79 years, 66. 6% are pensioners and 100% are in a medium socioeconomic level, married, have a primary caregiver (wife) and do not know the stage or evolution in which their disease is at this time, 66% profess the Catholic religion, in them 50% predominate chronic diseases such as type 2 diabetes; it was shown that family support is essential in them, patients are both negative feelings such as anguish, fear and frustration; as well as positive feelings, happiness, pride and enthusiasm. Contributing to changes in their lifestyle and adherence to medical treatment, as well as their spiritual strength. **Conclusion.** Family and spirituality are the cornerstones of the disease process and provide patients with greater comfort during their treatment.

Keywords. Prostate cancer, palliative care, emotions, family, spirituality, qualitative methods.

Dedicatorias

A mis queridos padres, que con su amor y sabiduría me han guiado a lo largo de este viaje académico, por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia.

A mis hijos, por ser mi fuente constante de inspiración y motivación. Su amor y alegría me impulsan a seguir creciendo y aprendiendo cada día, dando lo mejor de mí.

Con todo mi cariño, esta tesis es para ustedes.

Agradecimientos

A la Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez por orientarme y apoyarme en mi trabajo de investigación.

Al Mto. Omar Villicaña por asesorarme en la redacción de este trabajo.

A mi familia por enseñarme el valor de la resiliencia y por siempre creer en mí y ayudarme a luchar por mi meta.

A mis compañeros de residencia que me apoyaron en este camino de experiencias y aprendizajes.

Índice

Resumen	3
Abstract	4
Dedicatorias	5
Agradecimientos	6
Índice	7
Índice de cuadros	9
Abreviaturas y siglas	10
I. Introducción	11
II. Antecedentes	13
III. Fundamentación teórica	16
III.1 Próstata y su Neoplasia	16
III.2 Cuidados paliativos	18
- III.2.4.1 Eutanasia:	20
- III.2.4.2 Suicidio asistido:	20
- III.2.4.3 Distanasia:	20
- III.2.4.4 Ortotanasia:	21
- III.2.4.5 Obstinación terapéutica:	21
III.3 Ética	21
III.3.1 aspectos legales	23
III.4 Dolor	25
III.4.1 Taxonomía del dolor	25
IV. Hipótesis	36
V. Objetivos	37
V.1 Objetivo general	37
V.2 Objetivos específicos	37
VI. Material y métodos	38
VI.1 Tipo de investigación	38
VI.2 Población de análisis	38
VI.3 Muestra y tipo de muestreo	38
VI.3.1 Criterios de selección	38
VI.3.2 Caracterización de la población	38
VI.4 Técnicas e instrumentos	40
VI.5 Procedimientos	40
VI.5.1 Análisis de datos	42

VII. Consideraciones éticas	42
VIII. Resultados	44
IX. Discusión	65
X. Conclusiones:	71
XI. Fortaleza	72
XII. Propuestas	72
XIII. Bibliografía	74
XIV. Anexos	84
XIV.1 Hoja de recolección de datos	84
XIV.2 Instrumento	85
Entrevista Semiestructurada	85
XIV.3 Carta de consentimiento informado	86
XIV.4 Registro SIRELCIS	89
XIV.4 Registro UAQ	90

Índice de cuadros

Cuadro	Contenido	pagina
Cuadro 1	Matriz de categorización	39
Cuadro 2	Categorías y Subcategorías	44

Abreviaturas y siglas

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

UMF: Unidad De Medicina Familiar

INEGI: Instituto Nacional De Estadística y Geografía

UMAA: Unidad Médica De Atención Ambulatoria

UMF: Unidad de Medicina Familiar

SIAIS: Red local de consulta Sistema de información de atención integral de la salud

GLOBOCAN: Observatorio Global De Cáncer

APE: Antígeno Prostático Específico

ADT: Terapia De Privación De Andrógenos

DRE: Examen Rectal Digital

UNAM: Universidad Autónoma De México

ENARM: Examen Nacional De Residencias Medicas

RAE: Real Academia Española

IASP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor

I. Introducción

El cáncer de próstata se define como la proliferación incontrolada de células epiteliales de la glándula prostática, que incluye células secretoras lumbinales, células basales y, en raras ocasiones, células neuroendocrinas. Este cáncer tiene un comportamiento biológico que puede variar en su potencial maligno y en su pronóstico, con una notable heterogeneidad. Aproximadamente el 80% de los casos se clasifican como avanzados al momento del diagnóstico, lo que generalmente se asocia con un pronóstico menos favorable (Wein, 2007; Tanagho, 2020a, p1-14).

Según datos del Instituto nacional de estadística geografía e informática (INEGI) se reporta durante un periodo del año 2022-2023 un total de 14,599 defunciones a nivel nacional por cáncer de próstata, de las cuales en el estado de Querétaro tenemos 210 defunciones en ese mismo periodo (INEGI, 2023).

A pesar de la eficacia inicial de los tratamientos para el cáncer de próstata, como la terapia hormonal y el uso de antiandrógenos, el cáncer puede volverse insensible a los andrógenos después de un período de tratamiento. Este fenómeno, conocido como resistencia a la castración, suele ocurrir en un promedio de 12 a 18 meses. Cuando esto sucede, el cáncer puede reaparecer de manera más agresiva y difícil de controlar (Rojas, 2011).

Con base a la estadística, en la red local de consulta del Sistema de Información de Atención Integral para la Atención de la Salud (SIAS) en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria, (UMAA) 1 Querétaro, se realiza el muestreo en el mes de marzo de 2023 donde se tienen registrados 10 pacientes que reciben tratamiento oncológico, de los cuales ninguno se encuentra dentro de algún programa de cuidados paliativos del sistema de salud. Cada mes estos pacientes cambian, por desertar en tratamiento o

fallecimiento, sin embargo, oscilan entre 6-10 pacientes en control mes con mes (SIAIS, 2023).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como: “cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia” (OMS, 2020).

La razón de esta investigación es saber cuál es el conocimiento que se tiene acerca de los cuidados paliativos y como estos pueden ayudar en el proceso que enfrenta el paciente y con ello beneficiar su calidad de vida y de su entorno familiar, teniendo en cuenta que en la UMAA 1, sitio donde se recibe su tratamiento oncológico, no se cuenta con el equipo multidisciplinario de atención en cuidados paliativos. Por ende, no se tiene conocimiento de las necesidades de cada paciente y de los familiares sobre cómo afrontar esta crisis paranormativa a la que se enfrentan como familia.

Se pretende resaltar la necesidad de ejercer el derecho de aquellas personas con enfermedades terminales como es el cáncer de próstata y empatizar desde el área social, espiritual y familiar, para brindar la orientación sobre como poder mejorar su calidad de vida tanto del paciente como la de su entorno desde el primer nivel de atención en salud.

Es importante guiar tanto al paciente como al familiar en esta situación que viven tan vulnerable como lo es esta enfermedad terminal, conocer el dolor y la atención que demandan estos y sobre todo llevar a los familiares hasta el final de la enfermedad del paciente, apoyarlos y darle orientación a todo su entorno, para que esté se encuentre en su zona de confort, y lleve un mejor apego a su tratamiento médico, porque al final es un derecho que tienen los pacientes de sentirse confortables e íntegros con cada atención y tratamiento médico que se les ofrece.

II. Antecedentes

En México, existen solo 120 equipos de cuidados paliativos, lo que limita el acceso a este servicio al 3% de los pacientes que lo requieren. Se estima que al año hasta 600,000 pacientes terminales o crónicos requieren este servicio médico. El desajuste entre la necesidad y la disponibilidad resalta la importancia de fortalecer y expandir este servicio en el país (González, 2021).

Los prestadores de servicios de salud que se necesitan para brindar y ofrecer alivio tanto de síntomas, efectos secundarios del tratamiento al paciente y acompañar durante el proceso a la familia y/o cuidador primario, se encuentran: Médico especialista, enfermera, auxiliar de enfermería, psicólogo, trabajadora social, consejero espiritual y nutriólogo (OPS, 2020).

Cerezo (2025) en una investigación realizada en Ecuador se determinó que los estudios revisados demuestran que las intervenciones de enfermería en visitas domiciliarias en cuidados paliativos, aunque son escasas, tienen un impacto positivo y están respaldadas por evidencia científica, sugiriendo la necesidad de perfeccionar estas prácticas para mejorar la calidad de vida de los pacientes terminales y sus familias.

En una investigación realizada por García-Espinosa (2021) concluye que desde el inicio de la formación médica se deben emplear estrategias de enseñanza sobre las necesidades de los cuidados paliativos y acompañamiento al final de la vida de un enfermo, para que influya en la confianza y el conocimiento de los médicos para poder tratar pacientes de esta índole.

Ordoñez (2021) menciona que desde la formación del médico como residente se debe trabajar en el proceso de enfrentar la ansiedad sobre la muerte de sus pacientes, para así poder contener sus emociones, impartiendo desde nivel universitario la bioética y temas humanísticos. De

esta manera el médico estará preparado para ayudar y acompañar al paciente y familiar a enfrentar el final de la vida. La atención integral y personalizada, una relación sólida y de confianza entre médico y paciente, una comunicación clara y empática, así como la práctica de la beneficencia por parte del médico, son aspectos esenciales a tener en cuenta en el cuidado de pacientes con cáncer terminal. Estos elementos contribuyen significativamente a mejorar la calidad de vida y a proporcionar un apoyo humano y profesional durante una etapa tan delicada.

Burgos (2024) en su investigación realizada en Bolivia trabajó con familias la cual analizó a través de un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, las experiencias de las familias arrojando, que el tener un paciente con enfermedad terminal los expone a niveles altos de estrés, ansiedad y depresión, sentimientos de pérdida, y duelo anticipado, conflictos familiares y dificultades en la comunicación. Siendo importante reconocerlos a tiempo para brindarles el apoyo correspondiente con psicología. Esta terapia ayudó a familias a que expresaran sus emociones y compartieran preocupaciones, ayudando a las familias a buscar estrategias de afrontamiento efectivas.

En un trabajo realizado por Campos (2023) donde se trabajó con los cuidadores principales de pacientes con enfermedades terminales, se llegó a la conclusión de que a mayor espiritualidad (intrapersonal, interpersonal y transpersonal) mayor nivel de resiliencia siendo éste un factor protector para el paciente.

Ascencio (2024) en su investigación en población mexicana, menciona que los pacientes que alcanzan paz interior y un sentido de propósito en la vida perciben su existencia como significativa y satisfactoria. Esto les permite encontrar consuelo en su interior, lograr una armonía personal, y obtener apoyo en sus creencias espirituales, fortaleciendo su fe a través de la experiencia de la enfermedad. Por el contrario, aquellos que emplean la evitación cognitiva como mecanismo de afrontamiento tienden a

limitar la aceptación de la enfermedad y su bienestar espiritual. Para lograr este objetivo se requiere de un experto, ya sea un psicooncólogo o psicólogo paliativista, implementado intervenciones psicológicas, tales como la terapia centrada en el significado, la terapia centrada en la compasión, la terapia de dignidad y el acompañamiento espiritual.

Sánchez-Guardiola (2021) en una investigación con enfoque fenomenológico, se analizó a través de la inteligencia emocional, bienestar individual y el manejo del sufrimiento en pacientes con enfermedades crónicas y terminales en población de España, donde se encontró que la experiencia de una persona enferma va más allá del dolor físico e incluye aspectos emocionales como la ansiedad, el miedo y la necesidad de encontrar sentido a su situación. Para enfrentar esto, es fundamental desarrollar una actitud resiliente y de cuidado hacia uno mismo y los demás, además se propone una renovación educativa que promueva una pedagogía del cuidado y del manejo del sufrimiento, basada en valores, habilidades y compromiso social.

Singaicho (2023), tras revisar artículos científicos publicados entre 2015 y 2025 en bases como PubMed, Scopus y Google Scholar, se identificó una relación significativa entre la valoración que los pacientes otorgan a los cuidados recibidos y su nivel de satisfacción. Aunque la atención física y el trabajo de equipos multidisciplinarios son bien evaluados, aún existen carencias en el acompañamiento espiritual y el apoyo social. El apoyo emocional se reconoce como un pilar esencial en los cuidados paliativos, pero requiere más recursos y capacitación especializada para ser verdaderamente efectivo. Asimismo, el acompañamiento espiritual, aunque no siempre es prioritario para todos los pacientes, cobra gran relevancia en etapas terminales, lo que demanda la inclusión de consejeros espirituales en los equipos de atención. Para lograr una atención más completa, es necesario ajustar continuamente los cuidados a las necesidades cambiantes de los pacientes con un enfoque humano.

III. Fundamentación teórica

III.1 Próstata y su Neoplasia

La próstata es un órgano compuesto por tejido fibromuscular y glandular, ubicado justo debajo de la vejiga, con un peso aproximado de 20 gramos. En su parte posterior, la próstata rodea a la uretra, que tiene una longitud de 2.5 cm, mientras que en su parte anterior recibe soporte de los ligamentos puboprostáticos. En la parte inferior, la próstata está sostenida por el diafragma urogenital. Además, la región posterior de la próstata es atravesada por los conductos eyaculadores (Tanagho, 2020a, p1-14).

La clasificación de Lowsley, la próstata se divide en 5 lóbulos, anterior, posterior, medio, lateral derecho y lateral izquierdo, esta clasificación se utiliza para exploraciones cistouretroscópicas. La clasificación de McNeal la divide en 3 zonas: la zona periférica, que constituye el 70% del volumen de la próstata en un adulto joven; la zona central, que representa el 25%; y la zona de transición, que abarca el 5%. Cada una de estas zonas es propensa a diferentes tipos de procesos neoplásicos. Del 60 a 70% se originan en la zona periférica, 10-20% en la zona de transición y de 5-10% en la zona central (Tanagho, 2020b, p364-370).

Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer en el año 2020 se registraron 19,3 millones de nuevos casos de cáncer y cerca de 10,0 millones de muertes por cáncer. Además, se registró una incidencia de 1.414.259 casos de cáncer de próstata (7,3%) por 100.000 personas y una mortalidad de 375.304 (3,8%). En 2040, se prevé que habrá 28,4 millones de casos de cáncer en todo el mundo, un aumento del 47 % con respecto a 2020, con un aumento mayor en los países en transición (64 % a 95 %) frente a los países en transición (32 % a 56 %) debido a los cambios

demográficos (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (GLOBOCAN) 2020).

Los datos de Mortalidad de INEGI en el año 2022-2023 son de 14,599 defunciones por cáncer de próstata a nivel nacional y en el estado de Querétaro se cuantificaron 210 defunciones en estos dos años (INEGI, 2023).

Sartor (2022) reconoce los siguientes factores de riesgo para cáncer de próstata: la edad, el origen étnico, los factores genéticos y posiblemente influyen los factores dietéticos; en cuanto a los cambios de estilo de vida y la adaptación que se tiene entre esta enfermedad y la vida diaria, se define según la American College of Lifestyle Medicine como: “La medicina del estilo de vida es un enfoque basado en evidencia que busca prevenir, tratar e incluso revertir enfermedades reemplazando conductas no saludables por saludables, tales como comer de forma saludable, estar físicamente activo, aliviar el estrés, evitar el abuso de sustancias peligrosas, dormir adecuadamente y tener un sólido sistema de apoyo emocional” (ACLM, 2022).

El comportamiento clínico del cáncer de próstata varía desde un tumor bien diferenciado, asintomático, microscópico, detectado mediante un antígeno prostático específico (APE), hasta el cáncer de alto grado, agresivo, más raro, detectado mediante un examen que puede causar metástasis, morbilidad y muerte. Entre los signos y síntomas que podemos tener: asintomáticos, hematuria, hematospermia y dolor óseo (Taplin, 2023).

El diagnóstico de cáncer de próstata se confirma mediante un examen histológico del tejido obtenido a través de una biopsia de próstata. Esta biopsia se realiza en pacientes con alguno de los siguientes criterios: Tacto rectal anormal, APE superior a 10 ng/ml., niveles elevados de APE en

relación con el rango esperado para la cohorte de edad del paciente, aumento en el APE de más de 0.75 ng/ml durante un año, presencia de un nódulo, induración o asimetría detectada durante el examen rectal digital (DRE) (IMSS, 2018; Taplin, 2023).

La terapia de privación de andrógenos (ADT) es el principal enfoque terapéutico y se usa con frecuencia en combinación con otros tratamientos como son los inhibidores de la síntesis de andrógenos y los antagonistas de los receptores de andrógenos. Por lo que se ocasionan efectos secundarios importantes, como: disfunción sexual, osteoporosis y riesgo de fracturas óseas, la disminución de músculo y aumento de grasa, la disfunción cognitiva y los cambios en la imagen corporal (Smith, 2022).

Después del tratamiento, aquellos sobrevivientes requerirán una atención integral (urólogo, oncología médica, médico familiar) enfocada en la prevención y en los cuidados posteriores, como en realizar pruebas para monitorear la progresión y/o recurrencia de la enfermedad, vigilancia de la calidad de vida (síntomas urinarios, sexual, vitalidad e intestinal), secuelas por el tratamiento (disfunción sexual, imagen corporal y/o autoestima), que lleve un estilo de vida saludable (dieta, ejercicio, evitar el uso de sustancias nocivas, tabaco), vigilar enfermedades cardiovasculares y monitorización de APE cada 6-12 meses y posterior a 5 años de forma anual (Higano, 2022).

III.2 Cuidados paliativos

III.2.1 Evolución histórica

El término "*hospice*" se originó en Europa alrededor del año 1065, describiendo un albergue que ofrecía refugio, comida y descanso a viajeros o peregrinos exhaustos o enfermos tras haber recorrido largas distancias. La traducción al castellano del término sajón es "hospicio," derivado del latín "*hospitium*" (acción de acoger, albergue, refugio) y "*hospes*" (huésped, anfitrión). A principios del siglo XIV, la Orden de los Caballeros Hospitalarios

de San Juan de Jerusalén inauguró en Rodas el primer "hospicio" dedicado a personas gravemente enfermas o moribundas (Lutz, 2011; González, 2012).

III.2.2 Definición

La OMS define los cuidados paliativos como: “cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia” (OMS, 2020).

Para la real academia española (RAE), *paliar* significa: tratamiento o remedio que tiene como finalidad mitigar, suavizar o atenuar el dolor de un enfermo (RAE, S/F).

III.2.3 Estadística

Se estima que anualmente aproximadamente 40 millones de personas requieren cuidados paliativos; de estas, el 78% vive en países de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, a nivel mundial, solo el 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben (OMS, 2020).

En México, actualmente existen solo 120 equipos de cuidados paliativos, lo que limita el acceso a estos servicios a solo el 3% de los pacientes con enfermedades crónicas. Sin embargo, se estima que hasta 600,000 pacientes terminales o crónicos al año requieren este tipo de servicios médicos. Este desajuste entre la necesidad y la disponibilidad de cuidados paliativos resalta la importancia de fortalecer y expandir estos servicios en el país (González, 2012).

En el Consejo Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) aprobó, en su última sesión del año 2023, la creación de la

especialización en Medicina Paliativa, la cual formará médicos y médicas capaces de ofrecer cuidados de alta calidad científica con un enfoque humanista y vocación social de servicio, con una duración de 3 años a través de la selección del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM).

III.2.4 Otras definiciones

- III.2.4.1 Eutanasia:

Para la RAE se define como la intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura se conoce como eutanasia. Este procedimiento se aplica a personas con una enfermedad terminal para evitar más sufrimiento y, en algunos casos, para preservar la dignidad del paciente en sus últimos momentos. Implica la administración de sustancias letales por parte de un médico u otro profesional de la salud para provocar la muerte de manera controlada y voluntaria (RAE, S/F).

“Es el acto médico llevado a cabo a petición expresa del paciente desahuciado que no desea vivir con dolor o sufrimiento inevitable su agonía.”

Citado por Paulina Rivero Weber, directora del Programa de Bioética de la Universidad Nacional Autónoma México.

- III.2.4.2 Suicidio asistido:

Provisión (por un médico u otro profesional de salud, o por un miembro de la familia o amigo) de apoyo y/o los medios que dan a un paciente el poder de poner fin a su propia vida (DECS, 2024).

- III.2.4.3 Distanasia:

Consiste en la prolongación exagerada del proceso de morir de un paciente, resultante del empleo inmoderado de medios terapéuticos

extraordinarios o desproporcionados, que linda con el ensañamiento, encarnizamiento terapéutico (Alcaraz, 2022).

- **III.2.4.4 Ortotanasia:**

Muerte natural de un enfermo desahuciado sin someterlo a una prolongación medicamente inútil de su agonía (RAE, S/F).

- **III.2.4.5 Obstinación terapéutica:**

Consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo. Constituye una mala práctica médica y una falta deontológica (OPS, 1998.P.9-14).

III.3 Ética

La ética es “Conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida” (RAE, S/F); aunque no todos los pacientes están conscientes o preparados para comprender la dimensión de su enfermedad, cada uno debe de ser libre de decidir, dentro de los principios más importantes están la dignidad, autonomía y la libertad del paciente.

Beauchamp y Childerss, a partir del Informe Belmont 1998, reformulan un método sistemático de reflexión basado en los 4 principios:

1. Principio de beneficencia. Es la obligación de hacer o buscar el bien del enfermo. Se basa en que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen deben beneficiar al paciente, ser seguros y efectivos.
2. Principio de no maleficencia. En cualquier acto médico hay un riesgo de hacer daño. El balance entre los beneficios y los riesgos de cualquier actuación médica debe ser siempre a favor de los beneficios.

3. Principio de autonomía. Tiene en cuenta la libertad y la responsabilidad del paciente que es quien decide lo que es bueno para él.
4. Principio de justicia. Consiste en la imparcialidad de cargas y beneficios. Promueve la equidad evitando desigualdades en la atención sanitaria.

El respeto por la dignidad de la persona y la aceptación de la finitud de la condición humana son las dos actitudes fundamentales que orientan la práctica de la Medicina Paliativa (Arce, 2006).

Taboada (2008), implementa principios éticos destinados a proteger la dignidad de la persona, incluso en condiciones de extrema debilidad, como suele ser la etapa final de la vida:

1. Principio de inviolabilidad de la vida humana. Aceptar que en ciertas condiciones la muerte pueda ser percibida como un alivio no hace que nadie tenga derecho a acabar con la vida del sufriente.
2. Principio de proporcionalidad terapéutica. No todo lo técnicamente posible es éticamente admisible. Las razones para limitar el esfuerzo terapéutico se pueden justificar desde los 4 principios de la bioética, previamente comentados.
3. Principio de veracidad. Para respetar realmente la autonomía del paciente debemos saber si quiere recibir él la información y tomar sus decisiones o prefiere delegarlas en alguien de su confianza.
4. Principio de no abandono. Excepto casos de grave objeción de conciencia, es éticamente reprobable abandonar a un paciente que rechaza determinadas terapias, aunque el profesional de la salud considere que el rechazo es inadecuado. Igualmente es contrario a la ética evitar la atención de enfermos terminales por la impotencia frente al sufrimiento.

La Ley de Autonomía del Paciente (41/2002) regula el derecho a la información y dice que los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre ésta. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada, la información será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

III.3.1 aspectos legales

III.3.1.1 Ley general de salud 2009:

- ARTICULO 166 Bis 3. Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:

I.- Recibir atención médica integral.

II.- Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica.

III.- Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables

IV.- Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida.

V.- Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca.

VI.- Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.

VII.- Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor.

VIII.- Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario.

IX.- Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular.

X.- Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación.

XI.- A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza.

- ARTICULO 166 Bis 10. Los familiares del enfermo en situación terminal tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el enfermo en los términos de este título.
- ARTICULO 166 Bis 21. Queda prohibida, la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta ley. En tal caso se estará a lo que señalan las disposiciones penales aplicables.

III.3.1.2 Ley de Voluntad Anticipada

En la asamblea legislativa de la Ciudad de México se aprobó la Ley de Voluntad Anticipada en enero de 2008, definiéndola como la decisión que toma una persona de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de forma natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona” (Artículo 1 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal). Posterior las entidades que cuentan con esta regulación son:

Ciudad de México, Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Colima, Oaxaca, Yucatán y Tlaxcala.

Artículo 1: “la decisión que toma una persona de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de forma natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona”.

III.3.1.3 Código penal

En base al código penal que se rige en el estado de Querétaro de la LVIII legislatura, se tiene el siguiente artículo de importancia en base a esta investigación.

Art. 135. Al que instigue o ayude a otro para que se suicide se le impondrá prisión de uno a cinco años si el suicidio se consumare. Si el suicidio no se consuma, se impondrá prisión de 6 meses a tres años. Si la persona a quien se instigue o ayude al suicidio, fuere menor de edad o persona que no tuviera capacidad para comprender el significado del hecho o capacidad de determinarse de acuerdo a esa comprensión o tuviere discapacidad física o sensorial o sea mayor de sesenta años de edad, se impondrá pena de 15 a 30 años de prisión.

III.4 Dolor

Para la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) 2020 dice: "El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal lesión" (Méndez, 2022; Merskey, 1979).

III.4.1 Taxonomía del dolor

La IASP clasifica el dolor en 5 ejes: (IASP, 2020)

- Localización anatómica del dolor
- Causa del dolor (sistema)
- Patrón del dolor
- Intensidad y duración
- Etiología

El dolor se clasifica en las siguientes categorías: (Puebla, 2005; Varela, S/F).

- Duración:
 - Agudo: Duración menor a 6 meses.
 - Crónico: Duración mayor a 6 meses.
- Patogenia:
 - Neuropático: Causado por lesión o destrucción de nervios en el sistema nervioso periférico o central. Se caracteriza por sensaciones lancinantes o “como un latigazo” y suele ser difícil de controlar.
 - Nociceptivo: causado por la inflamación y el daño tisular continuos.
 - Nociplásico: dolor multifocal, más generalizado o intenso, o ambos, de lo que cabría esperar dada la magnitud del daño tisular o nervioso identificable, así como otros síntomas derivados del SNC, como fatiga, trastornos del sueño, de memoria y del estado de ánimo.
- Localización:
 - Somático: Proviene de la estimulación de receptores del dolor en tejidos cutáneos y conjuntivos profundos. Generalmente, la localización del dolor es precisa cuando los receptores están en tejidos superficiales.

- Visceral: Se origina por lesión, distensión, obstrucción o inflamación de órganos torácicos, abdominales o pélvicos.
- Curso:
 - Continuo: Dolor persistente que puede aumentar o disminuir sin desaparecer por completo.
 - Irruptivo: Exacerbaciones agudas transitorias, con o sin desencadenante, que duran entre 15 y 30 minutos, con un número variable de crisis diarias.

III.4.2 Analgesia

La OMS estableció en 1986 las primeras recomendaciones para sistematizar el tratamiento del dolor en cáncer mediante la escalera analgésica (figura 1), En esta versión se propuso que el tratamiento debería comenzar con analgésicos no opioides, si el dolor no estaba controlado se introduciría un opioide débil, si continuara siendo insuficiente se continuaría con opioide fuerte, en 2002, surge la nueva escalera analgésica, llamado ascensor analgésico (Moctezuma, 2018).

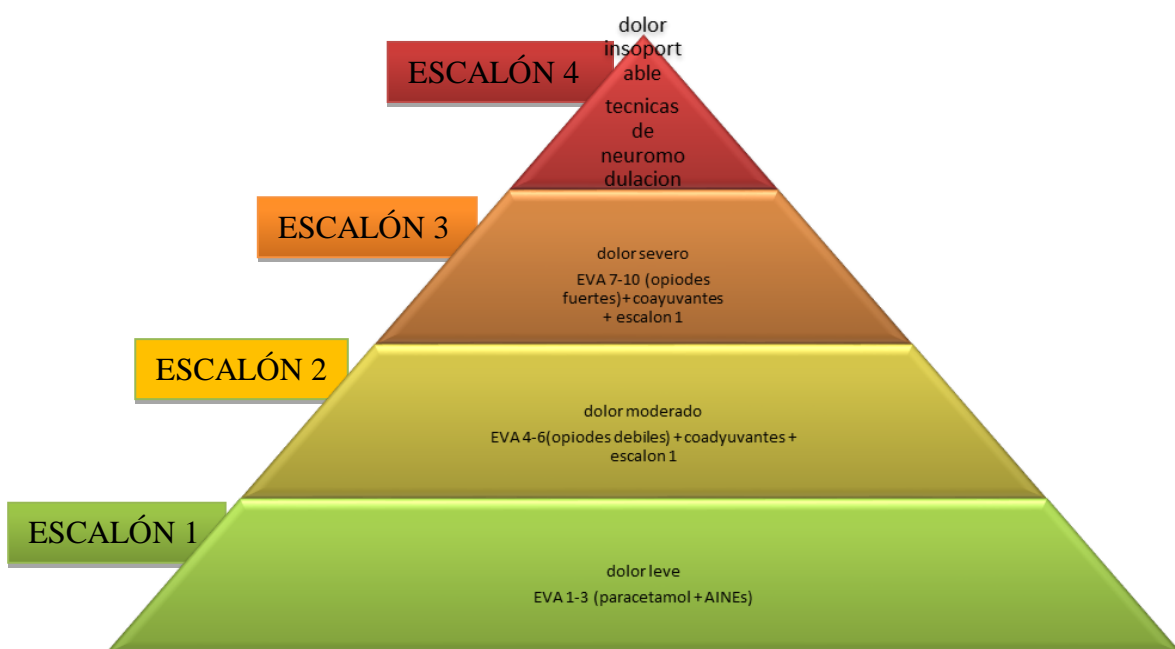


Figura 1. Nota. Adaptado de *Escalera analgésica. Algoritmo de tratamiento* Modificada por el autor. Organización Mundial de la Salud. 2002.

III.5 Duelo

Ojeda (2021) menciona que de la palabra “duelo” proviene del término latino “*dolos*” que significa dolor. Este proceso se refiere a la experiencia emocional dolorosa e inesperada que ocurre en respuesta a la muerte de un ser querido o a una pérdida significativa.

El duelo normal suele comenzar inmediatamente después de la muerte de un ser querido o en los meses siguientes. Las manifestaciones clínicas del duelo pueden ser similares a los síntomas de un episodio depresivo, pero son una respuesta natural a la pérdida. Los signos y síntomas típicos del duelo incluyen (Ojeda, 2021):

- Emocionales: tristeza, pensamientos reiterativos sobre el fallecido, llanto, irritabilidad, insomnio y sentimiento de culpa.
- Cognitivos y funcionales: pérdida de interés por el mundo exterior y disminución de la capacidad intelectual y laboral.
- físicos: pérdida de apetito y peso, sensación de ahogo, opresión precordial, laxitud, migraña, epigastralgias, colitis, palpitaciones, sudoración, disnea.

Tradicionalmente, el duelo se considera un proceso que dura entre seis meses y un año, aunque algunos signos y síntomas pueden persistir durante un período más prolongado. Su duración no suele superar los dos años (Ojeda, 2021).

Las fases del duelo normal son: (Ojeda, 2021)

- FASE 1: INMEDIATA O DE “SHOCK”
 - Duración: Desde horas hasta una semana.

- Características: Esta fase está marcada por sentimientos de negación o incredulidad, rechazo y autoreproche. La persona puede tener dificultad para comprender lo que ha ocurrido.
- FASE 2: INTERMEDIA O DE PREOCUPACIÓN
 - Duración: Desde varias semanas hasta un año.
 - Características: Predomina la depresión, que puede comenzar de forma inhibida y luego manifestarse como rabia o ira.
- FASE 3: TARDÍA O DE RESOLUCIÓN
 - Duración: Desde el segundo año hasta la resolución del proceso de duelo.
 - Características: la persona comienza a adaptarse a la nueva situación y a aceptar la pérdida. Es una fase de ajuste y de integración de la pérdida en la vida cotidiana.

Cada fase del duelo tiene sus propios desafíos y características, y la duración y la intensidad de cada una pueden variar entre individuos.

El duelo complejo persistente, ocurre cuando el proceso de adaptación a una pérdida significativa persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos y 6 meses para niños, dando lugar a síntomas que pueden ser graves y persistentes provocando malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento y se manifiestan al menos 6 de los síntomas siguientes: (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p.789-790).

- Importante dificultad para aceptar la muerte.
- Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida.

- Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido.
- Amargura o rabia en relación a la pérdida.
- Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte.
- Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida
- Deseos de morir para poder estar con el fallecido.
- Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.
- Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte.
- Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.
- Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia.
- Dificultad o reticencia a mantener intereses o hacer planes de futuro desde la pérdida.

III.6 La familia ante una enfermedad crónica o terminal

Para la OMS la familia es definida como “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan” (observatorio FIEEX, 2019).

Huerta (2005a), define a la familia como algo complejo ya que consta de diversas definiciones, pero se caracteriza por ser una agrupación

de personas que comparten relaciones de parentesco entre sí, con un número de miembros variables, los cuales no siempre conviven en el mismo lugar, pero que tienen la responsabilidad de guiar y proteger a cada individuo. (Huerta, 2005a, p.12).

El diagnóstico de una enfermedad terminal suele ser un evento catastrófico que modificara la percepción de la propia vida y las expectativas futuras en el entorno personal, familiar, social, profesional, etc. En el cual el paciente atraviesa por tres fases: (Huerta, 2005d, p.154-155).

- Fase I: el periodo inicial es de negación y de resistencia a creer que la noticia es cierta. este proceso tiene una duración de una a dos semanas.
- Fase II: periodo de confusión, agitación emocional y disforia, este cuadro se manifiesta con síntomas de ansiedad y depresión, con pensamientos recurrentes de enfermedad y muerte. Este periodo tiene una duración de una a tres semanas, y generalmente se disipa en forma paulatina, conforme el paciente explora opciones de tratamiento y da inicio a un manejo sintomático.
- Fase III: adaptación, que comprende el ajuste entre las características y funcionamiento del paciente a la presencia de la enfermedad y al tratamiento. El optimismo retorna y las rutinas normales se retoman total o parcialmente.

Las enfermedades terminales ocasionaran al individuo una serie de procesos y cambios en el interior de la familia, estos estarán influidos por el sufrimiento principalmente y la limitación que ocasione a la enfermedad para ser atendido, cuidado y medicado. Estos cambios dependerán a su vez de las características propias de cada familia, de la etapa del ciclo vital en que se encuentre, del lugar que ocupe en el grupo familiar y de los requerimientos de la enfermedad y su tratamiento, modificando los niveles

de jerarquía, funcionalidad, cambios de roles y límites. (Huerta, 2005d, p155).

Las redes de apoyo social representan un aspecto importante en el bienestar de los pacientes, y se definen como: “El conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas. Las redes pueden reducirse o extenderse proporcionalmente al bienestar material, físico o emocional de sus integrantes, y al involucramiento y la participación activa en el fortalecimiento de las sociedades. Están en constante movimiento y las integran personas (dos o más) que comparten intereses, principios ciudadanos y que asumen principios de reciprocidad, no violencia y acción voluntaria” (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2020).

III.7 Espiritualidad

La integralidad del ser humano, que abarca alma, cuerpo, materia y espíritu, es fundamental para comprender su bienestar. En el contexto de pacientes en etapa terminal, la dimensión espiritual y de fe puede desempeñar un papel crucial en el mantenimiento de la calidad de vida, proporcionando consuelo, significado y apoyo emocional durante un momento difícil. La atención integral debe considerar estos aspectos para ofrecer un cuidado más holístico y compasivo, dentro de las necesidades espirituales se tienen: (Narro, 2018).

- Ser reconocido como persona.
- Volver a leer su vida.
- Encontrar sentido a la existencia y el devenir, la búsqueda de sentido
- Liberarse de la culpa, de perdonarse.

- Reconciliación, de sentirse perdonado.
- Establecer su vida más allá de sí mismo.
- Continuidad, de un más allá.
- Esperanza.
- Expresar sentimientos religiosos.
- Amar y ser amado.

Es importante garantizar el acceso a visitas de religiosos independientemente de la religión que profese el paciente, para que esté tenga su paz, si es que así lo desea (Narro, 2018).

Arenas (2020) hace una distinción entre espiritualidad y religiosidad, abriéndose a la espiritualidad como una experiencia humana analizada desde lo cualitativo, haciendo que sean las experiencias de los pacientes al final de la vida lo que se interpreta como un fenómeno de carácter personal, mientras que la religiosidad tiene una naturaleza más comunitaria, influenciada por factores socioculturales y distintas corrientes antropológicas.

III.8 Agonía y muerte

La palabra agonía del griego “*agón*,” lucha, se refiere a la angustia que sufre una persona cuando está al borde de la muerte, es la fase que precede a la muerte y se caracteriza por deterioro físico severo, debilidad extrema, trastorno del estado de conciencia, dificultad para comunicarse, problema de deglución y pronóstico vital de días (Carrillo, 2022, p.121).

La familia es fundamental para hacer sentir a quien muere que estará a su lado para buscar el alivio del dolor, de otros síntomas y del sufrimiento y para acompañarle en el proceso de morir, esto es que no se encontrará sólo ante la muerte. Cuando conseguimos que el paciente

fallezca en paz, con comodidad, y que tanto él como su familia hayan recibido el apoyo emocional adecuado, llegaremos a descubrir que dar alivio a las molestias tanto físicas como emocionales de una persona, esto es tan importante como curar, y que el sentido de la vida es hacer realmente bien al otros y hacer real la solidaridad (Wilson, 2012, p.61-64).

III.9 Necesidades y Emociones

III.9.1 Obstáculos

La OMS (2020) habla sobre los obstáculos en la asistencia paliativa que pueden dificultar la provisión de cuidados adecuados para los pacientes:

- Desconocimiento del concepto de asistencia paliativa: Muchas personas, incluyendo planificadores de políticas, profesionales de la salud y el público general, no están bien informadas sobre qué es la asistencia paliativa y los beneficios que ofrece tanto a los pacientes como a los sistemas de salud. Esto puede llevar a una falta de apoyo y recursos para esta área crucial.
- Formación insuficiente en cuidados paliativos: La capacitación en cuidados paliativos para los profesionales de la salud a menudo es limitada o inexistente, lo que impide que los médicos, enfermeras y otros profesionales estén adecuadamente preparados para proporcionar esta forma de atención especializada.
- Obstáculos culturales y sociales: Las creencias culturales y sociales sobre la muerte y el morir pueden crear barreras para la aceptación y la implementación de cuidados paliativos. Estas creencias pueden influir en cómo se perciben y se aceptan estos cuidados tanto por parte de los pacientes como de los profesionales de la salud.
- Errores de concepto sobre la asistencia paliativa: Existe la idea errónea de que la asistencia paliativa solo está destinada a pacientes con

cáncer o solo en las últimas semanas de vida. Este malentendido limita el acceso a cuidados paliativos para una variedad más amplia de pacientes y en diferentes etapas de su enfermedad.

- Preocupaciones sobre la adicción a opiáceos: Hay un temor infundado de que proporcionar un mejor acceso a analgésicos opiáceos pueda llevar a un aumento en la adicción. Este concepto erróneo puede restringir el uso adecuado de estos medicamentos para el alivio del dolor.
- Acceso insuficiente a analgésicos opiáceos: En muchos lugares, el acceso a analgésicos opiáceos es limitado y no cumple con las convenciones internacionales sobre el acceso a medicamentos esenciales. Esto puede resultar en un manejo inadecuado del dolor y una calidad de vida reducida para los pacientes que necesitan estos medicamentos.

IV. Hipótesis

Acorde al enfoque de investigación no se realizó una hipótesis previa. Por este motivo se parte de las experiencias de vida de los pacientes que se encuentran bajo tratamiento oncológico en el cáncer de próstata.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

- Conocer las necesidades de los pacientes con cáncer de próstata que se encuentran en tratamiento oncológico, para mejorar su calidad de vida.

V.2 Objetivos específicos

- Entender las experiencias y emociones que atraviesan los pacientes con tratamiento oncológico de cáncer de próstata y como su red de apoyo influye en su motivación para afrontar dicha enfermedad
- Entender las necesidades que tiene el paciente con tratamiento oncológico con cáncer de próstata desde el enfoque de la atención medica que le brinda la institución

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico

VI.2 Población de análisis

Pacientes con cáncer de próstata que se encuentran en tratamiento oncológico en UMAA 1

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

Técnica no probabilística por conveniencia. No se calcula tamaño de muestra, ya que está es de acuerdo con la saturación teórica.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron pacientes que se encontraban en tratamiento oncológico de cáncer de próstata en cualquier estadio y que aceptaran participar en la investigación, previo consentimiento informado, excluyendo pacientes con deterioro neurológico y/o cognitivo y se eliminaron aquellas encuestas incompletas.

VI.3.2 Caracterización de la población

Se caracterizó a la población de acuerdo a la edad, empleo, escolaridad, estado civil, religión, nivel socioeconómico, estadio de la enfermedad en la que se encuentran, comorbilidades y si cuentan o no con cuidador primario.

Acorde al diseño de estudio realizado, las variables estudiadas son acorde a los objetivos de la investigación como es:

Cuadro 1. Matriz de categorización

Objetivo General	Categoría	Definición	Subcategoría
Analizar las experiencias de vida de los pacientes que se encuentren en tratamiento oncológico de cáncer de próstata	Experiencias de vida y emociones	Es un suceso, hecho o situación que se vive y que ayuda a moldear tu personalidad	Será el análisis del resultado de la información que se recabara durante la entrevista
El apoyo de un cuidador primario y como este influye en el proceso de la enfermedad y tratamiento	Cuidador primario	Es aquella persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de una persona que por sí misma no puede	Se responderá por parte del paciente si cuenta con él o no
Necesidades del paciente durante el proceso de su tratamiento oncológico	Necesidades	Lo que requiere un paciente durante un proceso de tratamiento	Se responderá por parte del paciente si requiere de apoyo por parte de su familia, institución, personal, psicológica y/o espiritual

VI.4 Técnicas e instrumentos

Previa autorización de comité de bioética se acudió a UMAA #1 para identificación de pacientes y así realizar videograbaciones las cuales tuvieron una duración de aproximadamente una hora, donde quedaron plasmadas emociones, expresiones y sentimientos de los pacientes a cada pregunta realizada, para más tarde llevar a codificar y analizar la información.

Se identificó al paciente de acuerdo a sus características básicas la cuales se muestran en el anexo 1; que engloban nombre, edad, religión, estado civil, estado socioeconómico, estadio de la enfermedad, si cuentan con alguna comorbilidad y si tienen un cuidador primario. Posterior se realizó una entrevista semiestructurada que comprendió de preguntas relacionadas a las 5 esferas del bienestar personal, enfocada a sus emociones acerca del proceso de la enfermedad como se muestra en el anexo 2.

La entrevista nos ayudó a analizar las necesidades y emociones de los pacientes entrevistados, posterior a cada entrevista realizada, se estructuró una matriz de datos en la cual se agruparon en varias categorías (cuadro 2), se realizó un análisis deductivo e inductivo para llegar al resultado de interés.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el Comité Local de Investigación en cual se encuentra con folio R-2023-2201-158, se solicitó un permiso mediante un oficio firmado por la directora de tesis a las autoridades correspondientes de no inconveniencia para realizar la investigación en la UMAA No. 1.

Se acudió previamente a dicha institución para conocer la fecha y horario de los pacientes en la cual acuden a recibir tratamiento de quimioterapia, una vez conocidas estas fechas se acudió en tiempo y forma para realizar dichas videograbaciones.

Previamente con el paciente se le explico el trabajo a realizar, el cual consistió de una entrevista semiestructurada, es decir, que durante la entrevista podían surgir más preguntas que no estuvieran dentro del instrumento, una vez que aceptaron se les dio a firmar el consentimiento informado, para proceder a realizar dicha entrevista semiestructurada con videograbaciones.

Se dispuso a usar medidas higiénicas con uso de cubrebocas, gel antibacterial y bata estéril y se procedía a colocar el equipo de grabación que estaba compuesto por un celular y un trípode, se procedía a encender y se iniciaba la grabación, dicho procedimiento se llevaba a cabo en un área alejada del resto de los pacientes, la cual le permitía al paciente expresar sus sentimientos y emociones de forma libre.

Posterior a la realización de cada entrevista se realizó la transcripción textual de toda la entrevista a un computador, señalando además las emociones emitidas por el paciente.

Se categorizó y acorde a cada categoría se le aplico un color para poder distinguirlas, posterior se realizó un análisis interpretativo, en el cual se leyó cuidadosamente cada transcripción para destacar cada dato importante y así es como se realizó un reporte final de la investigación.

VI.5.1 Análisis de datos

Con las transcripciones realizadas y la matriz de categorización se procedió a analizar la información con apoyo del asesor cuidando los aspectos éticos y la confidencialidad del paciente.

Se realizó un análisis fenomenológico el cual parte de las experiencias y emociones detectadas durante las videograbaciones, para después clasificarlo en categorías y subcategorías, se transcribió el corpus textual de lo dicho por el paciente el cual se codificó para protección de identidad del paciente, posterior se analizó detenidamente y dio una interpretación personal a cada respuesta obtenida por el paciente acorde a las categorías y subcategorías previamente clasificadas.

Está codificación de categorías y subcategorías, se resaltó con colores cada emoción o expresión de dichas categorías, se procedió a señalar el lenguaje no verbal del paciente o expresión de emociones como llanto, sonrisas, inquietudes para proceder al análisis de resultados más preciso.

VII. Consideraciones éticas

El presente estudio fue sometido a evaluación y aprobación para su realización por un comité de ética e investigación local en salud con folio R-2023-2201-158.

En el presente trabajo se tomaron en cuenta las recomendaciones hechas en la declaración de Helsinki, en la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluida la investigación de material humano y de información. En este caso se requiere consentimiento informado para realizar el estudio.

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, según el artículo 17 categoría II, este estudio se clasifica con “riesgo mínimo”. Se informó a los participantes cuál es el tema de la investigación, así como el propósito del estudio, las implicaciones de este y se detalló el procedimiento mencionando que la participación fue voluntaria y que no tuvo costo alguno ni incentivo de otra índole. Asimismo, se utilizó el consentimiento informado. Se garantizó la dignidad y bienestar a los pacientes sometidos a investigación, en todo momento se trató al personal de salud con respeto.

Además, se respetaron los principios bioéticos los cuales fueron respetados en los pacientes de la siguiente forma:

- Principio de beneficencia: Se buscó que esta investigación generara un impacto positivo en el paciente, así como en el proceso de la enfermedad.
- Principio de no maleficencia: Se realizó la entrevista en un espacio tranquilo, previamente dando la entrevista al paciente para que pudiera darse una idea de las preguntas que se podrían realizar en las videograbaciones y así disminuir el impacto negativo ante temas sensibles.
- Principio de autonomía: Se le comento al paciente desde un inicio que podría abandonar la entrevista en el momento que el decidiera sin tomar repercusiones ante él.
- Principio de justicia: Cada paciente tuvo un trato imparcial.

VIII. Resultados

Se entrevistaron 6 pacientes masculinos con diagnóstico de cáncer de próstata adscritos a la UMAA 1, IMSS Querétaro, el rango de edad corresponde de 46 a 79 años con un promedio de 68.8%, la escolaridad de licenciatura predominó en un 50%; el 66.6% se encuentran pensionados y el 100% se encuentran tanto en un nivel socioeconómico medio, casados, cuentan con un cuidador primario (esposa) y desconocen la etapa o evolución en la que se encuentra su enfermedad en estos momentos. En cuanto a la religión el 66% profesan la religión católica y el resto son cristianos, en ellos predomina en un 50% enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2.

Se codificó una matriz de datos acorde a los resultados obtenidos la cual es:

Cuadro 2. Categorías y subcategorías

Categoría	Subcategorías
Desconocimiento de la enfermedad	Falta de relación médico paciente
Resignación a la enfermedad	Aceptación de enfermedad
Apoyo familiar	Esposa e hijos
Emociones y sentimientos	Coraje, angustia, miedo, entusiasmo, alegría y orgullo
Autocuidado	Cambios de estilo de vida
Espiritualidad	Fe y esperanza
Red de apoyo	Amigos, compañeros de trabajo y vecinos

La entrevista realizada fue semiestructurada, incluyó preguntas enfocadas en las 5 dimensiones del bienestar personal (biológica, funcional, psicoafectiva, sociofamiliar y espiritual).

Aquí se muestran las categorías en las que se agruparon y la interpretación que se les dio a las mismas:

– **Desconocimiento de la enfermedad**

Falta de relación médico- paciente

El desconocimiento se convierte en el principal factor riesgo, dado que el paciente que padece la enfermedad, no tendrá claro qué es beneficioso o perjudicial para su salud, involucrando la necesidad el conocimiento del personal médico para proporcionarle óptimos cuidados y, por ende, una adecuada educación tanto al paciente como a su familia o cuidador (Delgado, 2021).

Maldonado (2024) comenta que el estigma sobre la enfermedad provoca principalmente reacciones adversas en la sociedad lo que conlleva a resultados negativos en la salud mental del paciente, por lo que es importante que el medico intervenga de forma adecuada para favorecer el bienestar psicológico del paciente.

CORPUS TEXTUAL

“Pues fíjese que normal, o sea como si yo no tuviera el cáncer, yo me entere porque yo mismo me hice un antígeno prostático y me salió en 10, y me fui a ver un médico particular y me dijo sabes qué tienes cáncer, y me dijo vete a hacer una biopsia, me hicieron la biopsia en forma particular y encontraron que sí, que, si tenía cáncer me vio el doctor Saucedo que es urólogo, Ya me mandó hacer otros exámenes y sí se detectó que tenía el diagnóstico, que tenía la enfermedad”

E1A79

“Me mandaron a patología mis estudios y me salió que era cáncer de próstata y ya El doctor me está tratando con pastillas y unas inyecciones que me ponen en el estómago.”

E3A71

“Me hicieron la operación me dieron mis resultados de patología del tumor y nos mandaron aquí a recibir la quimioterapia.”

E4A46

“Yo pues a mí me dijeron cuando me operaron de la próstata que, que me sacaron de un tumorcito chiquito pero que supuestamente no era maligno, obvio me dijeron que tenía que cuidarme.”

E5A66

“No, fue por una casualidad solamente tuve una infección de vías urinarias que, no me sentía pues tan mal, sentía como punzadas y ya no lo veía normal, entonces me hice estudios aparte por particular y ahí en el último estudio del particular ahí me detectaron que tenía cáncer, que estaba en segundo grado estaba limitado entonces pues ya me operé y salió Y ahorita pues no sabemos Dónde esté o cómo esté.”

E6A46

Los pacientes minimizan la patología, desconocen más allá de la enfermedad, sus complicaciones y sobre todo la etapa en la que se encuentra su enfermedad, en que consiste el tratamiento que se les otorga, de los 6 pacientes que se entrevistaron la gran mayoría minimizaban la importancia de la enfermedad y se puede apreciar en las videograbaciones que hablan de la enfermedad como algo desconocido, de lo cual no logran evidenciar la magnitud del diagnóstico; aunque algunos lo utilizaban como mecanismo de defensa para no decaer ante la misma.

Es importante que el paciente y su familia esté enterada de todo lo que conlleva el proceso de la enfermedad para bien o mal y así enfrentar juntos como paciente, familia y médico tratante la enfermedad, el fortalecer la relación médico paciente para que a su vez se trabaje en estrategias de educación sobre enfermedades crónicas y/o terminales, el fortalecer el conocimiento al paciente y familia sobre esta enfermedad hace que el mismo paciente comprenda sobre sus complicaciones, el cómo tratarlas, el cuándo acudir a un servicio de urgencia o una consulta de médico familiar, a su vez les creamos la educación sobre el generar hábitos saludables y el estilo de prevención de la enfermedad

Cabe resaltar que en estas entrevistas se les planteo la pregunta si conocían sobre los cuidados paliativos y la participación de estos en el proceso de la enfermedad que tenían y todos los pacientes tuvieron la misma respuesta a esta interrogante la cual fue:

CORPUS TEXTUAL

- Conocimiento de los cuidados paliativos:

“No.”

Todos los pacientes

Cabe resaltar que, en esta pregunta, incluso un paciente respondió que si eran “las cremitas” que le ponían para sentirse mejor; solo nos confirma el total desconocimiento que existe en los pacientes.

Esto solo nos habla de la falta de empatía y educación por parte de los profesionales de la salud sobre lo que son los cuidados paliativos y a que grupo de pacientes van dirigidos, la importancia que estos tienen sobre el confort que se les brinda ante enfermedades crónicas y/o terminales.

Probablemente la falta de empatía del médico hacia el paciente y/o familiar limite el hablar de una patología como tal, el brindarle una educación y resolver todas las dudas al paciente, puede resultar algo imposible, pero a pesar de esto se deben buscar estrategias por parte del personal que brinda la atención, no solo el personal médico a cargo, si no también enfermería, trabajo social, y todo aquel que se involucre en el proceso del tratamiento del paciente, el ser empáticos al momento de darles un resultado positivo de una enfermedad como esta; los pacientes y los familiares nunca están listos para recibir este tipo de diagnósticos, o de malas noticias, por lo que es importante fortalecer la relación médico-paciente/ familia para evitar que el paciente deserte al momento de tomar un tratamiento.

– **Resignación**

Aceptación de la enfermedad

Cabrerizo (2024) se refiere a la resignación como aquello que conlleva la renuncia a modificar las circunstancias y la aceptación de los eventos tal como ocurren, independientemente del perjuicio que puedan ocasionar. Esta actitud puede inducirnos a asumir roles de victimización o a experimentar autocompasión. Al convencernos de que no tenemos la capacidad de alterar la situación, quedamos atrapados en una vida de insatisfacción.

CORPUS TEXTUAL

“Al principio, sí cuando sabe uno, que dice cómo yo, pero bueno son descuidos la naturaleza ¿no?, no es mano de uno y la edad Tengo 76 años y bueno ni modo me tenía que tocar.”

E2A76

“Así como yo le dije ahorita, si a mí me dicen (...) que ya es la voluntad... yo estoy así de lo que venga... lo que venga.”

E4A75

“A mí también me decían Ya deje ese pinche vicio del cigarro y no hace caso uno Mire ya ve ahorita ya lo dejé cuando ya sentía que ya...”

E5A66

“sí da el bajón pues uno sano uno nunca se espera una noticia como de este tamaño, pero la verdad nunca le renegué a Dios de decir por qué me mandaste una enfermedad así a mí si no la aceptamos con ahora sí que con hombría y con humor y tenemos que luchar y por algo me la mandó Dios”

E6A46

Los pacientes experimentan la resignación ante la enfermedad ya sea “porque les tocaba” o “porque se lo merecían”. Hubo un paciente que

incluso se culpaba por no haber mejorado sus toxicomanías y que el cáncer de próstata era lo que se merecía que a pesar de decirle que dejara el vicio del tabaco y de no haberlo hecho pues era algo que tenía como una consecuencia, los demás solo aceptaban la enfermedad como una prueba que Dios les daba y de la cual ellos saldrían victoriosos.

El hecho de resignarse a aceptar la enfermedad hace que esta emoción los conforme con su situación, con esta enfermedad; aceptando lo que venga en un futuro respecto a esto y lo que conlleve sin motivación que los impulse a involucrarse activamente en otros aspectos de sus tratamientos, no se arriesgan a tener esperanza solo llegan a ese sentimiento de culpa.

En esta pregunta la mayoría de los pacientes a pesar de que todos mostraban ese sentimiento de resignación, algunos de culpa, algunos se preguntaban por qué a ellos, algunos otros solo aceptaban lo que venían, todos coincidían en lo mismo: ninguno deja de luchar, todos tienen su fe puesta en algo o alguien y siguen a pesar de su resignación con la esperanza de un resultado positivo.

– **Apoyo familiar**

Esposa e hijos

Para Mosso (2020) La familia es un conjunto conformado por individuos que tienen relaciones dinámicas entre sí; los eventos tanto positivos como negativos que experimente cualquiera de sus miembros influirán en el bienestar de los demás y del grupo en su conjunto. El análisis de la familia es fundamental para abordar al individuo en el contexto del proceso salud-enfermedad, así como para la intervención familiar en cada una de las etapas del ciclo vital.

CORPUS TEXTUAL

“Ellos me dan la fortaleza me dicen que soy
una persona muy fuerte.”

“mi hija hace la suya, mi esposa hace la
suya, mis hijos hacen la suya.”

E1A79

“Pues definitivamente muy protegido...muy
positivo sobre todo mi esposa me ha cuidado
en mi alimentación que no me descuide de
sobreesfuerzos... cuando vienen mis nietos
juego con ellos.”

“El cuidado de mi esposa es completo la
atención de mis hijos es total entonces no
tengo temores.”

E2A76

“pues ella es la que me atiende la que me
esté la que viene a sacarme citas y todo ella
es la que se mueve En todo vino hasta acá a
sacarme citas y todo, ella es la única ahora
sí que mi única compañera que tengo”

E3A71

“son los más importantes para para mí”

E4A75

“de mi familia casi no porque tengo una
hermana que está igual no tiene cáncer es
diabético y también está bien amolado

Entonces ellos se preocupan más por ellos,
pero yo por ejemplo ella (esposa) mis
cuñadas, su familia de ella es el apoyo que
tengo yo”

E5A66

“los amo mucho... Vamos a luchar juntos.”

E6A46

La familia es pilar fundamental en estos pacientes, cada paciente se refería a la familia tanto esposa como hijos; como la fuerza y el apoyo incondicional ante esta enfermedad y el impacto positivo que tiene desde el momento del diagnóstico y el paciente valora este apoyo y lo agradece profundamente.

Incluso en todos los pacientes se puede mencionar que es la esposa la que se encarga de acompañarlos en todo el proceso del IMSS tanto en citas médicas como aplicación de medicamentos. Había otros que mencionaba que sus hijos junto con sus nietos mantenían al paciente activo para evitar que este decayera, y esto, los hacía sentirse cada vez más fuertes y llenos de energía.

Cada paciente transmite esa gratitud hacia su esposa e hijos, por la presencia y el cuidado que les brindan, reconocen el amor y la dedicación sobre todo de su pareja ante estos momentos difíciles expresando su admiración por la forma en que les brinda su apoyo emocional y físico.

El papel que juega la esposa e hijos y toda esta interacción con el paciente, esa fuente de energía y amor que se le trasmite para hacerlo resiliente, es importante para que siga manteniendo y fortaleciendo para que el paciente siga con actitud positiva ante esta lucha, de la cual no está solo.

No existe una forma de afrontar toda esta situación por la que atraviesa toda la familia, pero el amor y la comprensión se convierten en el mejor aliado del paciente durante este difícil camino siendo así su familia su pilar fundamental de apoyo y fuerza durante este proceso.

“Tratar de curar cuando es posible, aliviar el sufrimiento cuando no es posible curar, y siempre ofrecer consuelo y apoyo.”

Hipócrates

– Emociones y sentimientos

Se reconoce que una persona con una enfermedad crónica puede experimentar emociones provocadas tanto por la enfermedad como por eventos pasados no expresados en su momento. En este contexto, el malestar emocional es una experiencia desagradable y multifactorial, con componentes psicológicos, sociales y/o espirituales, que dificulta la capacidad de enfrentar de manera efectiva el cáncer, sus síntomas físicos y su tratamiento (Osornio, 2021).

Durante toda la entrevista se pudieron resaltar diversas emociones y sentimientos los cuales los expresan tanto positivos como el entusiasmo, alegría y el orgullo; y negativos como coraje, angustia, tristeza, miedo y la frustración que sienten enfrentando una enfermedad y las deficiencias que se presentan en su institución de salud.

A estos pacientes se les cuestionaba sobre como era su experiencia en el IMSS y resaltaba la experiencia negativa con el tiempo de espera de citas o el acudir a otras instituciones por tratamiento subrogados y en ocasiones la falta de medicamentos. Ellos hacían mucho hincapié en el tiempo perdido por esperar una cita, una operación o un medicamento, enfocándose en que el tiempo era fundamental en ellos, para recibir un

diagnóstico de esta magnitud, al desconocer la enfermedad incluso una semana pudiera ser desencadenante de pensamientos como de muerte inminente o de enojo al pensar que en realidad el instituto al que pertenecen no hace lo que le corresponde para salvaguardar su vida.

CORPUS TEXTUAL

“Me dijeron Bueno, en unos tres meses lo llamamos para ver cuándo empieza su tratamiento, Entonces yo creo que el IMSS sí debe de tener un poquito de Bueno no sé cómo se le puede llamar de mentalidad positiva de cuidar a sus pacientes.”

E1A79

“Lo único que estamos resintiendo ahorita es él exceso de población, que tardamos mucho para las consultas, para las citas, a veces me entregan medicamento a veces no hay y espero varios días”

E2A76

“Yo le pediría que tal vez fuera un poco más consciente como con las otras personas que están enfermas, que las citas y todo que también fueran un poco más rápidas... y no esperar hasta que les toque.”

E6A46

“Tener una institución que se dedique a eso y no esté subrogando a otros lados.”

E1A79

“Tener una institución que se dedique a eso
y no esté subrogando a otros lados.”

E1A79

“En el seguro me dieron muy largas y ya
no... y pues ya no avancé.”

E5A66

Hubo un paciente que incluso por las citas prolongadas del IMSS acude de forma particular a realizarse su cirugía donde el expreso sentirse “engañado” ya que le cobraron más de lo que habían dicho, siendo un paciente que no contaba con el recurso suficiente para el procedimiento, pero por el miedo que sintió ante el diagnóstico y tal vez por la falta de asesoramiento acudió de forma apresurada a tomar una decisión así, que al final así lo expreso él.

Otros sentimientos como el miedo y la tristeza con el que viven por esta enfermedad son expresados por los pacientes de la siguiente manera:

CORPUS TEXTUAL

“Que la radiación no me haya eliminado todo
el cáncer.”

E1A76

“Este... Bueno a mí Lo que más me da
miedo pues, es dejar a mi esposa a mis
hijos, (palabras inaudibles/llora).”

E4A75

“(Llora)... Híjole dejar a mis hijos a mis nietos tengo mis nietitos chiquitos son el amor de mi vida.”

E5A66

“Que me digan que está regado en otras partes.”

E6A46

Estos sentimientos sobre el miedo a dejar a la familia, el de valorar cada instante que se pasa a su lado, el divertirse y jugar con los nietos, los hijos, les da la motivación para ponerse de pie cada día y seguir luchando para poder tener más tiempo para ellos, más tiempo para compartir y más tiempo para seguir amándolos, miedo a dejarlos, verlos con un filtro de vulnerabilidad, miedo a lastimarlos por su partida (posible muerte).

Había dos pacientes que incluso mencionaban tener cita próxima con sus médicos tratantes los cuales les informaría si el tratamiento estaba funcionando o no o si el cáncer se había extendido a otros órganos, a su vez esto les generaba incertidumbre, miedo de enfrentarse a un resultado no satisfactorio o esperado para ellos.

Cabe resaltar que cada familia es única, pero el miedo de abandonar, de dejar a los seres queridos les resulta con mucho temor, en esta pregunta la mayoría de los pacientes se mostraron lábiles, incluso lloraron al expresar el miedo de dejar a sus familias en algún momento por esta enfermedad, si bien es algo a lo que nadie está preparado para hacerlo, pues resulta aún más difícil cuando tienes una enfermedad como está.

En las experiencias positivas de alegría y el orgullo que le expresan los pacientes a su familia, la gratitud por el apoyo y amor que se les brinda, lo expresan de la siguiente forma:

CORPUS TEXTUAL

“Pues nada más decirles que estoy muy
agradecido.”

E2A76

“Pues de mis hijos, de mi esposa también,
más que nada de mi esposa, este Ay no
(llora) Es la que siempre ha estado conmigo
bien Yo no me quejo, (palabras inaudibles)

E4A74

“Estoy más orgulloso, mi esposa mis hijos y
más mis nietos.”

E5A66

“Mis hijos todos me salieron muy muy
buenos dos deportistas y la otra más grande
pues en la carrera de medicina.”

E646

– **Autocuidado**

Cambios de estilo de vida

La OMS define el autocuidado como “la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud y para prevenir enfermedades y hacerles frente con o sin el apoyo de un trabajador de la salud o asistencial. Las medidas de autocuidado incluyen prácticas, hábitos y elecciones en relación con el estilo de vida.”

CORPUS TEXTUAL

“Me cuido tengo una súper dieta tengo medicamentos y otros medicamentos que me da mi hija, naturales y sigo muy bien mis indicaciones de mi médico yo hago mi parte.”

E1A79

“Me gusta mucho el deporte caminar correr todo eso... a mí me encanta jugar correr y todo. Acudí con el médico familiar para que me siguiera brindando consulta, Ah sí diabetes, la presión arterial controlada, de la diabetes sigo mis dietas, No me afecta nada tengo la energía del mundo para hacer cosas, para jugar. Siempre activo”

E2A76

“Me hacen la hemoglobina glucosilada trimestral, en un paciente que no tiene diabetes es de cuatro y medio a 6 yo tengo cinco...yo desde que dejé el azúcar Yo tengo dos años que no lo pruebo un refresco una dona un pan nada con Carbohidratos.”

E3A71

“También la meditación la concentración de la mente y todo eso...ahorita ya no más práctico el taichí.”

E4A75

Los pacientes tienen apego tanto a tratamientos farmacológicos como los cambios de estilo de vida; actividad física y alimentación, enfatizan en que el autocuidado puede tener impacto positivo en su vida, en el control de comorbilidades; tienen compromiso y disciplina para que este proceso no les sea aún más complicada.

De todos los pacientes entrevistados solo hubo un paciente el cual tenía ya metástasis a hueso, motivo por el que se encontraba en silla de ruedas, imposibilitando realizar actividad física, sin embargo, menciona siempre buscar la forma de mantenerse activo a su modo, cada que lo visitaban sus nietos jugaba con ellos, él hacía todo para moverse y disfrutar el tiempo que estuvieran.

El resto de los pacientes realizaban actividades físicas, practicando algún deporte o incluso solo realizando caminata, modificaron su alimentación incluyendo hábitos dietéticos más saludables con el apoyo de su familia, incluso un paciente el cual se culpó por sus hábitos tabáquicos, eliminó su consumo, todos mejoraron y trabajaron en su autocuidado.

Es importante que estos pacientes continúen con sus cambios de estilo de vida, así como el apego a los tratamientos médicos, el control de estrés a través de la meditación y de actividades recreativas, la unión que mantienen en sus respectivas familias; esto forma parte de los pilares del tratamiento médico, así como del control de sus comorbilidades.

- **Espiritualidad**

Fe y esperanza

La espiritualidad se relaciona con sentimientos y creencias profundas, frecuentemente de naturaleza religiosa, tales como la sensación de paz personal, el propósito en la vida, la relación con los demás y las

convicciones sobre el sentido de la existencia. (Instituto Nacional del Cáncer, S/F).

CORPUS TEXTUAL

“Lo que ya venga ya no es cuestión mía yo hago mi trabajo...y Dios que haga la suya.”

E1A79

“Solo pongo en Dios, pongo todo en sus manos...Él es el que va a obrar en mi...desde luego que pido, pero me siento muy satisfechos de mi creencia.”

E2A76

“hay que tener fe y salir adelante, no, no decaer porque si nos preocupamos, de Ay es que tengo esto, yo digo, yo tengo fe yo voy a salir y no tengo nada”

E3A71

“Ahí me inculcan mucho el creer en un Dios para poder salir de algo, de un problema solucionarlo.”

E4A75

“Yo confío plenamente en Dios en la virgen que ellos me están ayudando... eso fue una señal de que Dios está con nosotros en las buenas y en las malas y con toda la fe del mundo lo que venga yo sé que Dios es lo que tiene predestinado para uno.”

E6A46

Todos los pacientes entrevistados, aunque en estos, las religiones que predominaron eran católica y cristiana, todos comparten sus necesidades espirituales; todos tenían la cualidad de creer en un Dios y de tener fe, que “un Dios les tiene destinado lo mejor en la vida”. El saber que pertenecen a algo les recuerda que hay que tener fe y confiar plenamente en que todo estará bien; que no están solos y que Dios está para ellos y ellos para él; ¿Quién no promete siempre una vida sin tribulaciones?, lo que si promete es una vida eterna, su protección y su cobijo incondicional.

Cabe resalta que todos los pacientes entrevistados evidencian que la fe es algo que fortalecieron y les brindo calma en estos momentos difíciles por los cuales están atravesando, incluso hubo un paciente el cual acude a grupos de la iglesia donde realizan actividades y retiros espirituales.

Es esencial que el médico investigue la espiritualidad y la religión que cada paciente profese para fomentar una conexión espiritual y de fe, tanto con el paciente como con el cuidador y alentarlos a que sigan teniendo esperanza y esa paz en saber e informarse sobre el proceso natural de cada individuo; vivir plenamente y tranquilos.

El conocer la religión de los pacientes puede ser un pilar fundamental, aquí las religiones predominantes son la católica y la cristiana y si bien nosotros como médicos en el deber, solo prescribimos medicamento, tal vez podrías enfocarnos más en el deber ser el cual incluye el tratamiento integral del paciente, incluido el espiritual, podríamos abordar un tratamiento recordándoles que es parte del Deseo de Dios que “se cuide el templo en el que él habita” como motivo que impulse a su apego adecuado, pues ya no se trata solo de ellos y su vida terrenal, se trataría más bien en el cuidado de un medio otorgado por su creador para poder gozar de una adecuada calidad de vida.

– **Red de apoyo**

Amigos, compañeros de trabajo y vecinos

El apoyo social es un recurso que fortalece el bienestar psicológico de las personas, ya que la percepción de dicho apoyo constituye un elemento valioso para mejorar la calidad de vida y experimentar estados emocionales positivos (Ramírez, 2023).

“Ha habido una atención muy excelente de mis médicos de mi médico particular que era mi urólogo aquí en el seguro y protección excelente por parte de mis compañeros del área médica de aquí.”

E2A76

“Me va bien en mi trabajo tengo buenos compañeros y todo, Sí se distrae uno ya no nada más está pensando como le digo en la enfermedad o eso no, yo me distraigo platico con mis con los trabajadores con los clientes ya nos conocen así de ¿cómo está? bien bien, ¿Cómo sigue? Pues sí ahí vamos, gracias a Dios ahí vamos

E3A71

“Estoy en un grupo de autoayuda desde antes de la enfermedad, estoy en un grupo de neuróticos anónimos... el compañerismo los amigos Siempre es muy importante.”

E4A75

“Mis cuñadas, su familia de ella, es el apoyo
que tengo yo.”

E5A66

“Una sobrina y su hija que se vinieron de
fuera a vivir un rato y otro muchacho que
tengo de ahí de entonado... Gracias a dios
siempre tenemos la casa llena.”

E6A46

En esta categoría se habló del apoyo social de los pacientes, 2 pacientes hacían énfasis en el apoyo que tenían de amigos tanto del trabajo, de vida y algunos a familiares no directos.

Incluso había un paciente que tenía más apoyo por parte de la familia de su esposa ya que su familia se encontraba apoyando a una hermana de que se encontraba con complicaciones de diabetes, que, aunque no es familia directa la que brinda el apoyo al paciente, se tiene en cuenta que son persona que también influyen de forma positiva en él y que brindan toda fortaleza en él.

Había otro paciente que encontraba el apoyo en un grupo de autoayuda, haciendo énfasis que los amigos y compañeros impulsaban el entusiasmo y alegría en el paciente.

La mayoría de los pacientes se encontraban pensionados sin embargo uno se metió a trabajar en un centro comercial como “empacador” para poder mantenerse activo y “distrarse” un rato así lo refirió, otra tenía camiones de transporte de personal, mencionaba que el contacto con las personas le resultaba bueno y distractor.

Es parte de la normalidad y naturaleza del ser humano es estar rodeado de personas, es importante no dejar a un lado nuestro instinto de comunidad y de socialización, esto puede ayudar a la autopercepción del paciente como alguien aún competente e independiente, alguien quien aún puede tomar las riendas de su vida a pesar del contexto que tiene, por que siempre se sabe físicamente acompañado y en la comodidad de pedir ayuda.

IX. Discusión

Siendo el cáncer de próstata una de las enfermedades terminales más comunes en la población masculina, y siendo un pilar dentro de la familia, nuestra institución deja un poco de lado a esta población, así como sus emociones y necesidades. Se debe tener en cuenta que dentro de las instituciones de salud nos hace falta ser empáticos y solidarizarnos con los pacientes y sus familias durante todo el proceso de salud-enfermedad.

El realizar este estudio con una metodología de investigación cualitativa con enfoque fenomenológico ayudo a conocer a través de experiencias vividas de los pacientes que presentan durante su proceso de tratamiento, así como lo menciona Katayama (2014), donde “buscó describir y analizar los conceptos tal y como estos surgen y se dan en los propios actores sociales. Ello supone buscar qué hay detrás de la conducta y a partir de ellos dar sentido al actuar del sujeto”, por lo que coincidimos con este autor y partimos de las experiencias de nuestros pacientes para llegar a un análisis y un resultado.

Para el autor Huerta (2005b) en su libro “La familia en el proceso de la salud-enfermedad,” donde habla que el apoyo familiar fomenta una mejor respuesta a apego de tratamientos mostrando una extraordinaria capacidad de resistencia, en esta investigación realizada se puede resaltar que todos los pacientes entrevistados tienen el apoyo de su núcleo familiar (hijos (as) y su esposa), por lo que se coincide que el apoyo familiar es un pilar fundamental durante su tratamiento, ellos pertenecen a familias nucleares y se encontraban en etapas de dispersión, pero a pesar de encontrarse fuera de la ciudad siempre se mantenían unidas. (Huerta, 2005b, p1-6).

Además, menciona “la relación médico-paciente” donde la empatía que el médico otorgue hacia su paciente, será importante para que exista

una buena relación médico paciente, esta debe basarse en responsabilidad compartida, fundamentada en el conocimiento; el respeto mutuo y la combinación de pericia y ética. Aunque durante la entrevista a nuestros pacientes de investigación, mencionaban que sus respectivos médicos no les informaban mucho acerca de su enfermedad, que solo les dan su diagnóstico y los mandaban a recibir su tratamiento al área de quimioterapia; así que se encontró esta deficiencia dentro de nuestros pacientes que sería de vital importancia comenzar a fortalecer para tener mejor apego a tratamientos y una visión clara de lo que consiste la enfermedad. (Huerta, 2005c, p.137-149).

En un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico dirigido por Burgos (2024). “Análisis de Experiencias Psicoterapéuticas desde el Modelo Sistémico en Familias con un enfermo terminal” menciona que el tener un paciente con enfermedad terminal los expone a niveles altos de estrés, ansiedad y depresión, sentimientos de pérdida, y duelo anticipado, conflictos familiares y dificultades en la comunicación, por lo que necesitan de un apoyo con psicología. Por lo que se coincide con este autor, ya que nuestros pacientes entrevistados atraviesan por muchas emociones ante esta enfermedad. Sin embargo, no cuentan con un apoyo por parte del área de psicología, siendo de vital importancia para ellos y sus familiares para poder afrontar esta enfermedad y proceso de una forma más humana y sencilla.

Anzures (2008) “La familia con padecimientos terminales”; aquí nos habla de que estas enfermedades terminales aumentan en un 30% cada 10 años, indicando que en México nuestro sistema de salud no cuenta con una cobertura para la atención de este tipo de pacientes, donde no se tienen los recursos suficientes para atender a los pacientes con enfermedad terminal en sus domicilios, a su vez menciona sobre los cuidados paliativos y todo lo que conlleva esta asistencia. Se coincide con este autor, señalando que nuestros pacientes entrevistados no esperan tal diagnóstico; atraviesan por

una crisis paranormativa; el cáncer, está enfermedad que es una experiencia adversa o inesperada, hace que la familia se adapte a esto y así poder modificar sus funciones y roles dentro de esta. La esposa se convierte en cuidadora y los hijos adquieren el rol parental. El encarar el diagnóstico y el seguimiento de una enfermedad terminal puede ser un hecho importante para el crecimiento personal de todos los implicados tanto la familia y el personal de la salud, además se debe de hacer más hincapié en el fortalecimiento de la asistencia paliativa, para así ayudar al paciente y su familia (Anzures, 2008, p.383-389).

El autor Cerezo (2025) en su artículo “Beneficios de los cuidados paliativos domiciliarios en la calidad de vida de pacientes adultos mayores oncológicos y su familia”; menciona que las intervenciones de enfermería realizadas durante visitas domiciliarias en el ámbito de los cuidados paliativos muestran un efecto positivo y cuentan con respaldo científico. Esto resalta la importancia de optimizar dichas prácticas para favorecer la calidad de vida tanto de los pacientes en fase terminal como de sus familias. Concluyendo con este autor, y recordando que nuestros médicos familiares pueden realizar estas visitas a domicilio otorgando una atención más integral a estos pacientes, ya que existen pacientes con metástasis a columna lo que les dificulta su movilización para acudir por sus tratamientos de enfermedades crónico degenerativas a su respectiva UMF.

En un estudio realizado por de la Fuente Rivera (2024) “Los cuidados paliativos como derecho humano”, concluye que un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales. Menciona también evaluación y tratamiento de “problemas físicos,

psicosociales y espirituales”, por lo que no solamente provee un tratamiento farmacológico para el dolor como muchos podrían pensar, sino que aborda las necesidades del paciente con ayuda de un equipo multidisciplinario para amenizar y aliviar su sufrimiento en todos los aspectos, coincidiendo con las necesidades que tienen las familias de esta investigación ya que no solo es otorgar un tratamiento médico sino psicosocial y espiritual, cosas que están dejando los médicos por un lado, y que el paciente también requiere.

En cuanto a los cambios de estilo de vida y la adaptación que se tiene entre esta enfermedad y la vida diaria, se define según el Colegio Americano de Medicina del Estilo de Vida ACLM (2022) como: “La medicina del estilo de vida es un enfoque basado en evidencia que busca prevenir, tratar e incluso revertir enfermedades reemplazando conductas no saludables por saludables, tales como comer de forma saludable, estar físicamente activo, aliviar el estrés, evitar el abuso de sustancias peligrosas, dormir adecuadamente y tener un sólido sistema de apoyo emocional.” Coincidiendo esta sociedad médica; donde los pacientes realizan todas las modificaciones de su estilo de vida, hacen el control de sus enfermedades metabólicas mejoran su apego a dieta y realizan actividad física, todo esto ayudado al paciente a que tenga una mejor calidad de vida y por ende no se presenten complicaciones o agudización de la enfermedad a corto o mediano plazo. (ACLM, 2022).

Para Garza, (2015) en su libro “Trabajo con familias, abordaje medico e integral” menciona que ese sentido de pertenecer a algo hace que la experiencia espiritual sea universal en el ser humano, independientemente de la religión que profesen, y esta espiritualidad se vuelve un objetivo primordial durante la experiencia del final de la vida del ser humano, llegando a la misma conclusión y conociendo que el trabajar con estos pacientes puede llevarlos a despedirse con serenidad y aceptar en su momento una muerte digna (Garza, 2015, p.65-69).

Para el autor Balducci (2019), en su artículo “Oncología geriátrica, espiritualidad y cuidados paliativos” menciona que es importante que el médico explore la espiritualidad del paciente y establezca una conexión entre el paciente y su cuidador para que se tenga una comunicación efectiva, una mayor satisfacción con el tratamiento y para abordar el dolor espiritual, por lo que se coincide con este autor ya que logrando fortalecer ese vínculo las familias de esta investigación podrán afrontar el miedo e incertidumbre que exista ante lo inevitable (la muerte).

Ordóñez (2021), realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, “Comunicación médico-paciente en enfermos de cáncer en etapa terminal: una visión desde la experiencia de los familiares”, donde se trabajaba con residentes preparándolos para ayudar y acompañar al paciente y familiar a enfrentar el final de la vida, apoyando esta iniciativa para fortalecer la relación médico-paciente y mejorar la empatía entre ellos, para beneficiar al paciente otorgando un apoyo humano y profesional durante esta enfermedad.

García-Espinosa (2021), en su estudio realizado “Cuidados paliativos, su importancia y falta de diseminación en el pregrado de medicina”, mencionaba la importancia de fomentar y buscar estrategias de enseñanza desde nuestra formación académica sobre los cuidados paliativos y el acompañamiento al final de la vida de un enfermo. Coincidiendo tanto con los autores Ordóñez y García-Espinosa, ya que una enseñanza de esta desde el inicio puede llegar a fomentar la empatía en médico y a fortalecer la relación médico-paciente, que al final cada paciente es lo que merece y necesita.

Ascencio (2024) en un estudio cuantitativo transversal “Bienestar espiritual y afrontamiento en pacientes oncológicos en cuidados paliativos”; Campos (2023) en un estudio analítico descriptivo “La relación entre

espiritualidad y resiliencia en cuidadores principales de pacientes oncológicos”, donde mencionan que un fortalecimiento de la espiritualidad de los pacientes puede dar resultados positivos tanto ellos como en sus familias, y que se debe de fortalecer con el apoyo de psicología. Coincidiendo con ambos autores ya que nuestros pacientes entrevistados mencionaban la fortaleza que les brindaba su espiritualidad y que está los hacía fuertes para continuar con este tratamiento y afrontar cualquier adversidad.

Las redes de apoyo social representan un aspecto importante en el bienestar de las personas, estas son: “El conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas. Las redes pueden reducirse o extenderse proporcionalmente al bienestar material, físico o emocional de sus integrantes, y al involucramiento y la participación activa en el fortalecimiento de las sociedades. Están en constante movimiento y las integran personas (dos o más) que comparten intereses, principios ciudadanos y que asumen principios de reciprocidad, no violencia y acción voluntaria” (INAPAM, 2020).

Ante una enfermedad terminal, es cierto que no podremos curar, pero si podemos darles la elección de como esperar este momento inminente (la muerte) ya sea esperando en tristeza y desconocimiento o viviendo este tiempo al lado de los suyos y dándoles las herramientas para que sea en mayor plenitud.

X. Conclusiones:

Las necesidades que fortalecen y que hacen que sea más confortable el proceso del tratamiento del cáncer de próstata, se basan principalmente en el apoyo familiar sobre todo esposa e hijos que le brindan al paciente (esposo/padre) así como la espiritualidad que el paciente busca y fortalece, haciendo que esta le ayude tanto a él como a su familia a aceptar todo lo que conlleva esta enfermedad influyendo con un apego positivo al tratamiento y mejores hábitos saludables.

Los sentimientos que manifiestan principalmente estos pacientes son positivos gracias al apoyo que brinda la familia, expresaron sentimientos de agradecimiento, amor y felicidad por contar con una familia unida. Sin embargo, se mostraban un poco molestos y con cierta angustia e incertidumbre ya que el IMSS en ocasiones los mandaba a otras instituciones para recibir tratamientos y en ocasiones no se contaba en su institución con los tratamientos indicados, por lo que se retrasaba su “curación”.

El hecho de no fortalecer una relación médico-paciente genera el desconocimiento de la enfermedad que padecen; además de que se tiene desconocimiento acerca de los cuidados paliativos y todo lo que engloban, siendo estos algo fundamental en estos pacientes por su enfermedad, sería importante que llevaran un asesoramiento por parte del personal de salud para fortalecer aún más todo el proceso por el que atraviesa tanto el paciente como la familia.

XI. Fortaleza

Una gran oportunidad que se tendrá es el implemento de la especialidad de medicina paliativa, la cual en el año 2023 se aprobó por parte de la UNAM siendo en el año 2025 la primera generación de entrada directa a través del ENARM. Esto fomentará y creará médicos especialistas con un enfoque más humanista, que permitirá apoyar a pacientes y familiares con enfermedades terminales a mejorar su calidad de vida.

XII. Propuestas

Se propone que médicos familiares realicen o se interesen en estudios de investigación ya sea con enfoque cualitativo o cuantitativo sobre enfermedades terminales y lo que engloban para a su vez fomentar la empatía en sus pacientes para que se conozcan las percepciones y necesidades reales de los pacientes.

Además, contamos en Querétaro con el centro de investigación educativa y formación docente (CIEFD) donde se pueden ofrecer capacitaciones a nuestros médicos familiares sobre el fomento de la empatía y mejorar las estrategias implementadas en la calidad de la atención al derechohabiente ante las enfermedades terminales, mejorando el trato digno a los pacientes.

Se conoce que dentro de este estado solo la UMF 16 cuenta con el servicio de psicología, por lo que es importante que todas las UMF cuenten con dicho servicio, de esta forma se podría mejorar la estabilidad emocional del paciente y sus familiares, ya que recordemos el impacto que repercute en el cuidador primario ante las enfermedades terminales. Se puede buscar la gestión de vincular cita a través del departamento de jefatura de medicina familiar para una atención prioritaria por dicho servicio para paciente y cuidador primario.

En nuestra UMF contamos con sesiones generales un día a la semana (jueves) donde se puede implementar una capacitación a médicos familiares sobre cuidados paliativos con apoyo de expertos en el tema (Medico Paliativista y/o médicos residentes del área afín) y el fomentar la relación médico paciente; con apoyo del personal de trabajo social implementar talleres sobre los mismos dirigidos hacia los pacientes con enfermedades oncológicas y sus familiares sobre cómo enfrentar y hacer más confortable este proceso de la enfermedad.

Para fomentar el conocimiento sobre la enfermedad y los cuidados paliativos en estos pacientes, los médicos de primer contacto pueden contar con información básica y digerible a través de folletos y/o trípticos para brindarles una información clara.

XIII. Bibliografía

Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer. (2020) *Herramientas de visualización de datos para explorar la carga mundial del cáncer en 2020*. [Consultado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>

Alcaraz, B. (2022). *Distanasia, un dilema del personal médico*. Revista científica ciencia salud

Anzures, R. (2008). La Familia con padecimientos terminales en Valencia Y., *Medicina familiar*. Editorial Corporativo Intermedica. 1era edición. P.383-389.

Arce M.C. (2006). *Problemas éticos en cuidados paliativos*. Elsevier. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-problemas-eticos-cuidados-paliativos-13094779>

Arenas, M. (2020). *Espiritualidad en el contexto de cuidados paliativos oncológicos dirigidos a personas mayores*. Artículo de revisión. <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.2.2>

Asamblea Legislativa del Distrito Federal. *Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal*. Congreso de la Ciudad de México. 07 de enero de 2008. <http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf>

Ascencio, I. (2024). *Bienestar espiritual y afrontamiento en pacientes oncológicos en cuidados paliativos*. Revista Mexicana De Anestesiología. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2025/cma251h.pdf>

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Arlington. 5ta edición. P.789-790.
- Balducci I. (2019). *Geriatric oncology, spirituality, and palliative care. J pain symptom manage.*
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392418302549>
- Burgos, F. (2024). *Análisis de experiencias psicoterapéuticas desde el modelo sistémico en familias con un enfermo terminal.* PshychologyReserch. <https://doi.org/https://doi.org/10.33000/mlspr.v7i2.2769>.
- Cabrerizo, M. (2024). *Resignación, el derrotismo ante la adversidad.* Centro de psicología. <https://www.canvis.es/resignacion-el-derrotismo-ante-la-adversidad/>
- Campos, M. (2023). *La relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidadores principales de pacientes oncológicos.* Tesis en Psicología General Sanitaria.
<https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/14562/Campos%20Urbanos%2c%20Maria%20del%20Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed>
- Carrillo, R. (2022). Clínicas Mexicanas de Anestesiología. *Acompañamiento en los últimos días y cuidados en la agonía.* Editorial Alfil. Volumen 40. P.121
- Cerezo, N. (2025). *Beneficios de los cuidados paliativos domiciliarios en la calidad de vida de pacientes adultos mayores oncológicos y su*

familia. Revista Multidisciplinaria Arbitrada de Investigación Científica. P1-28 <https://doi.org/10.56048/mqr20225.9.1.2025.e232>.

Colegio Americano de Medicina del estilo de vida ACLM. 2022 [citado el 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://lifestylemedicine.org/>.

Delgado, L. (2021). *El desconocimiento como factor de riesgo: cómo influir en un ámbito educativo*, boletín informativo. Universidad Mariana. Volumen 8. [file:///C:/Users/simf7.umf01524/Downloads/admojs2014,+CEI+Vol+8No.1-80-82%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/simf7.umf01524/Downloads/admojs2014,+CEI+Vol+8No.1-80-82%20(1).pdf)

Fuente, J. (2024). *Los cuidados paliativos como derecho humano*. Medicina Y Ética. <https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n3.07>

Gaceta Facultad de Medicina. (2023). *La UNAM crea la especialización en medicina paliativa*. <https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2023/12/15/la-unam-crea-la-especializacion-en-medicina-paliativa/>

García-Espinosa, P. (2021). *Cuidados paliativos, su importancia y falta de diseminación en el pregrado de medicina*. Salud pública de México. <https://doi.org/10.21149/13127>

Garza, T. (2015). Espiritualidad en la atención Familiar en Gutiérrez R., *Trabajo con familias, abordaje medico e integral*. Editorial El Manual Moderno. 3 era edición P.65-69.

Gobierno de México. (2020). *Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores*. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?idiom=es>.

- González C., Méndez, J., Romero, J. (2012). *Cuidados paliativos en México*. Revista médica hospital general de México. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-cuidados-paliativos-mexico-X0185106312562525>
- González, M. (2021). *En México sólo 3 por ciento de pacientes cuenta con atención paliativa al dolor*. La Gaceta, Universidad de Guadalajara. <https://udg.mx/es/noticia/en-mexico-solo-3-por-ciento-de-pacientes-cuenta-con-atencion-paliativa-al-dolor>.
- Higano, F. y Timothy, W. (2022). *Descripción general del enfoque para los sobrevivientes de cáncer de próstata*. Uptodate.
- Huerta González, J.L. (2005a). La familia como unidad de estudio. *Medicina familiar. La familia en el proceso de salud-enfermedad*. Editorial Alfil. 1era edición, P. 9-12.
- Huerta González, J.L. (2005b). La familia en el proceso de la salud-enfermedad. *Medicina familiar. La familia en el proceso de salud-enfermedad*. Editorial Alfil. 1era edición, p.1-8
- Huerta González, J.L. (2005c). Relación médico-paciente. *Medicina familiar. La familia en el proceso de salud-enfermedad*. Editorial Alfil. 1era edición, p.137-149
- Huerta González, J.L. (2005d). Repercusiones familiares de la enfermedad crónica. *Medicina familiar. La familia en el proceso de salud-enfermedad*. Editorial Alfil. 1era edición, p.153-155.

Instituto Mexicano Del Seguro Social (2018). *Diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata*. Guía de la práctica clínica. P69.

Instituto Nacional De Información Estadística Y Geografía (2023). [Consultado el 5 de diciembre 2024]. *Tabuladores de mortalidad*. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=mortalidad_mortalidad_06_d693a28d-07f6-4d7f-8d94-e7526498557b

Instituto Nacional del Cáncer. (S/F). *Diccionario de cáncer del NCI*. Recuperado el 23 de febrero de 2024. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/espiritualidad>).

Katayama, R. (2014). *Introducción a la investigación cualitativa: fundamentos, métodos, estrategias y técnicas*. Universidad Inca Garcilaso De La Vega.

Ley 41/2002. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 14 de noviembre

Lutz, S. (2011). *La historia del hospicio y los cuidados paliativos. Problemas actuales en cáncer*.

Maldonado, S. (2024). *Estigma y salud mental en pacientes con diagnóstico de cáncer*. Epub. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.563831>

Méndez, (2022). *Generalidades del dolor*. Boletín de información clínica terapéutica. Academia nacional de medicina. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/boletin_clinico_terapeutico/2022/BCT-3-2022.pdf

- Merskey, H. (1979). *Términos dolorosos: una lista con definiciones y notas sobre su uso*. Subcomité de taxonomía de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP).
- Moctezuma, P. (2018). *Escalera analgésica de la OMS ¿útil o arcaica?* Instituto Nacional De Ciencias Médicas Y Nutrición “Salvador Zubirán”. dolorypaliativos.org/dolorypaliativos/jc269.asp
- Mosso, J. (2020). *La familia en el proceso salud-enfermedad: un análisis de caso*. Salud & sociedad UPTC. https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/article/view/11701
- Narro, J. (2018) *Guía del manejo integral de cuidados paliativos*. Diario Oficial De La Federación. Secretaria de Gobernación. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5534718
- Observatorio Fiex. (2025). *Diversidad familiar: los diferentes tipos de familia*. <https://observatoriofiex.es/diversidad-familiar-los-diferentes-tipos-de-familia/>.
- Ojeda, J. (2021). *Dolor en pacientes con padecimientos oncológicos*. Revista Finlay. <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1064>
- Ordóñez, N. (2021). *Comunicación médico-paciente en enfermos de cáncer en etapa terminal: una visión desde la experiencia de los familiares*. Revista Latinoamericana de Bioética. <https://doi.org/10.18359/rlbi.4837>.

Organización Mundial De La Salud. (20 de agosto 2020). *Cuidados paliativos*. [Consultado el 7 de marzo de 2023]. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>.

Organización Mundial De La Salud. (2024) *Autocuidado para la salud y el bienestar*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being#:~:text=la%20oms%20define%20el%20autocuidado,de%20la%20salud%20o%20asistencial>

Organización Panamericana De La Salud (2020). *Planificación e implantación de servicios de cuidados paliativos: guía para directores de programa*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52784>

Organización panamericana de la salud. (1998). Guías para el manejo clínico de cuidados paliativos. *Principios éticos relevantes en medicina paliativa en cuidados paliativos*. 2da edición. P9-14. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-Guias-Manejo-Clinico-2002-Spa.pdf>

Organización Panamericana De La Salud. *Descriptor en ciencias de la salud: (DECS) Suicidio asistido*. (2024) [consultado 5 diciembre 2024]. https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=30490&filter=ths_termall&q=suicidio%20asistido

Osornio, A. (2021). *La expresión de sentimientos como promotor de bienestar subjetivo en una paciente de cáncer*. Revista Iberoamericana de las ciencias de la salud. <https://doi.org/10.23913/rics.v10i20.105>

Poder legislativo del estado de Querétaro dirección de investigación y estadística legislativa biblioteca “Manuel Septién y Septién”. Código penal para el estado Querétaro. P 37

Puebla, F. (2005). *Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS.: dolor iatrogénico*. Scielo. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0378-48352005000300006&lng=es&tlng=es

Ramírez N. (2023). *Importancia de los grupos de apoyo de salud en pacientes oncológicos*. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.8117.

Real Academia Española, s/f. [consultado 5 diciembre 2024]. <https://www.rae.es/>

Red local de consulta del sistema de información de atención integral para la atención de la salud (SIAS). [consultado el 7 de marzo de 2023]

Rojas F. (2011). *El receptor a andrógenos en la fisiopatología prostática*. Revista electrónica Neurobiología. <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2011/4/Rojas-et al/HTML.html>

Sánchez-Guardiola, C. (2021). *Cómo gestionar el sufrimiento a través de la inteligencia emocional en enfermos crónicos y terminales*. Journal of Sport and Health Research. <https://recyt.fecyt.es/index.php/JSHR/article/view/91228>

Sartor O. (2022). *Factores de riesgo de cáncer de próstata*. UPTODATE. <https://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-prostate-cancer>

- Singaucho, A. (2023). *Cuidado Paliativo en Pacientes Terminales el Enfoque Integral*. Revista Científica Consultina. <https://doi.org/10.63406/r.c.c.v1n1.2023.8>.
- Smith M. (2022). *Efectos secundarios de la terapia de privación de andrógenos*. Uptodate. <https://www.uptodate.com/contents/side-effects-of-androgen-deprivation-therapy>
- Taboada, P. (2008). *El respeto por la persona y su dignidad como fundamento de la bioética*. Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos.
- Tanagho, E. (2009a). Urología general de Smith. *Anatomía del tracto genitourinario*. Editorial Manual moderno. 14va edición. P1-14.
- Tanagho, E. (2009b). Urología general de Smith. *Neoplasia de la glándula prostática*. Editorial Manual moderno. 14va edición. P364-370.
- Taplin. M. (2023) *Presentación clínica y diagnóstico del cáncer de próstata*. Uptodate. <https://ff.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-prostate-cancer/print>
- Varela, N. (S/F.). *Dolor: causas, tipos y tratamiento*. Clínica universidad de Navarra. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/dolor>
- Wein, A. (2007). *Urología de Campbell-Walsh*. Editorial Médica Panamericana. 8va edición. Tomo I.
- Wilson, M. (2012). *Medicina paliativa y el tratamiento del dolor en la atención primaria. Actuación paliativa en las distintas fases de la enfermedad*

terminal Editorial Sociedad Vasca De Cuidados Paliativos. 1era edición. P61-64

XIV. Anexos

XIV.1 Hoja de recolección de datos

Folio_____

Edad: ____ años

Escolaridad: _____

Empleo: () empleado () desempleado () pensionado

Nivel socioeconómico: () bajo () medio () alto

Estado civil: () soltero () casado () unión libre () viudo () divorciado

Religión: () católico () cristiana () testigo de jehová () Ateo

Estadio de la enfermedad: _____

Comorbilidades: () Diabetes tipo II () Hipertensión arterial

() Dislipidemias () Enfermedad Tiroidea () artritis Reumatoide ()

Otros: _____

Cuidador primario: () Si () No

XIV.2 Instrumento

Entrevista Semiestructurada

1. ¿hace cuánto se enteró que tenía cáncer de próstata?
2. ¿Esto como lo ha hecho sentir?
3. ¿Qué importancia tiene su familia en esta enfermedad?
4. ¿Qué es lo que más le preocupa en estos momentos respecto a su enfermedad?
5. sabe usted, ¿Qué son los cuidados paliativos?
6. ¿Qué desearía y/o quisiera que sus familiares supieran de usted?
7. ¿De qué se siente más orgulloso en su vida?
8. ¿Qué es lo que más le da miedo?
9. Es importante la religión en tu vida
10. ¿Qué le pediría al IMSS para que el proceso de esta enfermedad fuera más comfortable para usted?

XIV.3 Carta de consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

“Necesidades que tienen los pacientes con Cáncer de Próstata para mejorar su calidad de vida en el proceso del tratamiento oncológico”

Lugar y Fecha

Unidad Médica Atención Ambulatoria #1

Número de registro

Justificación y Objetivo del estudio

Yo, doctora Karen Edith Mejía García, estaré trabajando en este proyecto de investigación, el cual busca ayudar a los pacientes que se encuentren en tratamiento médico para el cáncer de próstata, sobre cómo podemos apoyarlos y darles la mejor atención médica que necesite y merezca durante esta enfermedad tanto a usted como a su familia.

Procedimiento y duración de la investigación

Usted ha sido seleccionado para participar en este estudio en el cual se le realizará una entrevista que tendrá 10 preguntas, de las cuales durante el proceso de la entrevista, se podrán añadir más solo en caso de que el medico lo vea necesario, estas preguntas serán sobre su enfermedad y como esta le hace sentir; y a su vez como afecta en su familia, se realizara en un consultorio en la Unidad Médica Ambulatoria al momento que usted acuda a recibir su tratamiento, esta entrevista será video grabada previa autorización de usted, se le comenta que en ningún momento será publicado su nombre, número de seguridad social ni su videograbación, y que usted tiene la libertad de dejar la entrevista y/o estudio en el momento que usted lo decida sin causarle ningún problema en su tratamiento médico establecido, Este protocolo de investigación tendrá una duración de 2 años.

Posibles riesgos y Molestias

Se pudieran tener sentimientos de llanto y tristeza, por las preguntas que se pueden realizar en base a las emociones que han tenido durante la enfermedad.

Posibles beneficios que Recibirá al participar en El estudio

En estos momentos no se contaría con un beneficio, pero se pretende que este estudio haga que en nuestras clínicas familiares se tenga programa para la atención en pacientes con enfermedades terminales y como mejorar su bienestar personal y familiar.

Información sobre Resultados y alternativas De tratamiento

No se realizarán modificaciones en su tratamiento establecido

Participación o retiro

Usted tiene la libertad de retirarse del estudio en el momento que usted lo desee sin verse afectado en sus atenciones médicas.

Privacidad y confidencialidad

Se realizará una videograbación con un celular, donde usted responderá a las preguntas realizadas por el médico investigador, de las cuales se obtendrá información para el estudio. En ningún momento, en caso de realizar una publicación, podrán ser identificados ninguno de sus datos personales ni la videograbación/imagen.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

Especialista en Medicina Familiar

Adscripción: Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD)

Teléfono: 442 220 9801 en horario de 8:00 a 16:00 horas de lunes a viernes

Correo electrónico: luz.terrazas@imss.gob.mx

Colaborador:

Dra. Karen Edith Mejía García

Residente de Medicina Familiar

Sede o adscripción: Unidad Médica Familiar #15 Querétaro

Teléfono: 442 220 9801 en horario de 8:00 a 16:00 horas de lunes a viernes

Correo electrónico: edithh.mejia14@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comité de Ética en Investigación, localizado en La Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No 1, Ubicado en Avenida 5 de febrero 102, Colonia Centro,

C.P. 76000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas. Teléfono: 4422112337,
en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien
obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

XIV.4 Registro SIRELCIS

11/12/23, 10:06

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2201**.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS **20 CI 22 014 028**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 22 CEI 001 2018073**

FECHA **Lunes, 11 de diciembre de 2023**

Doctor (a) Luz Dalid Terrazas Rodríguez

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **NECESIDADES QUE TIENEN LOS PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA EN EL PROCESO DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2023-2201-158

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


ULISES NAVARRETE SILVA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

XIV.4 Registro UAQ



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO

Registro de Tema de Investigación del Estudiante de Posgrado

Trámite a realizar:	Nuevo registro (x)	Cambio ()
Fecha de Registro*:	28. ABRIL. 2025	
No. Registro de Proyecto*:	15396	
Fecha de inicio de proyecto:	Fecha de término de proyecto:	
Marzo 2023	Febrero 2026	



No. de expediente: 320528

Nombre:

Mejía García Karen Edith
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

1. Datos del solicitante:
villas del Refugio 76269

Calle y número Colonia C.P.
Querétaro 311-246-8969 edithh.mejia14@gmail.com

Estado Teléfono Correo electrónico

2. Datos del proyecto:

Facultad:	Medicina
Programa:	Posgrado medicina Familiar
Tema específico del proyecto:	"Necesidades que tienen los pacientes con cáncer de próstata para mejorar su calidad de vida en el proceso del tratamiento oncológico"

3. Nombres y firmas de:

 Dra Luz Dalid Terrazas Rodríguez Director o Directora de Tesis	 Co-director o Co-directora**	 Dr. en C.S. Nicolás Camacho Calderón Jefe de Investigación y Posgrado de la Facultad
 Karen Edith Mejía García Alumno o Alumna	 Dr. Rodrigo Miguel González Sánchez Director de la Facultad	 Dr. Manuel Toledano Ayala Secretario de Investigación, Innovación y Posgrado*

*La Secretaría de Investigación, Innovación y Posgrado llenará estos campos. **Solo en caso de contar con un(a) co-director(a).

