



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Escuela Profesional de Psicología

**DUELO ANTICIPATORIO EN FAMILIARES
DE PACIENTES ONCOLÓGICOS**

BACH. TADY SOTOMAYOR LUJÁN

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en
Psicología**

Lima – Perú

2017

*“Nos dijo: ‘Tengo cáncer’, y a partir de ahí todo cambió.
Hubieron momentos duros, pero pienso que también hubo un deseo infinito por
disfrutar de cada uno de los momentos que Dios nos permitió seguir juntos”*

Irene Ovelar

*A Dios, por haber guiado mi camino con sabiduría,
pero sobre todo amor.*

*A mis padres, por su confianza, apoyo y entrega desmedida;
Ayer, hoy, mañana y por toda esta vida.*

*A Gabriel, mi hijo, por ser vida de mi vida, mi motor,
mi motivo y ese moderador que en mi vida hacía falta.
Te amo infinitamente cariño mío.*

*A Dante Gazzolo Durand, por todos los conocimientos adquiridos,
momentos compartidos y escucha constante en los tiempos
requeridos,
gracias maestro, hasta pronto!!.*

AGRADECIMIENTOS

A todas aquellas personas que confiaron en mí y en la elaboración de esta investigación, aquellas personas que me dieron luz cuando solo veía oscuridad, gracias por su ayuda y apoyo sin fin.

A mis hermanas, Mabel y Anabel, con quienes he compartido fracasos pero sobre todo triunfos.

A mis primos, Diego y Milagros, por hacerme ver el mundo con los ojos de un infante, gracias por su inocencia, entusiasmo y alegría durante todo el tiempo que los tengo en mi vida.

A mi asesora Dra. Natividad Espíritu, gracias profesora, gracias por su motivación, paciencia, comprensión y ayuda incondicional, que me brindo a lo largo de la elaboración de este trabajo.

Al Mg. Guillermo Mas Azahuanche, gracias por su paciencia y disposición, gracias por su asesoría estadística y enseñanza desinteresada.

A mi alma mater, por haberme llenado de conocimientos a lo largo de este tiempo.

A la Lic. Rossie Alcántara, mi querida amiga, gracias por tu apoyo, comprensión pero sobre todo amistad, muchas gracias de verdad.

Finalmente, al hospital policial público que me permitió obtener la muestra para la elaboración de esta investigación, gracias por formar parte de esto y haberme dado la oportunidad de obtener mucha más información.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I	
1. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	17
1.1. Formulación del problema	17
1.2. Objetivos	22
1.2.1. Objetivo General	22
1.2.2. Objetivos Específicos	23
1.3. Importancia y justificación del estudio	23
1.4. Limitaciones del estudio	28
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	30
2.1. Investigaciones relacionadas con el tema	30
2.1.1. Investigaciones internacionales	30
2.1.2. Investigaciones nacionales	36
2.2. Bases teóricas – científicas del estudio	38
2.2.1. Cáncer	38
2.2.2. Duelo	40
2.2.3. Proceso del duelo	42
2.2.4. Proceso del duelo anticipatorio	45
2.3. Definición de términos básicos	47
2.4. Hipótesis y variables	50
2.4.1. Supuestos científicos básicos	50

2.4.2. Hipótesis	51
2.4.2.1. General	51
2.4.2.2. Especificas	52
2.5. Variables de estudio	55
CAPÍTULO III	
3. MÉTODO	56
3.1. Diseño de investigación	56
3.2. Población de estudio	56
3.3. Muestra de investigación o participantes	57
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	60
3.4.1. Ficha sociodemográfica	60
3.4.2. Inventario de duelo del cuidador (MM CGI)	60
3.4.2.1. Ficha Técnica	60
3.4.2.2. Descripción de la prueba	61
3.4.2.3. Validez y confiabilidad de la prueba	62
3.5. Procedimientos para la recolección de datos	63
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	65
3.6.1. Formula Estadística	66
CAPÍTULO IV	
4. RESULTADOS	68
4.1. Presentación de datos generales	68
4.2. Presentación y análisis de resultados	83
4.3. Interpretación o discusión de resultados	103
CAPÍTULO V	
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	110
5.1. Conclusiones	110
5.2. Recomendaciones	114

REFERENCIAS	116
ANEXOS	120
Consentimiento informado	120
Ficha de Datos Demográficos	121
Inventario de Duelo del Cuidador	122

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	<i>Comparación entre expresiones comunes que se manifiestan entre Duelo Anticipatorio y Duelo</i>	26
Tabla 2	<i>Información descriptiva sobre las etapas del duelo y sus manifestaciones psicológicas según cada autor.</i>	43
Tabla 3	<i>Tabla sociodemográfica de la Muestra de Familiares</i>	58
Tabla 4	<i>Información gráfica de cada factor y su contenido</i>	62
Tabla 5	<i>Tabla de contingencia de Duelo Anticipatorio según Rango de Edad del Familiar y/o Cuidador</i>	71
Tabla 6	<i>Tabla de contingencia, de Duelo Anticipatorio según Género del Familiar y/o Cuidador</i>	73
Tabla 7	<i>Tabla de contingencia, de Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor A denominado Sacrificio Personal según Rango de Edad del Familiar y/o Cuidador</i>	74
Tabla 8	<i>Tabla de contingencia, de Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor A denominado Sacrificio Personal según Género del Familiar y/o Cuidador</i>	76
Tabla 9	<i>Tabla de contingencia, de Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor B denominado Sentimiento de Tristeza y Añoranza según Rango de Edad del Familiar y/o Cuidador</i>	78
Tabla 10	<i>Tabla de contingencia, de Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor B denominado Sentimiento de Tristeza y Añoranza según Género del Familiar y/o Cuidador</i>	79
Tabla 11	<i>Tabla de contingencia, de Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor C denominado Preocupación y Aislamiento según Rango de Edad del Familiar y/o Cuidador</i>	81

Tabla 12	<i>Tabla de contingencia, de Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor C denominado Preocupación y Aislamiento según Género del Familiar y/o Cuidador</i>	82
Tabla 13	<i>Tabla descriptiva según el grupo etario y la muestra de la población que la conforma</i>	84
Tabla 14	<i>Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio y el grupo etario</i>	85
Tabla 15	<i>Tabla descriptiva según el género y la muestra de la población que la conforma</i>	86
Tabla 16	<i>Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio y el género</i>	87
Tabla 17	<i>Tabla descriptiva según el grupo etario y la muestra de la población que la conforma (Factor A-Sacrificio Personal)</i>	89
Tabla 18	<i>Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio y el grupo etario</i>	90
Tabla 19	<i>Tabla descriptiva según el género y la muestra de la población que la conforma (Factor A-Sacrificio Personal)</i>	91
Tabla 20	<i>Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio (Factor A – Sacrificio Personal) y el género</i>	92
Tabla 21	<i>Tabla descriptiva según el grupo etario y la muestra de la población que la conforma (Factor B-Sentimiento de Tristeza y Añoranza)</i>	93
Tabla 22	<i>Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio (Factor B – Sentimiento de Tristeza y Añoranza) y el grupo etario</i>	94
Tabla 23	<i>Tabla descriptiva según el género y la muestra de la población que la conforma (Factor B-Sentimiento de Tristeza y Añoranza)</i>	96

Tabla 24	<i>Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio (Factor B – Sentimiento de Tristeza y Añoranza) y el género</i>	97
Tabla 25	<i>Tabla descriptiva según el grupo etario y la muestra de la población que la conforma (Factor C-Preocupación y Aislamiento)</i>	98
Tabla 26	<i>Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio (Factor C – Preocupación y Aislamiento) y el grupo etario</i>	99
Tabla 27	<i>Tabla descriptiva según el género y la muestra de la población que la conforma (Factor C-Preocupación y Aislamiento)</i>	101
Tabla 28	<i>Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio (Factor C – Preocupación y Aislamiento) y el género</i>	102

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	<i>Duelo Anticipatorio según Rango de Edad del Familiar y/o Cuidador</i>	72
Figura 2	<i>Duelo Anticipatorio según Género del Familiar y/o Cuidador</i>	73
Figura 3	<i>Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor A denominado Sacrificio Personal según Rango de Edad del Familiar y/o Cuidador</i>	75
Figura 4	<i>Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor A denominado Sacrificio Personal según Género del Familiar y/o Cuidador</i>	76
Figura 5	<i>Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor B denominado Sentimiento de Tristeza y Añoranza según Grupo Etario del Familiar y/o Cuidador</i>	78
Figura 6	<i>Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor B denominado Sentimiento de Tristeza y Añoranza según Género del Familiar y/o Cuidador</i>	80
Figura 7	<i>Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor C denominado Preocupación y Aislamiento según Grupo Etario del Familiar y/o Cuidador</i>	81
Figura 8	<i>Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor C denominado Preocupación y Aislamiento según Género del Familiar y/o Cuidador</i>	83

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo estudiar la presencia del “Duelo anticipatorio” en la sociedad peruana. Junto a ello tiene como finalidad analizar las diferencias existentes que presentan en las actitudes aquellas personas que llegan a atravesar este proceso.

Se debe considerar que la metodología del presente estudio es de tipo exploratorio, ya que busca una aproximación inicial y general a un fenómeno poco estudiado como lo es el constructo principal de la investigación, en este caso, el duelo anticipatorio. Asimismo, el método es no paramétrico, de carácter descriptivo – comparativo. En cuanto al tipo de muestreo es de tipo intencional, por tanto no probabilístico. Participaron 50 colaboradores: 25 hombres y 25 mujeres, todos ellos cuidadores de un familiar con problemas oncológicos, los cuales se encuentran llevando atención ambulatoria u hospitalaria en el nosocomio de una institución policial de Lima Metropolitana. Los instrumentos psicológicos utilizados en la medición de las variables de estudio fueron una ficha de datos demográficos y El Inventario de Duelo del Cuidador (2002).

Los resultados del estudio permiten apreciar claramente que un gran número de los evaluados atraviesan por el fenómeno denominado duelo anticipatorio y que ello se presenta con mucha más frecuencia en personas del género femenino que en los de género masculino, teniendo en cuenta las variables: Tiempo de enfermedad y de tratamiento.

Palabras clave: Duelo anticipatorio, cuidador, oncológicos, nosocomio policial.

ABSTRACT

This research project aims to study the presence of the “Anticipatory grief” in Peruvian society. A well as analyze the differences in attitudes that people come through during this process. Being an event that is often present in people very frequently, nowadays it becomes an unknown subject for those who go through, due to misinformation and lack of study.

We must consider that the methodology of this study is exploratory, as it seeks an initial and general approach to a poorly studied phenomenon as is the main construct of our research, in this case, the anticipatory grief. Likewise, the method is non-parametric, as well as descriptive and explanatory nature. As far as the type of sampling, it is intentional, therefore not probabilistic. 50 collaborators participated: 25 men and 25 women, all of them caregivers of a family member with oncological problems, who are taking outpatient or hospital care in a police institution hospital in Metropolitan Lima. The psychological instruments used for the measurement of the study variables were a demographic data sheet and The Caregiver Grief Inventory (2002).

The results of the study make it possible to see clearly that many of those evaluated go through the phenomenon known as Anticipatory grief; this occurs much more frequently in females than in males, considering the variables: Disease and treatment time.

Keywords: Anticipatory grief, caregiver, oncological, police hospital.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la aparición de diversas enfermedades entre agudas y crónicas, ha generado que las ciencias de la salud den un vuelco en su misión ya que si bien es cierto antiguamente el objetivo de dichos especialistas era principalmente el de curar, hoy en día el objetivo principal de todo profesional de la salud es “prevenir”. Es así que en la actualidad los constantes chequeos y evaluaciones médicas sin una enfermedad de fondo son bastante común sobre todo en los países desarrollados como los de Europa, Asia o América del Norte entre otros. No obstante, dicha prevención es un término nuevo para nuestra sociedad ya que la falta de educación y el sesgo de pensar que tenemos la vida comprada, es muy común en la sociedad Peruana. Sin embargo, ¿Qué sucede cuando la enfermedad quiere ingresar al hogar? ¿Qué sucede cuando un hijo, cónyuge o algún ser querido es atacado por alguna enfermedad? ¿Se puede identificar ese dolor?, por lo general la primera impresión siempre llega a ser negativa puesto que dependiendo de la complejidad de la enfermedad y el pronóstico médico que los

profesionales le den a dicho mal es que la persona puede llegar a catastrofizar o no dicho padecimiento, dando pase así a un proceso muy poco estudiado pero vivido muy frecuentemente, el duelo anticipatorio.

Se sabe que una de las enfermedades que en la actualidad cobra muchísimas víctimas mortales tras un largo y muy doloroso tratamiento es el cáncer, aún con los avances científicos y tecnológicos que el mundo atraviesa no se ha podido frenar las víctimas mortales que cobra tal enfermedad. Por lo general cuando un miembro de la familia se enferma quien recibe toda la atención, palabras de aliento y un sinnúmero de cuidados es el enfermo, pues lógicamente es la persona que recibirá el tratamiento y que por lo general se encuentra bajo los pesares físicos y psicológicos que conlleva males como el cáncer.

Teniendo en cuenta ello, se tendrá en cuenta que al realizar un estudio y diagnóstico sobre el duelo anticipatorio se podrá ayudar a crear y reforzar nuevos mecanismos de defensa que lleguen a experimentar aquellas personas que atraviesan un proceso como ese.

Por tal motivo y tomando en cuenta las consideraciones expuestas, el presente trabajo se orienta a determinar con exactitud la presencia del duelo anticipatorio no en los pacientes con cáncer sino en sus familiares, puesto que aunque muy comúnmente llevan un papel silencioso en toda esta lucha contra el cáncer, nadie puede negar el fuerte impacto que dicho mal genera en ellos; antes, durante y después de toda esta pelea; salud vs. enfermedad.

Es así que esta investigación se enfocará directamente en aquel familiar que pasa por diversos cambios, lógicamente no por contraer una enfermedad tal como el cáncer sino por las renunciaciones físicas, sociales y psicológicas en las que se ve envuelto por salvaguardar el bienestar de su pariente, quien lo necesita. Como fines prácticos de esta investigación se le llamará a aquel familiar como: El cuidador, pues será quien coja las riendas del barco, en toda esta batalla contra el cáncer.

El “cuidador” pues, es aquella persona que cuida, vela y está pendiente de aquellos cambios físicos y mentales que la enfermedad trae para con el enfermo. El cuidador es aquella persona que experimenta una serie de cambios psicosociales en los que prevalecen las renunciaciones y postergaciones para con su vida social y emocional. Ingresa a una etapa de duelo antes de la muerte y aunque ésta no suplante al duelo propiamente dicho tras un posible deceso, este proceso vendría a ser la clave secreta para hacer de la enfermedad y de todas las consecuencias que ella trae, un tanto más llevadera.

De esta manera la investigación está enfocada en familiares de pacientes oncológicos, quienes estén llevando algún tipo de tratamiento para contrarrestar la enfermedad; de tal modo que se conocerá las renunciaciones, pérdidas y angustias en que los cuidadores se ven envueltos a asumir para poder dedicarse íntegramente a aquel familiar que lo necesite, puesto que la finalidad de este estudio es promover la salud mental, no solo a aquella persona que padezca una enfermedad física, ya que claramente sí lo requiere y nadie objeta ello, sino estudiar una población adicional, aquellas personas que muy probablemente no suelen ser los protagonistas de esta historia, pero quienes sí se encuentran incluidos con gran fuerza dentro de ella, la familia.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 Formulación del problema

La problemática de esta investigación se refiere al desconocimiento del término relativamente nuevo “Duelo Anticipatorio” puesto que el no conocer con exactitud la existencia de este nuevo constructo deja al aire muchos términos por estudiar; ¿Se es consciente que existe este proceso?

Todo aquel que tenga afinidad con alguna persona que padezca cáncer podrá entender con cierta facilidad lo que mediante esta investigación se trata de explicar. ¿Quién no ha escuchado decir?: “Es que estás en tu etapa de duelo”,

“Es parte de tu duelo”, etc., etc. Actualmente el término duelo se ha proliferado a tal punto que hoy en día es muy fácil que cualquier persona lo mencione; empero, ¿Hemos escuchado hablar de duelo anticipatorio? Muy probablemente no; sin embargo, antes de sumergimos en dicho tema conoceremos un poco más del origen de todo esto o por lo menos en el origen de esta investigación, el cáncer.

El cáncer, como se conoce, es según la OMS una de las principales causas de muerte a nivel mundial por lo que se entiende que es una enfermedad que constituye un problema de salud pública a causa de su alto índice de mortalidad además de la tasa de incidencia que esta enfermedad conlleva. La Globocan (2012) indica que en dicho año el número de defunciones a causa del cáncer fue de 8,2 millones y pronostican que en el mundo, el número de casos de cáncer irán en aumento de 14 millones a 22 millones durante las próximas dos décadas. En nuestro país una de las causas bases del aumento de esta enfermedad es la falta de conocimiento y la poca cultura preventiva que existe en nuestra sociedad por lo que en la mayoría de casos en los que se detecta la presencia de células cancerígenas se dan cuando estas se encuentran en estadios avanzados.

Según el registro del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) realizado en el periodo 2000 - 2014 demuestran que los casos de todos los tipos de cáncer han ido en aumento entre los periodos de 1968-1970 y 2004-2005, tanto para hombres como mujeres, de tal modo que según las estadísticas se presentan 152,2 a 174,0 casos de cáncer por 100000 hombres y de 166,8 a

187,0 por 100000 mujeres, además resalta que se debe tener en cuenta que entre las cinco neoplasias que se presentan con mucha más frecuencia son: El cáncer de cuello uterino, el cáncer de mama y el de próstata, todos ellos como el INEN menciona, órganos fácilmente accesibles por su ubicación anatómica, lo cual permite con mucha mayor facilidad la detección precoz de células cancerígenas por lo que si se plantearan programas de prevención o en todo caso la comunidad llegara a concientizarse de la importancia que tienen los chequeos constantes y la realización de exámenes sobre todo aquellos que son de descarte es que el volumen de casos oncológicos y el porcentaje de pacientes que llegan en estadios avanzados de la enfermedad disminuirían significativamente.

Es ahí donde se inicia la problemática puesto que luego que el paciente llegue al nosocomio y su galeno tratante mediante los exámenes que previamente ha solicitado tener es que llega a la conclusión de que se encuentra frente a un paciente oncológico, muchas veces en estadíos avanzados, entregando una baja o casi nula información del procedimiento que se debe seguir; empiezan una serie de exámenes, pruebas, terapias, radioterapias, frente a un confuso y muy desconcertado paciente. Empiezan en él, muy aparte de todos los cambios físicos, una tristeza profunda, el hombre o mujer corpulenta que solía ser, hoy ya no lo es, empiezan periodos crónicos de dolor, vómitos y fases constantes de intensa fiebre, un mundo extraño que no se entiende, pero que a veces llega a ser aún peor para aquella persona que todo lo ve, pero que muchos piensan que no siente, el cuidador.

Ovelar (2014) sostiene que el impacto que esta enfermedad tiene en el paciente es innegable; no obstante, no se debe menospreciar ni hacer menos la repercusión que esa enfermedad trae frente a la dinámica familiar. Tal como menciona, el cáncer provoca tanto reacciones múltiples en la persona que enferma como en su familia; reacciones como: Miedo, angustia, desesperación, impotencia. Ahora bien, aun teniendo en cuenta que en la actualidad el cáncer no debe ser sinónimo de muerte es indiscutible que en el imaginario colectivo la relación que se establece entre cáncer y muerte sea más que evidente.

Cabrera y Ferraz (2011) indican que las reacciones que suponen el diagnóstico de cáncer no solo parten desde lo biológico sino que también involucran aspectos sociales y económicos dentro de la red del paciente. Por lo que, dichas reacciones llegarán a tener gran empuje en la forma de afrontar el proceso de enfermedad de uno de sus miembros dentro de la familia, llevando a un nuevo equilibrio u homeostasis familiar, o a la disolución de esa misma. Por su parte, Ruda (2001) hace referencia a esa brecha que existe entre el estado de salud al estado de enfermedad, indicando así que ello supone tanto para el paciente y su familia experiencias de frustración y dolor que generan en los afectados la desorganización de sus estructuras psíquicas y la ruptura de sus vínculos objetales.

Al dirigirse al cáncer, Ruda (2001) expresa que específicamente dicho mal se encuentra ligado a lo misterioso, lo desconocido e incontrolable, puesto que ya sea por ideas místicas o teorías etiológicas algunas familias se refugian

buscando apoyo en tales fantasías como un mecanismo de defensa a fin de contrarrestar el vía crucis que la enfermedad conlleva.

Y ahora bien, luego de estas proposiciones se puede llegar a una pregunta en común: ¿Qué viene a ser el duelo anticipatorio?, pues bien, el duelo anticipatorio es todo ello que surge en el paciente o en la familia, desde la duda por la posible existencia de una enfermedad hasta la aceptación de la existencia del cáncer y su respectivo tratamiento. Es un proceso que se anticipa al duelo propiamente dicho empero que no lo suplanta, sino que únicamente ayuda a aceptar con mayor facilidad la enfermedad y la pérdida inminente de la salud. El duelo anticipatorio a diferencia del duelo propiamente dicho es aquella etapa de duelo que experimentan las personas antes de que suceda la pérdida significativa para ellos, ya sea de su vida misma o la de otra persona, siendo importante el estudio de esta variable debido a que puede ayudar a tener una visión más clara de cómo se manifiesta la existencia de este constructo en nuestra realidad nacional.

De acuerdo a lo revisado, tanto en investigaciones teóricas como empíricas, y teniendo en cuenta toda la información reunida, es que se desarrolló el presente estudio sobre el duelo anticipatorio, realizando un análisis en las personas que se encuentran lidiando con algún paciente con cáncer; puesto que entendemos que esta enfermedad así como otras crónicas van generando en todas las personas que lo atraviesan, incluyendo la familia, desde alteraciones fisiológicas y psicológicas hasta aquellas comunitarias y económicas.

La realización de la presente investigación puede dar una visión acerca de cómo se expresa la variable de estudio en cuestión: El duelo anticipatorio en la realidad del Perú, a fin que de esta forma se puedan realizar otros tipos de estudios los cuales ayuden a clarificar mejor cómo los fenómenos psicológicos se expresan y cómo se relacionan con otras variables. Así mismo, puede ayudar también a que se pueda crear programas de tratamiento psicológico para los familiares y pacientes que estén padeciendo una enfermedad que puede llegar a ser mortal si se continúa con la falta de cultura preventiva y promoción de la salud en el país.

Ante lo expuesto se plantea el siguiente problema:

¿Se presenta el duelo anticipatorio en familiares de pacientes oncológicos que se encuentran recibiendo tratamiento en un Hospital Nacional de una Institución Policial de Lima?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General:

- a.** Describir aspectos del constructo de duelo anticipatorio a partir del Inventario de duelo del cuidador, en un grupo de familiares de pacientes con enfermedad oncológica.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- a. Comparar el duelo anticipatorio en relación a la dimensión de “Sacrificio Personal” considerando el género y la edad del familiar.

- b. Comparar el duelo anticipatorio en relación a la dimensión de “Sentimiento de Tristeza y Añoranza” considerando el género y la edad del familiar.

- c. Comparar el duelo anticipatorio en relación a la dimensión de “Preocupación y Aislamiento” considerando el género y la edad del familiar.

1.3 Importancia y justificación del estudio

Lo fundamental en este estudio es entender la relación que hay entre el cáncer y la familia de la persona que padece dicho mal. Evidentemente la persona que se llegue a enterar que presenta esta enfermedad se verá obligada a reestructurar todo el concepto que tenía sobre él; desde la creación de actividades nuevas hasta el cambio y la adopción de estilos de vida saludable, incluyendo renuncias sociales y económicas.

Rolland (2000) señala que por lo general en muchas familias, el duelo más intenso ocurre en el momento de aceptar la existencia de la enfermedad y es en ese entonces cuando la pérdida debe ser reconocida sin lugar a duda. En

algunos casos mediante un mecanismo de defensa que algunas personas suelen adoptar se refugian en el abandono de la esperanza de cura, no obstante no llegan a perder el optimismo y es justo ello lo que les da fuerza para combatir las repercusiones psicológicas que trae dicho mal.

Así mismo, Rolland (2000) plantea que existe una idea de ajuste el cual hace referencia al grado de las exigencias psicológicas y de los factores tales como el rol del enfermo y el cuidado que se le llegue a brindar a la persona enferma, es decir el rol del cuidador, ambos roles deberán llegar a concordar con las estructuras personales y sociales del sistema familiar, para que de tal modo el impacto de la enfermedad en una familia no siempre llegue a ser negativo puesto que existen familias que se llegan a ver fortalecidas por el cáncer y las demandas que este llegue a imponer, con lo que en algunas ocasiones la enfermedad puede llegar a estabilizar la estructura de algunos sistemas familiares. Lo que nos permite entender que en este largo camino contra el cáncer se pueda llegar a encontrar familias muy unidas incluso más de lo que antes pudieron haber estado.

En la última y quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM - por sus siglas en inglés), hace referencia al modelo de duelo normal y patológico, de ese modo, el trastorno persistente del duelo complicado se encuentra dentro de los Trastornos Relacionados con Trauma y Estresores. Según Uribe (2015), esta categoría diagnóstica, aplica a presentaciones clínicas en las cuales los síntomas son característicos de un trastorno relacionado con trauma y estresores, los cuales provocan perturbación

clínicamente significativa o disfunción en las áreas ocupacionales, sociales u otras áreas importantes de desenvolvimiento; sin embargo, dichos síntomas no cumplen con el criterio completo de ninguno de los otros trastornos relacionados con trauma y estresores por lo que este diagnóstico requeriría de mayor investigación.

Las personas con Trastorno Persistente de Duelo Complicado (TPDC), están incapacitadas por la pena, enfocados en la pérdida con poco o ningún interés en otras relaciones o actividades. Presentan síntomas tales como: Disminución del sentido de identidad, culpabilidad, evitación, deseo de morir, aislamiento y sentimiento de soledad. No obstante ello quiere decir que no todos los casos de duelo llegan a ser patológicos puesto que mucho dependerá de las fortalezas y mecanismos de defensa que cada persona maneje y a su vez el hecho de estar atravesando un proceso de duelo es indicador de que se está frente a una patología psicológica. Como se sabe en psicología mucho dependerá del tiempo, frecuencia y magnitud con la que estos síntomas se presenten, sin embargo cabe resaltar que durante cualquier etapa de duelo “normal” será normal encontrar esos pensamientos.

Kübler – Ross (2006) hace mención de las etapas del duelo:

Negación *Ira* *Negociación* *Depresión* *Aceptación*

Sin embargo dichas etapas también se encuentran presentes en ambos tipos de duelo (Duelo y Duelo Anticipatorio) tal como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1.
Comparación entre expresiones comunes que se manifiestan entre Duelo Anticipatorio y Duelo

Duelo Anticipatorio (Frente a la enfermedad)	Duelo (Frente a la muerte)
NEGACIÓN	
“No, no puede estar enfermo. Debe haber un error”	“No puede estar muerto”
IRA	
“No es justo, ¿Por qué está pasando esto?”	“¿Cómo pudo sucederme esto a mí? No merezco estar pasando esto”
NEGOCIACION	
“Prometo ser bueno, esta vez prometo hacer las cosas bien”	“Debí hacer actuado así, tal vez si hacia eso él aún seguiría aquí”
DEPRESION	
“De que sirve todo esto, igual va morir”	“La vida no tiene sentido, prefiero morirme para estar con él”
ACEPTACION	
“La enfermedad no nos va vencer, solo es una prueba. Vamos a estar bien”	“Por algo pasan las cosas, él ahora está mejor”

Ante los ejemplos planteados se puede entender que así como lo establece Kübler – Ross (2006) la única diferencia significativa entre ambos tipos de duelo es el hecho de que una de ellas hace referencia a un proceso que se da antes del acto conciso mientras que la otra se da posterior a la inminente pérdida. Lo interesante del duelo anticipatorio, que es el tema central de esta investigación, es que al tratarse de personas que atraviesan una enfermedad compleja, tal es el caso del cáncer las personas que están pasando por este proceso, suelen ignorar o minimizar a tal punto sus sentimientos que ignoran lo que están viviendo, solo cuando toda la carga afectiva llega a niveles inmanejables es cuando recién la persona solicita ayuda para aminorar dicho dolor.

En la actualidad no se puede hacer menos esta complejidad de emociones puesto que aunque a ojos de otras personas puede parecer algo irrelevante, la realidad demuestra lo contrario, el aumento de feminicidios, matricidios, filicidios y hasta suicidios demuestran que la salud mental es un tema muy delicado a tratar puesto que en muchos casos una muerte de tal magnitud se ha podido tratar ya sea con ayuda psicológica, consejería o intervención en crisis. Muchas veces las personas llegan a sentirse tan abrumadas por la carga emocional que llevan, que el único momento en el que toman conciencia de su problema es cuando este llega a afectar irremediablemente a terceros.

1.4 Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones existente durante la elaboración del presente estudio fue el tiempo que demandaron las coordinaciones y trámites administrativos que se solicitaron para poder llegar a la muestra requerida, ya que por tratarse de una institución policial es entendible la necesidad de proteger la información que puedan expresar el público demandante.

Otras de las limitaciones que se presentaron era hacer partícipe a la muestra requerida y como se hace mención la dificultad fue persuadir al evaluado y con ello hacer que tenga disposición por participar de esta investigación; más no encontrar la muestra requerida puesto que debido a varios factores tales como: Tiempo, experiencias, estado anímico, falta de conocimientos, pero sobre todo por el poco conocimiento sobre la variable a estudiar un gran número de personas se rehusaban a ser parte de este estudio.

Teniendo en cuenta que la muestra de esta investigación se ve afectada por factores emocionales, la aplicación de los instrumentos requeridos llegó a ser muy complicada, pues los ítems del instrumento generaron en la muestra, aflicción y/o desgano por continuar con la aplicación de ello. Por otro lado, el ambiente donde se aplicó dicho instrumento dificultó también la realización de la investigación, pues los participantes requeridos se encontraban prácticamente rodeando al paciente, lo que en algunos casos llegó a afligirlos aún más en su estado de ánimo.

Por otro lado, debemos tener en consideración que el nivel de generalización de la presente investigación se encuentra restringido a la población estudiada y debido al muestreo intencional los resultados no se pueden generalizar a otras poblaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL

2.1 Investigaciones relacionadas con el tema

2.1.1. Internacionales

Swensen, C. y Fuller, S. (1992) realizaron un estudio en el cual tenían como propósito descubrir qué pasa en ciertos aspectos de la relación de parejas casadas (Expresión de amor, Problemas maritales, y Compromiso) cuando uno de los cónyuges está muriendo. La muestra utilizada fue de 214 parejas, en donde 114 parejas tenían a un cónyuge con cáncer terminal y 100 parejas eran sanas, todos de una misma área geográfica. Se utilizó la Escala de Sentimientos y Comportamientos de Amor de Swensen; la Escala de Problemas Maritales y para el compromiso.

Se realizaron 2 preguntas específicas durante el proceso de entrevista. Los resultados mostraron que las parejas con un cónyuge con cáncer mostraron expresar más amor después del diagnóstico y más amor a comparación de las parejas sanas. No hubo diferencias significativas en relación a los problemas maritales. Las parejas con un cónyuge con cáncer se mostraron menos comprometidas el uno al otro después del diagnóstico.

Benfeld (1995) tuvo como propósito el comparar las respuestas del duelo anticipatorio de las madres y padres que vivían fuera de sus experiencias de cuidados intensivos neonatales, y determinar cómo sus respuestas variaban con el tiempo. El duelo anticipatorio se define operacionalmente por los siguientes siete elementos en una escala de duelo anticipatorio válida y fiable: Sentimientos de tristeza, ira, dificultad para dormir, cambios en el apetito, el pensamiento o preocupación soñando con el bebé, irritabilidad y la culpa. Treinta y cinco pares de madres y padres completaron el instrumento una vez durante el periodo de hospitalización de sus bebés, y cinco pares de madre - padre completaron el instrumento dos veces al día durante todo o parte del periodo en que sus bebés estaban hospitalizados. El duelo anticipatorio materno excedió significativamente el duelo anticipatorio paterno, más allá de los efectos del nivel de la atención infantil (una medida de la gravedad de la enfermedad), y la duración de la hospitalización infantil. Un efecto curvilíneo significativo de tiempo, tanto para las madres y los padres, más allá del efecto lineal del tiempo del duelo anticipatorio se

encontró para ambas muestras de pareja de los padres y los dos subgrupos de validación cruzada. Tres variables adicionales: Preocupación de la muerte, sentimientos de impotencia y de incertidumbre, se relacionaron significativamente con el duelo anticipatorio y fueron experimentados por la mayoría de las madres y los padres. Estos hallazgos sugieren que los médicos e investigadores pueden querer reestructurar enfoques futuros para la práctica y diseño de la investigación, teniendo en cuenta la naturaleza curvilínea de las respuestas emocionales de los padres durante esta crisis familiar.

Smith (2005) examinó el efecto del duelo anticipatorio en el ajuste personal de los hijos adultos de mediana edad, tras la muerte de su último sobreviviente padre adulto mayor. Se analizaron los datos de un estudio de las perspectivas de los hijos adultos de la muerte de un padre anciano realizadas por el Centro Geriátrico de Filadelfia, Pensilvania. Los resultados de este estudio indican que los hijos adultos que experimentaron duelo anticipado eran propensos a informar sentimientos más ajustados a la muerte de su anciano padre, sin embargo, el indicador compuesto utilizado para evaluar el grado de ajuste personal indica una relación negativa entre la anticipación de la muerte y la adaptación personal a raíz de la pérdida real. Este hallazgo es consistente a través de los géneros y las distinciones raciales y étnicas entre los hijos adultos que participaron en este estudio. Se discute la importancia de este hallazgo para el trabajo de duelo y sus implicaciones para la investigación futura.

Lane (2005) investigó los predictores de duelo anticipatorio entre 70 cuidadores que utilizaban los servicios de cuidados paliativos para atender a un moribundo. El duelo anticipatorio (AG) se asoció positivamente con el afrontamiento de retirada; más específicamente, se asoció negativamente con la evitación de problemas y positivamente asociada con una ilusión y el aislamiento social. Además, el apego de ansiedad se asoció positivamente con el AG, mientras que evitar el apego se relacionó negativamente. Por último, la espiritualidad se encontró que se asoció negativamente con el AG. El compromiso de afrontamiento, la tensión del cuidador, y los roles de género no predijeron significativamente el AG.

Sanchez, Corbellas y Camps (2007) plantean que en la actualidad las enfermedades necesitan una atención integral en la cual intervengan profesionales de la salud tanto física como mental. Adicional a ello, hacen una breve mención sobre el mismo momento de la comunicación diagnóstica, ya que tal como lo plantean es en aquel momento que el paciente y su familia mantienen una serie de necesidades y expectativas ligadas al ciclo vital en que se hallan, se encuentran ante una realidad que parece difícil de asumir, con respuestas emocionalmente de formas muy diversas aunque explican que las más habituales son las de quebranto. Hacen referencia a la necesidad de no generar un daño innecesario en la cual la literatura oncológica ha generado un amplio abanico de conceptos y de técnicas de abordaje para lo que podemos denominar en su conjunto como “Comunicación de Malas Noticias”. Desde la perspectiva

psicológica en este mismo sentido, explican que se ha desarrollado también diferentes modelos para tratar de explicar e identificar las respuestas personales y los procesos de adaptación que se siguen, en referencia al padecimiento de estas enfermedades graves que pueden terminar con el propio fallecimiento.

Holley y Mast (2009) tuvieron el propósito de investigar la naturaleza del duelo anticipatorio (AG por sus siglas en inglés) en una muestra de cuidadores de demencia y se examinó la relación entre el AG y la carga del cuidador. La muestra fue de 80 cuidadores informales de personas con demencia completaron entrevistas y cuestionarios que evaluaron su experiencia de dolor, la salud física y mental, los aspectos de la situación de cuidado, y el nivel de deterioro del paciente. Se utilizaron modelos de regresión lineal jerárquica para examinar si el AG se asociaba significativamente con la carga del cuidador. Los resultados mostraron que el AG demostró una asociación significativa e independiente con la carga del cuidador en esta muestra, más allá de los efectos de los predictores conocidos tales como las características de fondo, problemas de conducta en el receptor de cuidados y los síntomas depresivos. Los resultados actuales sugieren que el duelo puede ser un aspecto importante y poco estudiado de la experiencia de cuidado. Es probable que la conceptualización del duelo de la carga del cuidador puede conducir a un mejor apoyo a los cuidadores y las predicciones más exactas de los resultados.

Johansson y Grimby (2012) revelaron que cuatro de cada diez viudas consideraron el período previo a la pérdida de alguien más estresante que la post-pérdida. La investigación de parientes cercanos a los pacientes que están muriendo de cáncer (usando entrevistas y la Escala de Duelo Anticipatorio) encontraron que el duelo anticipatorio implica mucho estrés emocional, como intensa preocupación por la persona que está muriendo, la nostalgia por su / su antigua personalidad, la soledad, el llanto, la disfunción cognitiva, irritabilidad, ira y aislamiento social, y la necesidad de hablar. El estado psicológico fue malo por uno de cada cinco. Sin embargo, los parientes en su mayoría mostraron un nivel de ajuste y de capacidad de movilizar fuerza para hacer frente a la situación. Los resultados sugieren el desarrollo de apoyo y de guía de programas también para el período de anticipación.

Fowler, Hansen, Barnato, y Garand (2013) tuvieron como objetivo medir la participación percibida en la toma de decisiones médicas y determinar si el duelo anticipado se asocia con la solución de problemas de los cuidadores familiares de adultos mayores con deterioro cognitivo. Método: Análisis retrospectivo de los datos de referencia de una intervención para el cuidador (n = 73). Se usaron modelos de regresión multivariable que prueban la relación entre el duelo anticipatorio de los cuidadores, medida por la Escala de Duelo Anticipatorio (AGS), con capacidad para resolver problemas, medida por el Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado: Versión corta (SPSI -R:S). Los resultados mostraron que el 64% de los cuidadores

informaron de la participación en la toma de decisiones médicas. Las puntuaciones más altas de la AGS se asociaron con una menor orientación positiva del problema y mayor orientación negativa del problema, pero no con otros componentes de la solución de problemas para resolver racionalmente el problema, el estilo de evitación y el estilo de la impulsividad / descuido. Los resultados sugieren que un alto duelo anticipatorio entre los cuidadores familiares incapacitan la resolución de problemas, lo que podría tener consecuencias negativas para la toma de su decisión médica.

2.1.2. Nacionales

Rojas (2005) en su investigación sobre duelo anticipatorio dirigida a padres cuyos hijos se encontraban recibiendo tratamiento oncológico en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas investigó el duelo anticipatorio que experimentaban 150 progenitores, entre padres y madres, de 134 niños y 16 niñas con algún diagnóstico cancerígeno. Rojas utilizó la prueba MM Caregiver Grief Inventory planteada por Marwil y Meuser (2002), y explicó que según los estudios que realizó a la muestra seleccionada, los resultados en función al porcentaje de la varianza total obtenido por la prueba fue de 37%. En cuanto a los factores que conforman dicho inventario los resultados obtenidos fueron: Respecto al factor A de sacrificio personal fue el que más peso obtuvo (28%), frente a una varianza pequeña para los factores B (5%) y C (4%). Dichos resultados coincidirían con los porcentajes de

varianza total y para cada factor que obtuvieron los autores de dicho inventario en su investigación.

Aunque su investigación no pudo determinar si se presenta el duelo anticipatorio en dicha muestra permite hacer precisiones conceptuales en torno al tema.

Ruda y Argumedo (2008) en su investigación sobre duelo aplicado frente a la propia muerte hacen mención a la muerte como un acontecimiento que define el fin de la vida en la cual, esta es y será siempre un gran misterio, tal como mencionan puesto que ella constituye una de las experiencias que genera mayor temor y fascinación al hombre, ya que impone un límite frente al cual no hay desafío ni reafirmación posible. En ese sentido, explican que el negar la muerte o ignorarla pareciera ser frecuente entre nosotros puesto que aun cuando ésta no deja de rondarnos y aparecer intermitentemente, a propósito de la muerte de un otro, cercano o ajeno. En su estudio hacen mención al psicoanálisis y lo que este explica en su teoría puesto que tal como hacen mención, en este último, la muerte propia no tiene representación en el inconsciente por lo que según esa teoría, cuando pensamos en la muerte, siempre la referimos al otro, o en todo caso, a uno inmensamente diferido en el tiempo.

En su estudio, inspirado en la clínica con adultos mayores y pacientes cercanos a la hora de su muerte, tuvieron como finalidad

adentrarse en el análisis del duelo anticipatorio con el afán de vislumbrar los elementos comprometidos y dinamismos puestos en juego en esta circunstancia. Para ello, se basaron por un lado, en el supuesto de que el yo puede tomarse a sí mismo como objeto y que las pérdidas objetales implican pérdidas narcisistas, y por otro, en la definición del duelo como el proceso de elaboración que tiene lugar cuando uno pierde un objeto, se puede preguntar si es posible hablar de duelo cuando se es sujeto y objeto de pérdida. Por tanto, mencionan, que hablar de la elaboración de la propia muerte y apelar al concepto de duelo en estos casos resulta inexacto. No obstante, consideraron que sí es posible emprender un trabajo psíquico de aceptación de la propia finitud, como un medio que permite al sujeto confrontado con su muerte, lidiar parcialmente con las angustias que esta situación suscita, sabiendo que los objetos internos y externos que lo han acompañado a lo largo de la vida, tendrán bajo estas circunstancias un papel central. Con lo cual explican que debido a ello es que propusieron que el tema de la muerte personal debería ser incorporado como un eje fundamental del trabajo terapéutico, que no solo tiene lugar cuando llega la hora de morir, pues a fin de cuentas, la muerte está siempre presente, atravesando el sentido de existencia.

2.2 Bases teórico-científicas del estudio

2.2.1 Cáncer

Robert, Álvarez, Valdivieso (2013) refieren que el cáncer se ha convertido en la actualidad en una enfermedad crónica que cultural e históricamente se relaciona con dolor y muerte por lo que debido a ello, y

a lo compleja que es la enfermedad y su tratamiento, el momento del diagnóstico resulta ser un fuerte impacto a nivel emocional para el paciente y su familia, por tal motivo en general toma tiempo que tanto la persona como su familia y todas aquellas personas cercanas a él asimilen y acepten la situación que está viviendo así como el tratamiento sugerido por el médico. Además manifiestan que esta enfermedad repercute no sólo en la persona que ha sido diagnosticada sino que en todo su entorno familiar, social y también laboral, independiente del tipo de cáncer que padezca.

Según un estudio realizado por el MINSA en el año 2010 con la finalidad de realizar programas de prevención respecto a esta enfermedad, expresan que el cáncer es una enfermedad que resulta del crecimiento sin control de células anormales que se originan en alguna parte del cuerpo y suelen vivir más tiempo que las células normales, y con ello llegar a formar tumores, destruir las partes vecinas y diseminarse por el cuerpo, lo que en términos médicos se conoce como metástasis.

Esta enfermedad en sus primeras etapas, es de conocimiento común que no presenta síntomas, no causa dolor ni ninguna otra molestia. Los síntomas de alarma en toda persona, sea cual fuere su edad o sexo, pueden ser: Sangrado inusual, secreción anormal por pezones o genitales; molestias generales o digestivas; tumores o protuberancias en cualquier parte del cuerpo, lunares sospechosos, cambios o manchas en la piel, cambios en la voz, tos crónica y/o heridas que no cicatrizan, entre

otros y es justo con esa información que el Ministerio de Salud busca promover la prevención, puesto que un chequeo rutinario anual aportaría en la disminución de la incidencia de esta enfermedad. En nuestro país los tipos de cáncer más frecuentes son en las mujeres: El cáncer de mama y de cuello uterino; mientras que en los varones, los más comunes son el cáncer de estómago, de pulmón y de próstata.

Existen varios tipos de cáncer, sin embargo al referirnos a la mortalidad de dicha enfermedad, en el Perú el cáncer de cuello uterino vendría a ser la primera causa de muerte en mujeres a nivel nacional, y segunda en frecuencia en la población. La tasa de incidencia nacional es de 28.8 por 100,000 mujeres, y la tasa de mortalidad es de 11.3 por 100,000. A ello le sigue el cáncer de mama, siendo este el cáncer más frecuente en Lima y Arequipa. En los últimos 30 años ha incrementado su incidencia a 26.5 por 100,000 mujeres, y la tasa de mortalidad es de 9.3 por 100 mil.

2.2.2. Duelo

En relación al duelo, Corlees (2005) señala que esta variable no es más que la expresión de la pena por la pérdida de una persona, y que con ello se busca manifestar la tristeza interna diferenciando a los deudos del común de las personas, pues se ha formado en ellos un vacío tan grande que es difícil de superar. Tan cierto lo que manifiesta ya que, en dicha situación, la familia del difunto y todo aquel que se encuentra dolido por tal suceso, en la mayoría de casos, no buscan dar detalles de lo que pasó,

ni buscan expresar lo que les pasa, basta con solo mirarlos, basta con ver sus rostros afligidos, sus ojos hinchados y en algunos casos encontrar aquella mirada desorbitada para darse cuenta de la inmensidad de su drama.

Por otro lado, Belsky (1996) establece entre sus líneas que si bien es cierto que los adultos mayores han tenido que enfrentarse personalmente con la muerte de otros individuos y teniendo en cuenta que biológicamente en este momento de la vida este grupo etario está más cerca de la muerte y en el hecho de morir más que cualquier otro grupo de edad, no son precisamente el grupo etario que piensan en la muerte con frecuencia.

Del mismo modo, Morris (2005) manifiesta que a menudo la visión que se tiene acerca los adultos mayores, por desgracia, es aquella que ha sido guiada por los mitos sobre la vejez, pensar que los adultos mayores son solitarios, pobres y aquejados por la mala salud son parte de las tantas creencias que radican en torno a este grupo de la tercera edad. Este párrafo presentado, es parte de los ilimitados estereotipos que rodean a este sector de la sociedad, personas de la tercera edad, los cuales han sido refutados por todas las investigaciones sobre la vejez y que, a pesar de ello, siguen presentándose en la sociedad actual.

2.2.3. Proceso del duelo

Dentro del proceso de muerte, el proceso de duelo es otra fase posterior de la muerte misma donde toman protagonismo todos los deudos, los cuales en base a su cultura y a un sinnúmero de factores, superarán este proceso, ya que dentro de ello, estas personas definirán lo que deben hacer, cómo superar este trance, saber seguir adelante además de definir la diferencia entre lo bueno y lo malo del suceso, debido a que cada quien expresa su dolor de la forma que a su juicio sea la mejor, es en ello que los estilos de afrontamiento que se deben adoptar ante la pérdida de un ser querido irán acorde con las creencias y la moral de cada quien. Del mismo modo se toma en cuenta el proceso de la muerte, puesto que no es lo mismo perder a alguien imprevistamente o, de lo contrario, si se trata de una muerte agonizante y dolorosa de alguien en especial. Es así que en base a ello el impacto que deja el proceso de defunción de cualquier allegado, es más claro que si hablamos de una muerte no imprevista, es decir, diagnosticada, el proceso de muerte es mucho más largo incluyendo en ello diversos estadios de muerte.

Además, los principales autores que han abordado los estudios sobre el duelo, concuerdan que cada persona experimenta esta variable de manera distinta (Bowlby, 1980; Kübler - Ross, 2006; Lindemann, 1944; Rando, 1984; Parkes & Weiss, 1983; citados en Loitegui, 2008) siendo este un proceso complejo por el cual la persona pasa por distintas etapas.

Así mismo, Guic Sesnic y Salas de Nicolau (2006, citados en Loitegui, 2008) realizaron un cuadro comparativo de los diversas etapas que varios autores mencionan que suceden en el proceso de duelo.

Tabla 2.
Información descriptiva sobre las etapas del duelo y sus manifestaciones psicológicas según cada autor.

MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS DEL DUELO			
Rando (1984)	Lindemann (1944)	Bowlby (1961; 1980)	Parkes & Weiss (1983)
Fase de evitación: Conmoción (shock)	Conmoción e incredulidad	Embotamiento de la sensibilidad	Reconocimiento intelectual y explicación de la pérdida.
Fase de confrontación	Duelo agudo	Añoranza y búsqueda Desorganización y desesperanza	Aceptación emocional de la pérdida
Fase de restablecimiento de una nueva identidad	Resolución	Reorganización proceso	Adquisición

A manera de Resumen, Rando (2001, citado en Loitegui, 2008) muestra algunas nociones que se pueden tener respecto al duelo en la actualidad:

- El duelo no necesariamente ocurre en etapas fijas, los modelos que se basan en etapas para explicar el duelo se encuentran desactualizados al afirmar que todos los deudos transitan por todas las etapas en el mismo orden, ya que esto no suele suceder en todos los casos.
- Las continuas conexiones con el difunto no deben ser consideradas necesariamente patológicas, éstas incluso, pueden ser terapéuticas si son adecuadas.
- La gente no necesariamente llega a superar una “pérdida mayor”, aunque aprende a vivir con ella.
- La recomendación continua de intervención para todos los sujetos en duelo puede resultar dañino.
- No existe una única manera de responder a una pérdida.
- El duelo y la reconstrucción de significado no sucede solo a nivel individual, sino también a nivel familiar y social.
- El duelo puede complicar, esto no quiere decir que se trate de una patología puesto que se puede deber a otros múltiples factores (las circunstancias de la muerte, el rol del fallecido, la contención, etc.).

- El duelo es relativo a cada cultura. En otras palabras, el concepto de duelo ha ido evolucionando con el correr del tiempo, aunque siempre mantuvo una fuerte impronta de aquellos autores que originalmente lo abordaron.

Aparte de estas nuevas concepciones del duelo, hoy se entiende que el duelo puede ocurrir no sólo desde el momento en que una persona fallece, sino que incluso puede aparecer antes de que este hecho ocurra. “El duelo anticipado (Rando, 2000), es el término que se emplea para referirse a este momento particular que se describe como la respuesta emocional frente a la amenaza potencial de la muerte de una persona amada o de uno mismo” (Kehl, 2005, p.207).

2.2.4 Proceso del duelo anticipatorio

El duelo anticipado o duelo anticipatorio es pues la pérdida o duelo que se da antes de la muerte misma de un ser querido, esa sensación tan desagradable y frustrante que deja en el familiar un vacío tan grande, viene a ser la manifestación del duelo antes de la muerte. Hoy en día, es muy común este episodio ya que luego de enfermedades como el cáncer, SIDA, etc. se hace presente en los familiares una desilusión y depresión tan alta que, efectivamente, demuestran anímicamente que se encuentran pasando el proceso de duelo, incluso antes de que su familiar haya pasado a mejor vida.

Así pues Kübler-Ross (1998) logra definir el duelo anticipado como cualquier duelo que se dé antes de experimentar la muerte y/o

pérdida de un ser querido. Sin embargo, a diferencia del duelo “normal” el duelo anticipado puede ser experimentado no solo por los allegados y/o familiares del enfermo sino que también por la persona que está experimentando la muerte propia como cercana. Este proceso no se prolonga indefinidamente ya que termina con la misma muerte y, teóricamente, su intensidad debería disminuir más que aumentar con el tiempo y solo este duelo puede tener una fase de esperanza.

Del mismo modo, Villena (2000) manifiesta que, a diferencia del duelo experimentado por los familiares, el duelo anticipado llevado a cabo por el propio enfermo es tan perturbador y desconsolante, ya que genera en la persona que éste ame la vida y se aferre a ella. En este proceso existen dos polos opuestos, el primero que viene a ser referente de aquellos que llegan a ver el verdadero valor de la vida y se aferran a ella con todas sus fuerzas y el otro que corresponde a las personas que se llegan a ver como una carga y lo único que esperan es el momento de su partida sin importar el sufrimiento y/o los sentimientos de sus familiares.

Ruda (1998) define el duelo anticipado como la serie de procesos de luto y afrontamiento que vienen a ser respuestas a la muerte inminente del ser querido y al reconocimiento de las pérdidas asociadas. Así pues, nos explica que en ese proceso el familiar que experimenta dicho estadio se encuentra en una disyuntiva, ya que por un lado tiene que separarse y retirar el afecto y reinvertirlo en otras relaciones para que de ese modo pueda superar dicho trance, pues de lo contrario podría sumergirse en la

depresión y no superar dicho proceso, sin embargo por otro lado, la persona deberá de continuar comprometida con la persona que está muriendo pues aún no ha llegado su partida.

Además, Loitegui (2008) define el duelo anticipado como un proceso complejo que se experimenta cuando un individuo se encuentra frente a la posibilidad de anticipar su propia muerte o la de un ser querido. Frente a esta amenaza de pérdida, en algunos casos, suele desencadenarse, en consecuencia, una fuerte reacción física, psicológica y conductual, frente a la que el enfermo y/o la familia deberán adaptarse y reorganizarse activamente.

Definitivamente es un proceso muy difícil por superar, pero que vale la pena ser investigado, pues ha sido un tema dejado de lado probablemente por la complejidad de éste, ya que influyen en él varios factores.

2.3. Definición de términos básicos

- DUELO

Proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida; pérdida de un empleo, pérdida de un ser querido, pérdida de una relación, entre otros. Dicho proceso conlleva una serie de fases (Negación, cólera, negociación, depresión y aceptación).

- DUELO ANTICIPATORIO

Conlleva el mismo proceso del duelo propiamente dicho, pero que se da antes de concretarse la pérdida (La ruptura amorosa, la muerte de un ser querido, etc.).

- CÁNCER

Enfermedad provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos. En general tiende a llevar a la muerte a la persona afectada, si no se somete a un tratamiento adecuado y de manera temprana.

- PACIENTE ONCOLÓGICO

Persona diagnosticada con cualquier tipo de cáncer (Mama, colon, estómago u otros) y que están sometidos en la mayoría de casos a tratamientos oncológicos, ya sean ambulatorios o bajo hospitalización.

- ETAPAS DE DUELO

Planteadas por la psiquiatra Kübler – Ross (2006) en las que divide al duelo en 5 etapas: Negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

- NEGACION

Etapas que incluye el rechazo consciente o inconsciente de los hechos o la realidad de la situación. Este mecanismo de defensa busca amortiguar el shock que produce la nueva realidad para sólo dejar entrar el dolor que se

está preparado para soportar. Se trata de una respuesta temporal que nos paraliza y nos hace escondernos de los hechos.

- IRA

Etapas donde la ira toma el protagonismo dirigiendo este enojo al ser querido fallecido, a la enfermedad, a sí mismos, a amigos, familiares, objetos inanimados o seres místicos. Se siente un resentimiento hacia la persona que ha dejado causando un inmenso dolor en los otros pero este enojo se vive con culpa haciendo sentir más enojados aún.

- NEGOCIACIÓN

Esta fase del duelo suele ser la más breve de todas las etapas ya que se trata del último esfuerzo para encontrar alguna manera de aliviar el dolor por lo que supone un trabajo agotador para la mente y el cuerpo al tener que lidiar con pensamientos y fantasías que no coinciden con la realidad actual.

- DEPRESIÓN

La depresión dentro del proceso de duelo no se percibe como sinónimo de enfermedad mental, sino que se trata de una respuesta adecuada a una gran pérdida por lo que las emociones de la depresión deben ser experimentadas para sanar. En esta etapa la atención del doliente se vuelve al presente surgiendo sentimientos de vacío y profundo dolor. Se suele mostrar impaciente ante tanto sufrimiento sintiendo un agotamiento físico y mental que lo lleva a dormir largas horas. Además la irritabilidad

y la impotencia toman un gran protagonismo ya que durante esta etapa se enfrenta a la irreversibilidad de la muerte.

- **ACEPTACIÓN**

Esta etapa consiste en aceptar la realidad de que el ser querido se ha ido físicamente o si es que es el caso, aceptar que se debe convivir con la enfermedad; por tanto, lo que se llega a comprender en esta nueva realidad es que tanto el deceso o la presencia de la enfermedad es una realidad permanente de ahora en adelante. Se trata de aprender a convivir con este cambio, crecer a través del conocimiento de los propios sentimientos.

2.4. Hipótesis y variables

2.4.1. Supuestos científicos básicos

En este estudio se está trabajando en la línea de la psicología de la salud y psicología social. Dentro de la psicología de la salud, puesto que se pretende hacer un aporte científico dentro de la psicooncología ya que debido a la población, éste estudio bordea a pacientes oncológicos. Por otro lado también muestra un aporte dentro de la psicología social pues el cuidador, quien es el co-protagonista de este estudio, será quien verá alterada sus relaciones interpersonales por el proceso denominado duelo anticipatorio, de este modo se está asumiendo modelos teóricos que tienen que ver con la adherencia al tratamiento de estos pacientes puesto que ello, el pronóstico y la condición aguda o crónica de la enfermedad que muestre el paciente serán

factores que influyen en el comportamiento de los familiares más directos que se encuentren al cuidado de estos.

En ese sentido en cuanto a género y edad, se considera dentro de la presente investigación que ambas variables influyen en la impresión e intensidad con la que el duelo anticipatorio se llega a hacer presente dentro de las personas que lo padecen, en cuanto a género puesto que como lo menciona Gaviria (2008) las mujeres llegan a tener hasta dos veces mayor probabilidad de reportar episodios depresivos en comparación a los hombres, debido a factores sociales, psicológicos y hasta hormonales sobre todo en ellas que se encuentran en etapa reproductiva aproximadamente entre los 15 y 44 años. Por otro lado, en cuanto la edad se establece que esta variable toma influencia debido a la relación inversamente proporcional que se posee con la madurez psicológica y social. En ese sentido se entiende que mientras más joven sea la persona que se encuentre atravesando su etapa de duelo anticipatorio los efectos que se generen en ella serán mucho mayores principalmente por la carencia y/o ausencia de recursos y mecanismos de defensa que ayuden a la persona a lidiar mientras se atravesase dicho proceso.

2.4.2. Hipótesis

2.4.2.1. General

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio de acuerdo al género del cuidador.

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio de acuerdo al género del cuidador.

H₂: Existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio de acuerdo a la edad del cuidador.

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio de acuerdo a la edad del cuidador.

2.4.2.2. Específicas

H_{1.1}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor A denominado sacrificio personal de acuerdo al género del cuidador.

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor A denominado sacrificio personal de acuerdo al género del cuidador.

H_{2.1}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del

factor A denominado sacrificio personal de acuerdo a la edad del cuidador.

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor A denominado sacrificio personal de acuerdo a la edad del cuidador.

H_{1.2}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor B denominado de tristeza y añoranza de acuerdo al género del cuidador.

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor B denominado de tristeza y añoranza de acuerdo al género del cuidador.

H_{2.2}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor B denominado de tristeza y añoranza de acuerdo a la edad del cuidador.

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del

factor B denominado de tristeza y añoranza de acuerdo a la edad del cuidador.

H_{1.3}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor C denominado de preocupación y aislamiento de acuerdo al género del cuidador.

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor C denominado de preocupación y aislamiento de acuerdo al género del cuidador.

H_{2.3}: Existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor C denominado de preocupación y aislamiento de acuerdo a la edad del cuidador.

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor C denominado de preocupación y aislamiento de acuerdo a la edad del cuidador.

2.5 Variables de estudio

- Dimensiones del duelo anticipatorio presente en los familiares de pacientes oncológicos según Marwit y Meuser (2002)
 - Sacrificio personal
 - Sentimiento de tristeza y añoranza
 - Preocupación y aislamiento
- Género del familiar del paciente oncológico.
- Edad del familiar del paciente oncológico.

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Diseño de investigación

En cuanto a la metodología del presente estudio se considera que es del tipo descriptivo - comparativo, ya que se busca una aproximación inicial y general al constructo principal de esta investigación, que en la actualidad ha sido poco estudiado, duelo anticipatorio y comparativo, compara grupos etarios y de género.

3.2 Población de estudio

El nosocomio policial en el cual se ha llevado a cabo la presente investigación es una institución del estado, perteneciente al sector salud, que

presenta especialidades tanto para la salud física como mental. Este hospital se encarga de velar por el bienestar de los policías en actividad o en retiro y a su vez de sus familiares de primer grado (Cónyuge, hijos, padres).

En dicho nosocomio se llegan a encontrar diferentes especialidades médicas tales como traumatología, ginecología, neurología, oftalmología, entre otras y por el área de la salud mental se encuentran psiquiatría y psicología. Anualmente atienden cerca de un millón de pacientes entre titulares y familiares, ya sea en retiro o actividad.

Sin embargo, para la presente investigación solo se trabajó con los familiares de los pacientes que se encontraban recibiendo atención mediante el área de oncología.

3.3 Muestra de investigación o Participantes

En relación al tipo de muestreo se tendrá en cuenta que este fue no probabilístico y del tipo intencional, puesto que como hacen referencia Sánchez y Reyes (2009) al seleccionar los elementos de la población, como en este caso el delimitar la población que reunía las características para ser tomada en cuenta, el grado de probabilidad al seleccionar los elementos se desconoce.

Sobre la conformación de la muestra se tomaron en cuenta criterios de inclusión tales como: Parentesco con el paciente y que estos últimos se encuentren recibiendo atención oncológica hospitalaria o ambulatoria dentro del

nosocomio. A su vez se debió tener en cuenta que dichos familiares necesariamente debían cumplir el rol de cuidadores en relación al paciente. A continuación se presenta la tabla 3 donde se describen las características sociodemográficas de la muestra de familiares del presente estudio.

Tabla 3.

Tabla sociodemográfica de la Muestra de Familiares

Variable	f	%	Variable	f	%
<u>Sexo</u>			<u>Lugar de Residencia</u>		
Hombre	25	50	Costa	46	92
Mujer	25	50	Sierra	4	8
			Selva	0	0
<u>Estado civil</u>			<u>Lugar de Nacimiento</u>		
Casado	23	46	Costa	23	46
Conviviente	11	22	Sierra	20	40
Soltero	13	26	Selva	7	14
Separado	2	4			
Viudo	1	2			
<u>Ocupación</u>			<u>Número de hijos</u>		
Trabaja	36	72	0	6	12
Desempleado	0	0	1	10	20
Ama de casa	13	26	2	7	14
Estudiante	1	2	3	9	18
			4 a más	18	36
<u>Edad del Familiar</u>			<u>Religión</u>		
Min	18		Católica	39	78
Max	80		Evangélica	4	8
Media	46.3		Ninguna	1	2
Desv. estándar	15.8		Otros	6	12

La muestra estuvo conformada por 50 familiares quienes cumplían con el rol de cuidadores, 20 progenitores (Padres y Madres), 12 hijos, 10 cónyuges y 8

hermanos, de los cuales 25 eran hombres y los 25 restantes mujeres, todos ellos familiares de 50 pacientes del área de oncología. La edad promedio de estos familiares es de 46.3 años con una desviación de 15.8, siendo la edad mínima 18 años y 80 la máxima.

En cuanto al estado civil de los familiares la mayor parte son casados (46%) o convivientes (22%), mientras que los solteros (26%), separados (4%) y viudos (2%) representan una minoría. La mayoría de ellos tienen de 4 a más hijos (36%), mientras que el resto oscila en un único hijo (20%). Con respecto a la ocupación de los familiares, la mayoría de ellos son familiares que trabajan ya sea de forma independiente como dependiente (72%) mientras que otra gran parte de los familiares indicaron que se desempeñan como amas de casa (26%), seguidos por un (2%) que se desempeñan como estudiantes.

Gran parte de la muestra reside en la Costa (92%), frente a un pequeño número de familiares que viven en la Sierra (8%) y en esta muestra no se encontró ningún residente de la zona la Selva (0%). En cuanto a la religión (78%) profesan la religión católica, (8%) de ellos practican la religión evangélica mientras que los creyentes de otras religiones representan el (12%) de la población y finalmente solo un (2%) de ellos expresan no profesar ninguna religión.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Ficha sociodemográfica

Esta ficha permitió la consignación de la información sociodemográfica del familiar (Cuidador) y el paciente. Los datos que se tuvieron en cuenta dentro de esta cédula fueron: Edad, estado civil, lugar de nacimiento, lugar de residencia, grado de instrucción, ocupación y religión. Mientras que los datos del paciente que fueron consignados son: Sexo, edad, diagnóstico, tiempo de enfermedad y tiempo de tratamiento (*Ver apéndice*).

3.4.2. Inventario de duelo del cuidador (MM CGI)

a. Ficha técnica

Nombre :	MM Caregiver Grief Inventory
Autor :	Samuel Marwit Thomas Meuser
Administración :	Individual
Duración de la Prueba :	45 min. aprox.
Aplicación :	Familiares que se encarguen del cuidado a algún pariente enfermo.
Significación :	Nivel de percepción del cuidador frente 3 factores: Sacrificio personal, sentimiento de tristeza y añoranza, y preocupación y aislamiento.

Usos :	Diagnóstico clínico
Tipificación :	Baremos percentilares general para muestra total, por sexo y tiempo de enfermedad.

b. Descripción de la prueba

Este cuestionario fue diseñado por Samuel Marwit y Thomas Meuser, en el 2001, consta de 50 ítems y 5 alternativas de respuestas que indican el nivel de “acuerdo” que el entrevistado mantiene con la afirmación correspondiente, dichas alternativas adoptan un valor del 1 al 5 según el acuerdo del participante frente al reactivo en mención, por lo que las puntuaciones oscilan entre 50 y 250 puntos. Teniendo en consideración que, el valor 1 indicará absoluto desacuerdo mientras que el 5 mostrará la aceptación total del ítem. Dichas afirmaciones están relacionadas con los estilos de afrontamiento que adoptan estos padres frente al mal que aqueja a su menor hijo, la tristeza que poseen, el sentimiento de pérdida y preocupación que expresan frente a una recaída del paciente (*Ver apéndice*).

Tabla 4.
Información gráfica de cada factor y su contenido

FACTOR	DESCRIPCIÓN	NUMERACION DE ITEMS	NÚMERO DE ITEMS
Factor A Sacrificio personal	Se centra en las pérdidas personales de los padres relacionadas con su rol de cuidadores de la persona enferma; en ese sentido se consideran la pérdida de libertad, energía, salud, entre otras.	1, 3, 4, 7, 11, 17, 20, 21, 25, 28, 29, 35, 39, 40, 41, 42, 44, 49.	18
Factor B Sentimiento de tristeza y añoranza	Expresa las reacciones emocionales intrapersonales que acompañan al cuidador, y está más relacionado al concepto tradicional de duelo, esto es, a las reacciones emocionales internas ocasionadas por la pérdida (rabia, culpa, tristeza, ansiedad).	2, 9, 14, 15, 18, 19, 27, 30, 31, 36, 37, 38, 43, 48, 50.	15
Factor C Preocupación y aislamiento	Se centra en la sensación de aislamiento, la pérdida de las relaciones con otras personas y de la ayuda recibida de los otros. Esta sensación se relaciona con el sentimiento de falta de soporte social y la incertidumbre de cómo resultarán las cosas en un futuro.	5, 6, 8, 10, 12, 13, 16, 22, 23, 24, 26, 32, 33, 34, 45, 46, 47.	17

Fuente: Elaborado por Samuel Marwil y Thomas Meuser (2002)

c. Validez y confiabilidad de la prueba

La confiabilidad de la prueba por consistencia interna arrojó un Alfa de Cronbach de 0.96 para la prueba total, y en los tres factores del inventario se alcanzaron valores de 0.93, 0.90 y 0.91 para

los factores A, B y C respectivamente. Asimismo, el método de correlación por mitades (split half) de Gutman arrojó una consistencia de 0.91.

En cuanto a la validez del MM CGI, la prueba tendría validez de contenido debido a la manera sistemática en que se generaron los ítems, ya que éstos se desprendieron de las declaraciones de los cuidadores de pacientes de Alzheimer en los focus group, los cuales corresponden a elementos claves en el modelo de duelo que proponen los autores (Meuser & Marwit, 2001). Asimismo, el instrumento cuenta con una validez de constructo que se observa en la manera en que fueron definidos los tres factores que conforman la prueba a través del análisis factorial por componentes principales.

3.5 Procedimientos para la recolección de datos

Para la recolección de datos primero se solicitó el permiso de la institución en la cual se ha realizado la presente investigación, en este caso, como se ha mencionado anteriormente, Hospital Nacional de la PNP, ubicado en Lima Metropolitana. Para ello como primer paso fue presentar una solicitud dirigida a la oficina de investigación de dicho nosocomio (OFIDCI). Luego de haberse obtenido el permiso correspondiente tras varios días de insistencia se contactó con el área de oncología y la psicóloga encargada de dicha especialidad para que brindara una lista con todos los pacientes que en ese momento se encontraban hospitalizados en los distintos pabellones. Cabe resaltar que en dicho nosocomio los pacientes oncológicos no se encuentran agrupados en una

sola área, pues por el contrario se encuentran en cualquier área del hospital puesto que la demanda por atenciones oncológicas en el centro de salud triplica y hasta cuadriplica la capacidad de oferta que ellos tienen, por lo que al encontrarlos en áreas que no son netamente oncológicas estos pacientes son referidos bajo la modalidad de “depositados”; punto importante por el que se dificultó en cierta forma la realización del presente estudio pues se tuvo la necesidad de buscar área por área a la muestra requerida.

Luego de hallar a la población se procedió a explicarles en qué consistía el cuestionario a aplicar y tras su aprobación por formar parte de este estudio se procedió con la entrega y el llenado del consentimiento informado en el cual los participantes daban fe de que brindaban dicha información para fines netamente investigativos. Como siguiente paso se llevó a cabo la aplicación de la ficha de datos demográficos en la que se consolidaron tanto los datos del familiar como del paciente, datos en los que se hacía mención el parentesco, tiempo de enfermedad y tiempo de tratamiento así como otros. El siguiente punto fue la aplicación del inventario, tras haber dado información a los participantes sobre el propósito de la aplicación de este cuestionario.

Muchas veces la aplicación del inventario se llevó a cabo en el pasadizo del hospital tratando en lo posible que el paciente se encuentre relativamente lejos para así no alterar las respuestas que su familiar pueda dar por la presencia de éste. La aplicación se hizo de manera individual y privada.

Para la aplicación del MM CGI inicialmente se les explicó las pautas sobre el llenado de dicho cuestionario, dándoles a conocer que las respuestas oscilaban desde un “Absolutamente en desacuerdo – 1” hasta un “Absolutamente de acuerdo – 5”, posteriormente, se les leyó cada uno de los ítems y las alternativas de respuesta para que de tal forma se pueda concretar la entrevista satisfactoriamente.

En algunos casos, cuando el familiar lo solicitó o fue necesario, luego de la prueba se brindó un espacio de apoyo y consejo sobre todo a aquellos familiares que resultaron movilizados emocionalmente puesto que se entiende que no atraviesan un momento anímicamente estable debido a la condición de enfermedad de su pariente a tal punto que en algunos casos se les sugirió acudir también al Servicio de Psicología del dicho establecimiento. Luego de haber finalizado con la aplicación de la prueba a los 50 familiares, se procedió a realizar los análisis estadísticos de validez y de confiabilidad de la misma mediante el uso del SPSS y con el apoyo de un especialista en estadísticos.

3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

La prueba fue aplicada a 50 participantes, entre ellos 25 hombres y 25 mujeres, que cumplieron con los requerimientos inicialmente planteados de tal forma que se llegó a delimitar la selección de la muestra a una población mucho más reducida, puesto que además de tener un familiar que presente algún mal cancerígeno, el participante debía ser la persona que constantemente tenía contacto con el paciente para que de esa forma se le podría denominar como el

cuidador y adicional a ello era necesario que el paciente se encuentre recibiendo algún tipo de tratamiento en dicho nosocomio, ya sea hospitalario u ambulatorio.

En cuanto a la recolección y codificación de los datos, estos fueron sometidos a un análisis estadístico mediante el uso del SPSS (*Statistics Package for the Social Science*).

3.6.1. Fórmula Estadística

- Nivel de significancia
 $\alpha=0.05$
- Estadístico de Prueba:

$$Z_{calc} = \frac{(\hat{P}_1 - \hat{P}_2) - 0}{\sqrt{\bar{p} * (1 - \bar{p}) * (\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2})}} \approx Z(0,1)$$

- Región crítica (Regla de decisión)

En prueba Bilateral:

Si $Z_{calc} < Z_{(\frac{\alpha}{2})=0.025} = -1.96$ ó $Z_{calc} > Z_{(1-\frac{\alpha}{2})=0.975} = 1.96$, entonces se rechaza la Ho

Si $Z_{(\frac{\alpha}{2})=0.025} = -1.96 \leq Z_{calc} \leq Z_{(1-\frac{\alpha}{2})=0.975} = 1.96$, entonces no se rechaza la Ho

En prueba unilateral derecha:

Si $Z_{calc} > Z_{(1-\alpha=0.95)} = 1.645$, entonces se rechaza la H_0

Si $Z_{calc} \leq Z_{(1-\alpha=0.95)} = 1.645$, entonces no se rechaza la H_0

En prueba unilateral izquierda:

Si $Z_{calc} < Z_{(\alpha=0.05)} = -1.645$, entonces se rechaza la H_0

Si $Z_{calc} \geq Z_{(\alpha=0.05)} = -1.645$, entonces no se rechaza la H_0

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

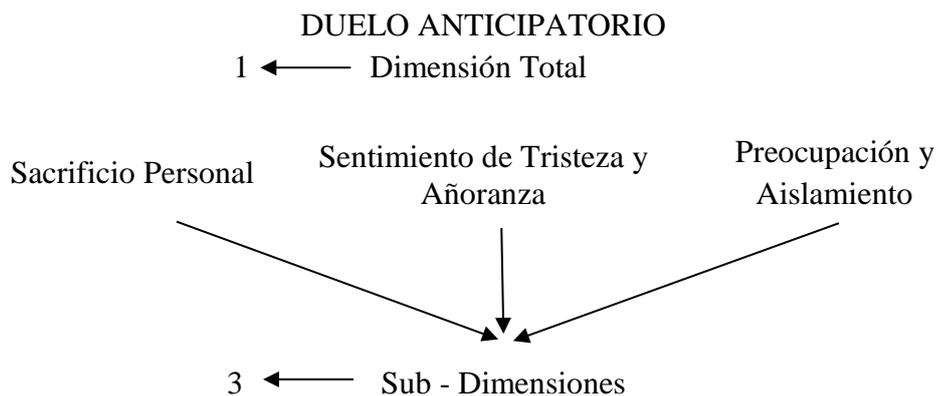
4.1. Presentación de datos generales

Este estudio tiene como finalidad clarificar la presencia del proceso de duelo anticipatorio; así como, establecer la relación que existe entre el proceso denominado duelo anticipatorio y las variables que corresponden al grupo etario y género del cuidador.

Para iniciar con la descripción del cuarto capítulo de esta investigación se procedió a realizar el análisis estadístico descriptivo para la muestra seleccionada por lo que cabe resaltar que los resultados obtenidos en la parte descriptiva solo son válidos para dicha muestra es decir solo para el subconjunto de los 50 casos que conforman la base de datos teniendo en cuenta

que el conjunto totalitario vendrían a ser: “Todos los familiares de los pacientes que reciben atención oncológica en dicho nosocomio policial”.

Previamente a esta etapa se construyeron nuevas variables a través del promedio de las preguntas (De escala Likert) que engloban a cada dimensión en particular donde la dimensión total (1) vendría a ser el proceso de duelo anticipatorio y ello se desprendería en sub – divisiones (3) las cuales la conforman los factores tales como: Sacrificio Personal, Sentimiento de Tristeza y Añoranza, Preocupación y Aislamiento.



La construcción de nuevas variables da como resultado una nueva variable la cual es del tipo continua, y luego de ello, a su vez, esta variable continua se categoriza para crear otra variable pero ahora esta vendría a ser categórica asignándosele únicamente 2 categorías (SI, NO) que representa a la Dimensión en particular.

DUELO ANTICIPATORIO									
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30
P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40
P41	P42	P43	P44	P45	P46	P47	P48	P49	P50

Luego se procede a categorizar las variables nuevas a partir del punto de corte 2.5, es decir en el caso de la DIMENSIÓN: DUELO ANTICIPATORIO, valores menores a 2.5 ($p < 2.5$) se considerará como “No atraviesan el proceso denominado Duelo Anticipatorio” (Cód. = 2), mientras que valores superiores o iguales a 2.5 ($p \geq 2.5$) se considerará que “Sí atraviesan el proceso denominado Duelo Anticipatorio” (Cód. = 1). Por lo que de manera análoga se procede para cada una de las 3 Sub-dimensiones.

4.1.1. Comparación de Duelo Anticipatorio en relación al grupo etario y género del familiar y/o cuidador.

- En relación al Grupo Etario

La hipótesis general H_1 plantea que existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio de acuerdo al género y a la edad del cuidador, por lo que al analizar la existencia de dichas diferencias en relación al grupo etario de la muestra es que da a conocer que en el caso de la variable Duelo Anticipatorio, según rangos de edad del

familiar y/o cuidador, se aprecia a nivel de la muestra que: Del grupo de familiares de 18 a 45 años el 73.1% presenta Duelo Anticipatorio, mientras que del grupo de familiares de 46 a 80 años el 50% presenta duelo anticipatorio (Tabla 5).

Tabla 5.
Tabla de contingencia, de Duelo Anticipatorio según Rango de Edad del Familiar y/o Cuidador

Grupo Etario	n		Duelo Antic.		Total
			SI	NO	
De 18 hasta 45 años	26	Recuento	19	7	26
		% dentro de edad	73.1%	26.9%	100.0%
De 46 hasta 80 años	24	Recuento	12	12	24
		% dentro de edad	50.0%	50.0%	100.0%
Total	50	Recuento	31	19	50
		% dentro de edad	62.0%	38.0%	100.0%

Lo cual se puede visualizar gráficamente (Fig. 1):

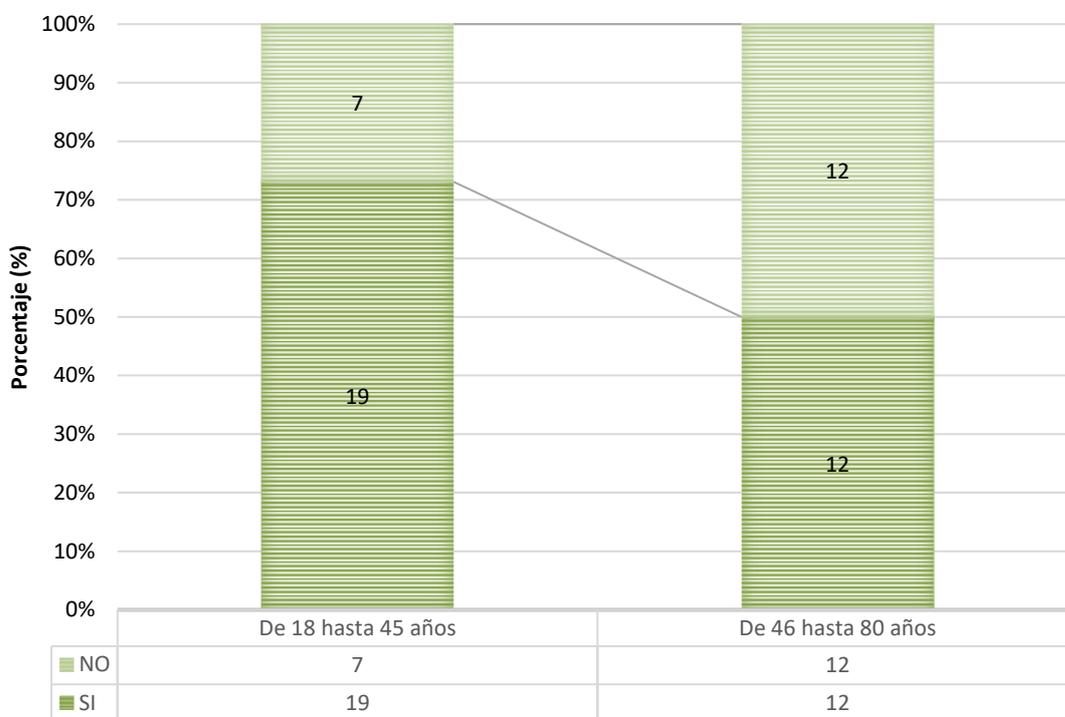


Figura 1

Duelo Anticipatorio según Rango de Edad del Familiar y/o Cuidador.

- En relación al Género

En el caso de la variable Duelo Anticipatorio según género del familiar se aprecia a nivel de la muestra que: Del grupo de familiares de género femenino el 76% presenta Duelo Anticipatorio, mientras que del grupo de familiares de género masculino el 48% presenta duelo anticipatorio (Tabla 6).

Tabla 6.

Tabla de contingencia, de Duelo Anticipatorio según Género del Familiar y/o Cuidador

Grupo según Género	n		Duelo Antic.		Total
			SI	NO	
Masculino	26	Recuento	12	13	25
		% dentro del Género del Fam.	48.0%	52.0%	100.0%
Femenino	24	Recuento	19	6	25
		% dentro de Género del Fam.	76.0%	24.0%	100.0%
Total	50	Recuento	31	19	50
		% dentro de Género del Fam.	62.0%	38.0%	100.0%

Lo cual se puede visualizar gráficamente (Fig. 2):

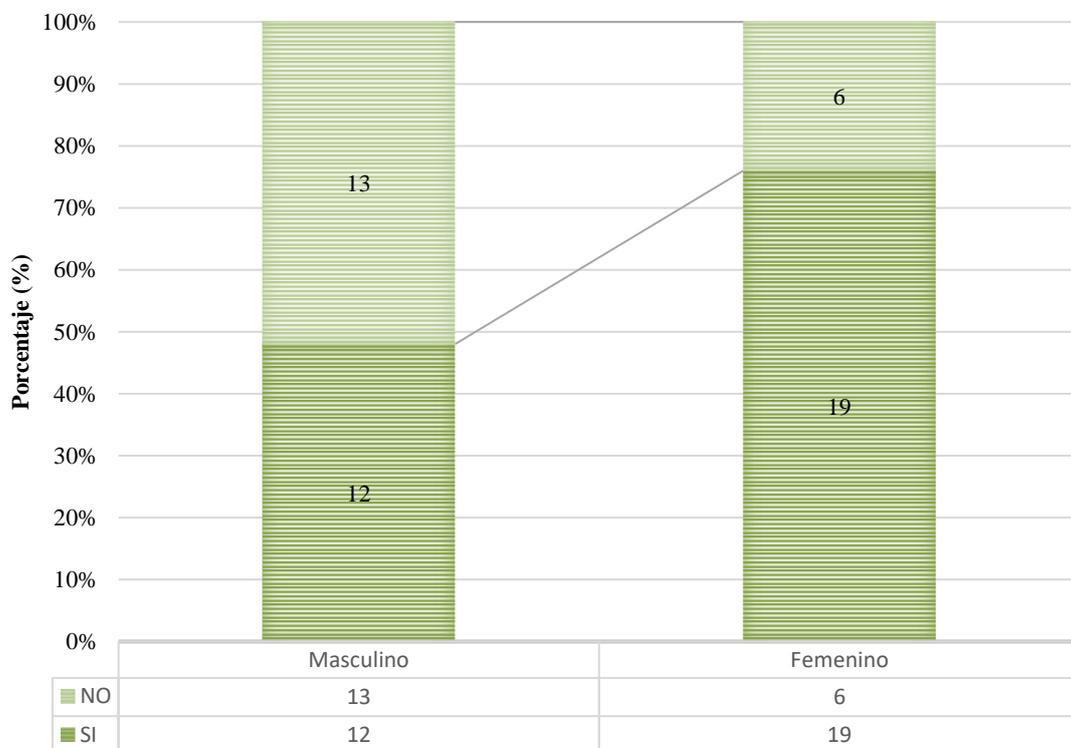


Figura 2.

Duelo Anticipatorio según Género del Familiar y/o Cuidador.

4.1.2. Comparación de Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor A denominado Sacrificio Personal según Rango de Edad del Familiar y/o Cuidador.

- En relación al Grupo Etario

En el caso de la variable duelo anticipatorio en la Dimensión Sacrificio Personal según rangos de edad del familiar se aprecia a nivel de la muestra que: Del grupo de familiares de 18 a 45 años el 69.2% presenta duelo anticipatorio en la dimensión del Factor A denominado Sacrificio Personal, mientras que del grupo de familiares de 46 a 80 años el 54.2% presenta duelo anticipatorio en la misma dimensión (Tabla 7).

Tabla 7.

Tabla de contingencia, de Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor A denominado Sacrificio Personal según Rango de Edad del Familiar y/o Cuidador

Grupo Etario	n		Sacrif. Pers.		Total
			SI	NO	
De 18 hasta 45 años	26	Recuento	18	8	26
		% dentro de edad-Sac.Pers.	69.2%	30.8%	100.0%
De 46 hasta 80 años	24	Recuento	13	11	24
		% dentro de edad-Sac.Pers.	54.2%	45.8%	100.0%
Total	50	Recuento	31	19	50
		% dentro de edad-Sac.Pers.	62.0%	38.0%	100.0 %

Lo cual se puede visualizar gráficamente (Fig. 3):

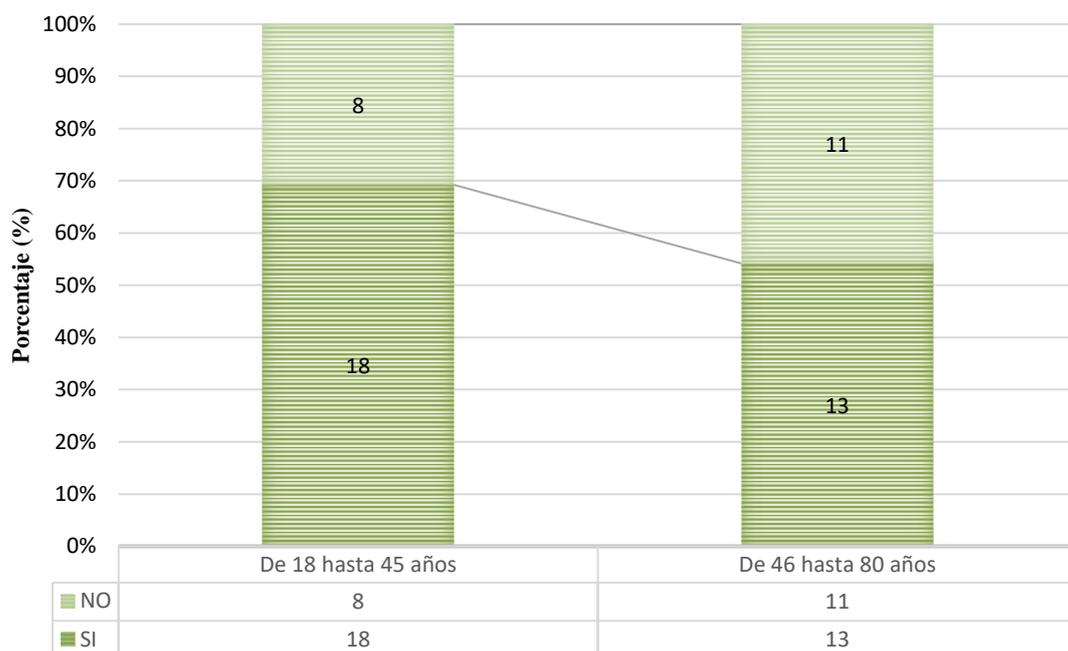


Figura 3.

Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor A denominado Sacrificio Personal según Rango de Edad del Familiar y/o Cuidador

- En relación al Género

En el caso de la variable duelo anticipatorio en la dimensión Sacrificio Personal según género del familiar se aprecia a nivel de la muestra que: Del grupo de familiares de género femenino el 68.0% presenta duelo anticipatorio en la dimensión del Sacrificio Personal, mientras que del grupo de familiares de género masculino el 56.0% presenta duelo anticipatorio en la dimensión del Sacrificio Personal (Tabla 8).

Tabla 8.

Tabla de contingencia, de Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor A denominado Sacrificio Personal según Género del Familiar y/o Cuidador

Grupo según Género	n		Sacrif. Pers.		Total
			SI	NO	
Masculino	25	Recuento	14	11	25
		% dentro del Género del Fam.	56.0%	44.0%	100.0%
Femenino	25	Recuento	17	8	25
		% dentro del Género del Fam.	68.0%	32.0%	100.0%
Total	50	Recuento	31	19	50
		% dentro del Género del Fam.	62.0%	38.0%	100.0%

Lo cual se puede visualizar gráficamente (Figura 4):



Figura 4.

Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor A denominado Sacrificio Personal según Género del Familiar y/o Cuidador

4.1.3. Comparación de Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor B denominado Sentimiento de Tristeza y Añoranza según Rango de Edad del Familiar y/o Cuidador.

- En relación al Grupo Etario

En el caso de la variable duelo anticipatorio en la dimensión Sentimiento de Tristeza y Añoranza según rangos de edad del familiar se aprecia a nivel de la muestra que del grupo de familiares de 18 a 45 años el 84.6% presenta duelo anticipatorio en la dimensión de Sentimiento de Tristeza y Añoranza, mientras que del grupo de familiares de 46 a 80 años el 45.8% presenta duelo anticipatorio en la dimensión de Sentimiento de Tristeza y Añoranza (Tabla 9).

Tabla 9.

Tabla de contingencia, de Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor B denominado Sentimiento de Tristeza y Añoranza según Rango de Edad del Familiar y/o Cuidador

Grupo Etario	n		Sent. Tr.		Total
			SI	NO	
De 18 hasta 45 años	26	Recuento	22	4	26
		% dentro de edad-Sent.Tr.	84.6%	15.4%	100.0%
De 46 hasta 80 años	24	Recuento	11	13	24
		% dentro de edad-Sent.Tr.	45.8%	54.2%	100.0%
Total	50	Recuento	33	17	50
		% dentro de edad-Sent.Tr.	66.0%	34.0%	100.0%

Lo cual se puede visualizar gráficamente (Fig. 5):

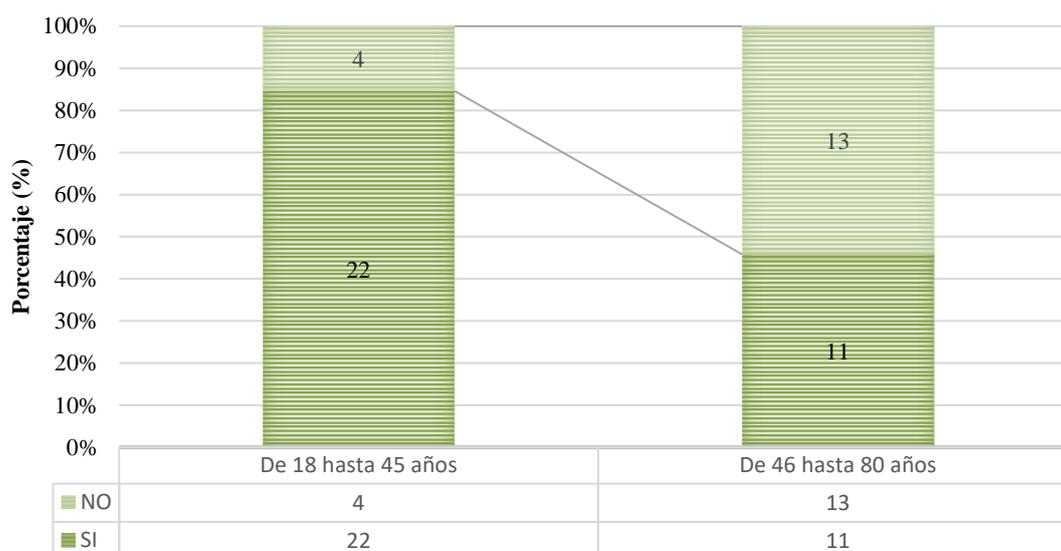


Figura 5.

Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor B denominado Sentimiento de Tristeza y Añoranza según Grupo Etario del Familiar y/o Cuidador

- **En relación al Género**

En el caso de la variable duelo anticipatorio en la dimensión Sentimiento de Tristeza y Añoranza según género del familiar se aprecia a nivel de la muestra que del grupo de familiares de género femenino el 80% presenta duelo anticipatorio en la dimensión del Sentimiento de Tristeza y Añoranza, mientras que del grupo de familiares de género masculino el 52% presenta duelo anticipatorio en la dimensión del Sentimiento de Tristeza y Añoranza (Tabla 10).

Tabla 10.

Tabla de contingencia, de Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor B denominado Sentimiento de Tristeza y Añoranza según Género del Familiar y/o Cuidador

Grupo según Género	n		Sent. Tr.		Total
			SI	NO	
Masculino	25	Recuento	13	12	25
		% dentro del Sent.Tr.	52.0%	48.0%	100.0%
Femenino	25	Recuento	20	5	25
		% dentro del Sent.Tr.	80.0%	20.0%	100.0%
Total	50	Recuento	33	17	50
		% dentro del Sent.Tr.	66.0%	34.0%	100.0%

Lo cual se puede visualizar gráficamente (Fig. 6):

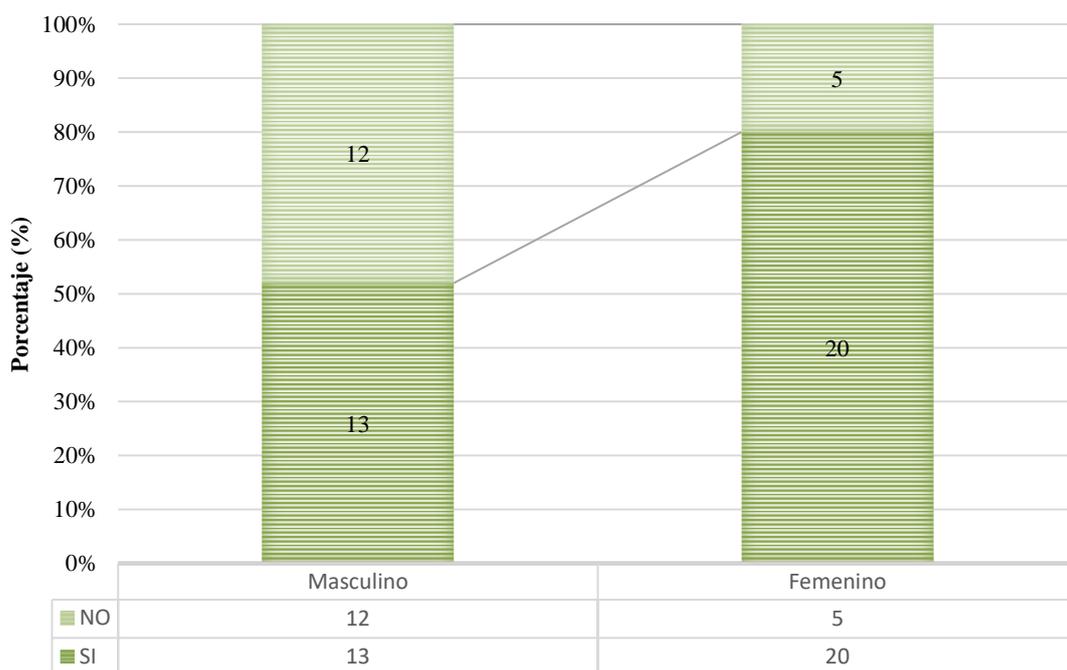


Figura 6.

Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor B denominado Sentimiento de Tristeza y Añoranza según Género del Familiar y/o Cuidador

4.1.4. Comparación de Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor C denominado Preocupación y Aislamiento según Rango de Edad del Familiar y/o Cuidador.

- En relación al Grupo Etario

En el caso de la variable duelo anticipatorio en la dimensión de Preocupación y Aislamiento según rangos de edad del familiar se aprecia a nivel de la muestra que del grupo de familiares de 18 a 45 años el 84.6% presenta duelo anticipatorio en la dimensión de preocupación y aislamiento, mientras que del grupo de familiares de 46 a 80 años el 62.5% presenta duelo anticipatorio en la dimensión de Preocupación y Aislamiento (Tabla 11).

Tabla 11.

Tabla de contingencia, de Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor C denominado Preocupación y Aislamiento según Rango de Edad del Familiar y/o Cuidador

Grupo Etario	n		Pr. Aisl.		Total
			SI	NO	
De 18 hasta 45 años	26	Recuento	22	4	26
		% dentro de edad-Pr.Aisl.	84.6%	15.4%	100.0%
De 46 hasta 80 años	24	Recuento	15	9	24
		% dentro de edad-Pr.Aisl.	62.5%	37.5%	100.0%
Total	50	Recuento	37	13	50
		% dentro de edad-Pr.Aisl.	74.0%	26.0%	100.0%

Lo cual se puede visualizar gráficamente (Fig. 7):

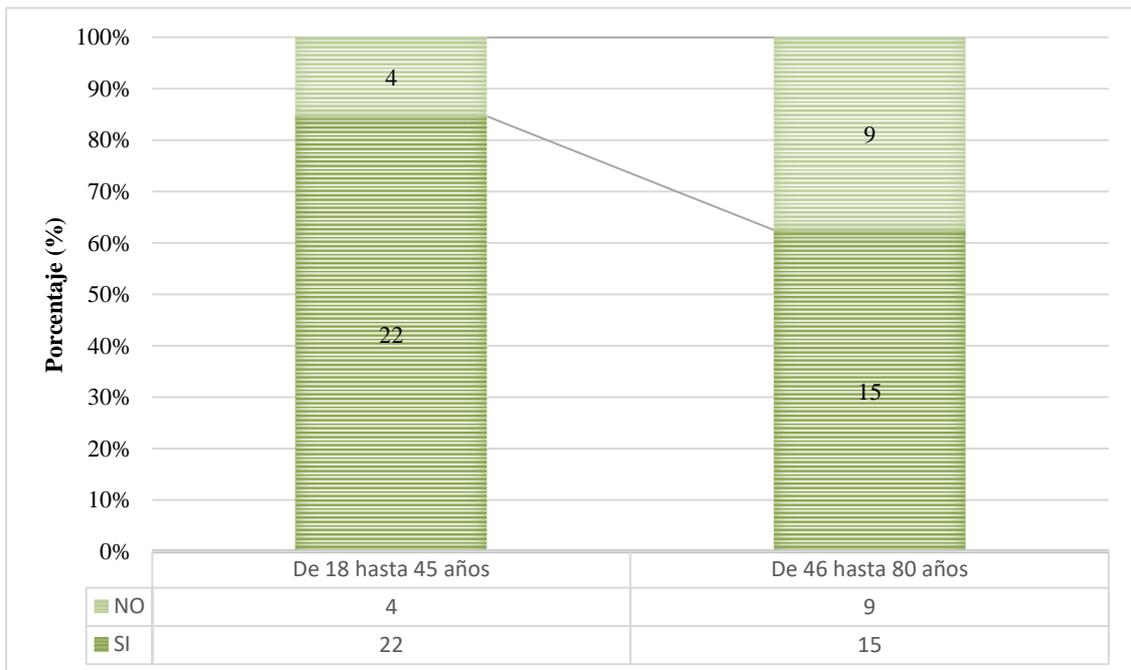


Figura 7.

Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor C denominado Preocupación y Aislamiento según Grupo Etario del Familiar y/o Cuidador

- **En relación al Género**

En el caso de la variable duelo anticipatorio en la dimensión Sentimiento de Tristeza y Añoranza según género del familiar se aprecia a nivel de la muestra que del grupo de familiares de género femenino el 80% presenta duelo anticipatorio en la dimensión del Sentimiento de Tristeza y Añoranza, mientras que del grupo de familiares de género masculino el 52% presenta duelo anticipatorio en la dimensión del Sentimiento de Tristeza y Añoranza (Tabla 12).

Tabla 12

Tabla de contingencia, de Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor C denominado Preocupación y Aislamiento según Género del Familiar y/o Cuidador

Grupo según Género	n		Per.Aisl.		Total
			SI	NO	
Masculino	25	Recuento	13	12	25
		% dentro del Per.Aisl.	52.0%	48.0%	100.0%
Femenino	25	Recuento	20	5	25
		% dentro del Per.Aisl.	80.0%	20.0%	100.0%
Total	50	Recuento	33	17	50
		% dentro del Per.Aisl.	66.0%	34.0%	100.0%

Lo cual se puede visualizar gráficamente (Fig. 8):

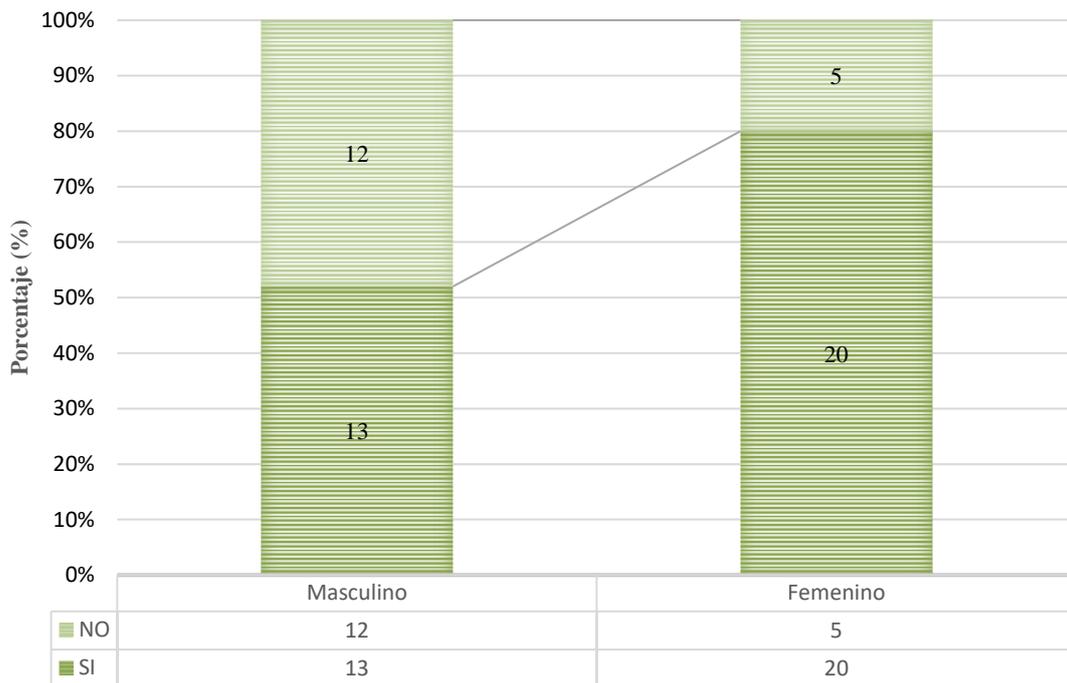


Figura 8.

Duelo Anticipatorio respecto a la dimensión del factor C denominado Preocupación y Aislamiento según Género del Familiar y/o Cuidador

4.2. Presentación y análisis de resultados

4.2.1. Estadística Inferencial

Para poder dar conclusiones referentes a toda la población (a la cual no se ha podido alcanzar a través de los instrumentos de recolección de datos) es que se hará uso de las técnicas de Estadística Inferencial para poder inferir en este caso cómo se estarían comportando las proporciones poblacionales de 2 poblaciones y que según el tipo de hipótesis planteada en esta investigación la prueba estadística de hipótesis adecuada es la prueba de hipótesis para la diferencia de dos proporciones poblacionales.

Prueba e Intervalo de Confianza (IC) para dos proporciones

- Duelo Anticipatorio – Edad del Familiar y/o Cuidador

La hipótesis H_2 plantea que existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio de acuerdo a la edad del cuidador. Al haber dividido la muestra en dos grupos etarios (De 18 hasta 45 años) y (De 46 hasta 80 años) se tiene como resultados que tal y como muestra la tabla 13 el número total de participantes que se encuentran en el grupo etario (De 18 hasta 45 años) es de 26 sin embargo solo 19 de ellos se encuentran atravesando por su proceso de Duelo Anticipatorio. Mientras que respecto al otro grupo etario (De 46 hasta 80 años) se observa que está conformada por 24 participantes de los cuales 12 de ellos expresan que se encuentran atravesando el proceso ya antes mencionado (Tabla 13).

Tabla 13

Tabla descriptiva según el grupo etario y la muestra de la población que la conforma

Edad del Familiar y/o Cuidador	x	n	Muestra p
De 18 hasta 45 años	19	26	0.730769
De 46 hasta 80 años	12	24	0.500000

Para determinar si es que existen diferencias estadísticamente significativas según los grupos etarios que atraviesan por el proceso de duelo anticipatorio se halló la diferencia de los dos grupos que se ha determinado según el rango de edad de tal modo que al sustraer dichas puntuaciones se tiene como valor el 0.230769 de estimación de la diferencia y teniendo en cuenta que el

límite inferior que la presente investigación es del 95% el resultado que se obtuvo es de 0.0101883.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que:

$$H_0: P(\text{De 18 a 45 a}) - P(\text{De 46 a 80 a}) \leq 0$$

$$H_1: P(\text{De 18 a 45 a}) - P(\text{De 46 a 80 a}) > 0$$

Mediante la prueba chi-cuadrada se tiene que el estadístico de Fisher presenta como valor 0.082 tal como se aprecia en la tabla 14.

Tabla 14
Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio y el grupo etario.

	Valor	Sig. Asint.	Sig Exacta (Uni)
Chi-cuadrado de Pearson	2.821	0.093	
Corrección por continuidad	1.926	0.185	
Razón de verosimilitudes	2.846	0.092	
Estadístico exacto de Fisher			0.082
Asociación lineal por lineal	2.785	0.095	
N casos válidos	50		

Prueba para la diferencia = 0 vs. > 0: $Z = 1.72$ Valor $p = 0.043$

Prueba exacta de Fisher: Valor $p = 0.082$

Por tal motivo como el valor $p = 0.043 < (\alpha=0.05)$ entonces se rechaza la H_0 , con lo cual se acepta la hipótesis alternativa y en consecuencia: “La proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en el rango de edad de familiares (de 18 a 45 años) es mayor que la proporción

poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en el grupo de edad del familiar (de 46 a 80 años).

Por lo tanto, se determina que **SE ACEPTA H₂**: Existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio de acuerdo a la edad del familiar

- **Duelo Anticipatorio – Género del Familiar y/o Cuidador**

La hipótesis H₁ plantea que existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio de acuerdo al género del cuidador. Con lo que al haber dividido la muestra en dos grupos (Femenino y Masculino) se tiene como resultado que tal y como muestra la tabla 15 el número total de participantes que se encuentran en el grupo femenino es de 25 mientras que solo 19 de ellos se encuentran atravesando por su proceso de Duelo Anticipatorio y por otro lado respecto al grupo Masculino se observa que está conformada por 25 participantes de los cuales 12 de ellos expresan que se encuentran atravesando el proceso mencionado (Tabla 15).

Tabla 15
Tabla descriptiva según el género y la muestra de la población que la conforma

Edad del Familiar y/o Cuidador	x	n	Muestra p
Femenino	19	25	0.760000
Masculino	12	25	0.480000

Para determinar si es que existen diferencias estadísticamente significativas según los grupos de género femenino y masculino que atraviesan por el proceso de duelo anticipatorio se halló la diferencia de los dos grupos que se ha determinado según el género de tal modo que al sustraer dichas puntuaciones se tiene como valor el 0.28 de estimación de la diferencia y teniendo en cuenta que el límite inferior de la presente investigación es del 95% el resultado que se obtiene es de 0.0637784.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que:

$$H_0: P(\text{Femenino}) - P(\text{Masculino}) \leq 0$$

$$H_1: P(\text{Femenino}) - P(\text{Masculino}) > 0$$

Mediante la Prueba chi-cuadrada se tiene que el estadístico de Fisher tiene como valor 0.040 tal como se muestra en la tabla 16.

Tabla 16
Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio y el género.

	Valor	Sig. Asint.	Sig Exacta (Uni)
Chi-cuadrado de Pearson	4.160	0.041	
Corrección por continuidad	3.056	0.080	
Razón de verosimilitudes	4.235	0.040	
Estadístico exacto de Fisher			0.040
Asociación lineal por lineal	4.076	0.043	
N casos válidos	50		

Prueba para la diferencia = 0 vs. > 0: Z = 2.13 Valor p = 0.017

Prueba exacta de Fisher: Valor p = 0.040

Teniendo en consideración que como el valor $p = 0.017$ y este es menor a ($\alpha=0.05$) entonces se rechaza la H_0 , con lo cual se acepta la hipótesis alternativa y en consecuencia: “La proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en el grupo de familiares de género femenino es mayor que la proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en el grupo de género masculino”.

Se puede demostrar que: Se determina que se acepta H_1 : Existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio de acuerdo al género del familiar

- **Duelo Anticipatorio dimensión de Sacrificio Personal – Edad del Familiar y/o Cuidador**

La hipótesis $H_{2.1}$ plantea que existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor A denominado sacrificio personal de acuerdo a la edad del cuidador. Con lo que al haber dividido la muestra en dos grupos etarios (De 18 hasta 45 años) y (De 46 hasta 80 años) se tiene como resultados que tal y como muestra la tabla 17 el número total de participantes que se encuentran en el grupo etario (De 18 hasta 45 años) es de 26, sin embargo solo 18 de ellos se encuentran atravesando por su proceso de Duelo Anticipatorio. Mientras que respecto al otro grupo etario (De 46 hasta 80 años) se observa que está conformada por 24 participantes de los cuales 13 de ellos expresan que se encuentran atravesando el proceso ya antes mencionado (Tabla 17).

Tabla 17

Tabla descriptiva según el grupo etario y la muestra de la población que la conforma (Factor A-Sacrificio Personal)

Edad del Familiar y/o Cuidador	x	n	Muestra p
De 18 hasta 45 años	18	26	0.692308
De 46 hasta 80 años	13	24	0.541667

Nuevamente, para determinar si es que existen diferencias estadísticamente significativas según los grupos etarios que atraviesan por el proceso de duelo anticipatorio se hallará la diferencia de los dos grupos que se ha determinado según el rango de edad de tal modo que al sustraer dichas puntuaciones se tiene como valor el 0.150641 de estimación de la diferencia y teniendo en cuenta que el límite inferior que la presente investigación es del 95% el resultado que se obtiene es de (-0.0101883, 0.417494)

Y con ello, teniendo en cuenta que:

$$H_0: P(\text{De 18 a 45 a}) - P(\text{De 46 a 80 a}) = 0$$

$$H_1: P(\text{De 18 a 45 a}) - P(\text{De 46 a 80 a}) \neq 0$$

Mediante la prueba chi-cuadrada se tiene que el estadístico de Fisher tiene como valor 0.383 tal como se muestra en la tabla 18.

Tabla 18

Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio y el grupo etario.

	Valor	Sig. Asint.	Sig Exacta (Bi)
Chi-cuadrado de Pearson	1.202	0.273	
Corrección por continuidad	0.648	0.421	
Razón de verosimilitudes	1.206	0.272	
Estadístico exacto de Fisher			0.383
Asociación lineal por lineal	1.178	0.278	
N casos válidos	50		

Prueba para la diferencia = 0 vs. \neq 0: Z = 1.11 Valor p = 0.269

Prueba exacta de Fisher: Valor p = 0.383

Por tal motivo como el valor $p = 0.269 \geq (\alpha=0.05)$ entonces no se rechaza la H_0 y en consecuencia: “La proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo anticipatorio en la dimensión del Sacrificio Personal en el grupo de familiares de edad (de 18 a 45 años) es igual que la proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo anticipatorio en la Dimensión del Sacrificio Personal en el grupo de familiares de edad (de 46 a 80 años).

Es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del sacrificio personal de acuerdo a la edad del familiar.

Por lo tanto: Se determina que no se acepta $H_{2,1}$: Existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor A denominado sacrificio personal de acuerdo a la edad del cuidador.

- **Duelo Anticipatorio dimensión de Sacrificio Personal – Género del Familiar y/o Cuidador**

La hipótesis específica H_{1.2} plantea que existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor A denominado sacrificio personal de acuerdo al género del cuidador. Con lo que al haber dividido la muestra en dos grupos (Femenino y Masculino) se tiene como resultado que tal y como muestra la tabla 19 el número total de participantes que se encuentran en el grupo femenino es de 25 mientras que solo 17 de ellos se encuentran atravesando por su proceso de Duelo Anticipatorio y por otro lado respecto al grupo Masculino se observa que está conformada por 25 participantes de los cuales 14 de ellos expresan que se encuentran atravesando el proceso mencionado (Tabla 19).

Tabla 19

Tabla descriptiva según el género y la muestra de la población que la conforma (Factor A-Sacrificio Personal)

Edad del Familiar y/o Cuidador	x	n	Muestra p
Femenino	17	25	0.680000
Masculino	14	25	0.560000

Para determinar si es que existen diferencias estadísticamente significativas según los grupos de género femenino y masculino que atraviesan por el proceso de duelo anticipatorio se hallará la diferencia de los dos grupos que se ha determinado según el género de tal modo que al sustraer dichas puntuaciones se tiene como valor el 0.12 de estimación de la diferencia y teniendo en cuenta que el límite inferior de la presente investigación es del 95% el resultado que se obtiene es de (-0.147016, 0.387016)

Por lo tanto, teniendo en cuenta que:

$$H_0: P(\text{Femenino}) - P(\text{Masculino}) = 0$$

$$H_1: P(\text{Femenino}) - P(\text{Masculino}) \neq 0$$

Mediante la Prueba chi-cuadrada tenemos que el estadístico de Fisher tiene como valor 0.561 tal como se muestra en la tabla 20.

Tabla 20

Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio (Factor A – Sacrificio Personal) y el género.

	Valor	Sig. Asint.	Sig Exacta (Bi)
Chi-cuadrado de Pearson	0.764	0.382	
Corrección por continuidad	0.340	0.560	
Razón de verosimilitudes	0.766	0.381	
Estadístico exacto de Fisher			0.561
Asociación lineal por lineal	0.749	0.387	
N casos válidos	50		

Prueba para la diferencia = 0 vs. $\neq 0$: $Z = 0.88$ Valor $p = 0.378$

Prueba exacta de Fisher: Valor $p = 0.561$

Teniendo en consideración que como el valor $p = 0.378$ y este es mayor a ($\alpha=0.05$) entonces no se rechaza la H_0 y en consecuencia: “La proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del Factor A - Sacrificio Personal en el grupo de familiares del género Femenino es igual que la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del Factor A - Sacrificio Personal respecto al grupo del género Masculino”.

Por lo tanto: No existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio de acuerdo al género del familiar en la dimensión del Factor A - Sacrificio Personal.

- Duelo Anticipatorio dimensión de Sentimiento de Tristeza y Añoranza – Grupo etario del Familiar y/o Cuidador

La hipótesis específica H_{2.1} plantea que existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor B denominado de tristeza y añoranza de acuerdo la edad del cuidador. Con lo que al haber dividido la muestra en dos grupos etarios (De 18 hasta 45 años) y (De 46 hasta 80 años) se tiene como resultados que tal y como muestra la tabla 21 el número total de participantes que se encuentran en el grupo etario (De 18 hasta 45 años) es de 26 sin embargo 22 de ellos se encuentran atravesando por su proceso de Duelo Anticipatorio. Mientras que respecto al otro grupo etario (De 46 hasta 80 años) se observa que está conformada por 24 participantes de los cuales 11 de ellos expresan que se encuentran atravesando el proceso ya antes mencionado (Tabla 21).

Tabla 21
Tabla descriptiva según el grupo etario y la muestra de la población que la conforma (Factor B-Sentimiento de Tristeza y Añoranza)

Edad del Familiar y/o Cuidador	x	n	Muestra p
De 18 hasta 45 años	22	26	0.846154
De 46 hasta 80 años	11	24	0.458333

Para determinar si es que existen diferencias estadísticamente significativas según los grupos etarios que atraviesan por el proceso de duelo anticipatorio se hallará la diferencia de los dos grupos que se ha determinado según el rango de edad de tal modo que al sustraer dichas puntuaciones se tiene como valor el 0.387821 de estimación de la diferencia y teniendo en cuenta que el límite inferior que la presente investigación es del 95% el resultado que se obtiene es de 0.184024.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que:

$$H_0: P(\text{De 18 a 45 a}) - P(\text{De 46 a 80 a}) \leq 0$$

$$H_1: P(\text{De 18 a 45 a}) - P(\text{De 46 a 80 a}) > 0$$

Mediante la Prueba chi-cuadrada se tiene que el estadístico de Fisher tiene como valor 0.004 tal como se muestra en la tabla 22.

Tabla 22

Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio (Factor B – Sentimiento de Tristeza y Añoranza) y el grupo etario.

	Valor	Sig. Asint.	Sig Exacta (Uni)
Chi-cuadrado de Pearson	8.365	0.004	
Corrección por continuidad	6.726	0.010	
Razón de verosimilitudes	8.675	0.003	
Estadístico exacto de Fisher			0.004
Asociación lineal por lineal	8.197	0.004	
N casos válidos	50		

Prueba para la diferencia = 0 vs. > 0: $Z = 3.13$ Valor $p = 0.001$

Prueba exacta de Fisher: Valor $p = 0.004$

Por tal motivo como el Valor $p = 0.001 < (\alpha=0.05)$ entonces se rechaza la H_0 , con lo cual se acepta la hipótesis alternativa y en consecuencia: “La proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en la dimensión del Sentimiento de Tristeza y Añoranza en el grupo de familiares de edad (de 18 a 45 años) es mayor que la proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en la Dimensión del Sentimiento de Tristeza y Añoranza en el grupo de familiares de edad (de 46 a 80 años).

Por lo tanto: Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del Sentimiento de Tristeza y Añoranza de acuerdo a la edad del familiar.

- **Duelo Anticipatorio dimensión de Sentimiento de Tristeza y Añoranza – Género del Familiar y/o Cuidador**

Las hipótesis específicas $H_{1.2}$ y $H_{2.2}$ plantean que existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor B denominado de tristeza y añoranza de acuerdo a la edad del cuidador y al género respectivamente. Con lo que al haber dividido la muestra en dos grupos (Femenino y Masculino) se tiene como resultado que tal y como muestra la tabla 23 el número total de

participantes que se encuentran en el grupo femenino es de 25 mientras que solo 20 de ellos se encuentran atravesando por su proceso de Duelo Anticipatorio y por otro lado respecto al grupo Masculino se observa que está conformada por 25 participantes de los cuales 13 de ellos expresan que se encuentran atravesando el proceso ya antes mencionado (Tabla 23).

Tabla 23

Tabla descriptiva según el género y la muestra de la población que la conforma (Factor B-Sentimiento de Tristeza y Añoranza)

Edad del Familiar y/o Cuidador	x	n	Muestra p
Femenino	20	25	0.800000
Masculino	13	25	0.520000

Para determinar si es que existen diferencias estadísticamente significativas según los grupos de género femenino y masculino que atraviesan por el proceso de duelo anticipatorio se halló a diferencia de los dos grupos que se ha determinado según el género de tal modo que al sustraer dichas puntuaciones se tiene como valor el 0.28 de estimación de la diferencia y teniendo en cuenta que el límite inferior de la presente investigación es del 95% el resultado que se obtiene es de 0.694587

Por lo tanto, teniendo en cuenta que:

$$H_0: P(\text{Femenino}) - P(\text{Masculino}) \leq 0$$

$$H_1: P(\text{Femenino}) - P(\text{Masculino}) > 0$$

Mediante la Prueba chi-cuadrada se tiene que el estadístico de Fisher tiene como valor 0.036 tal como se muestra en la tabla 24.

Tabla 24

Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio (Factor B – Sentimiento de Tristeza y Añoranza) y el género.

	Valor	Sig. Asint.	Sig Exacta (Uni)
Chi-cuadrado de Pearson	4.367	0.037	
Corrección por continuidad	3.209	0.073	
Razón de verosimilitudes	4.466	0.035	
Estadístico exacto de Fisher			0.036
Asociación lineal por lineal	4.280	0.039	
N casos válidos	50		

Prueba para la diferencia = 0 vs. > 0: $Z = 2.19$ Valor $p = 0.014$

Nota: La aproximación normal puede ser inexacta para muestras pequeñas.

Prueba exacta de Fisher: Valor $p = 0.036$

Como el $p.\text{valor}=0.014 < (\alpha=0.05)$ entonces se rechaza la H_0 , y en consecuencia se acepta la hipótesis alternativa: “La proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en la dimensión del Sentimiento de Tristeza y Añoranza en el grupo de familiares de género femenino es mayor que la proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en la Dimensión del Sentimiento de Tristeza y Añoranza en el grupo de familiares de género masculino.

Por lo tanto: Existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del Factor B denominado Sentimiento de Tristeza y Añoranza de acuerdo al género del familiar.

- Duelo Anticipatorio dimensión de Preocupación y Aislamiento – Grupo etario del Familiar y/o Cuidador

La hipótesis específica H_{2.3} plantea que existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor C denominado de Preocupación y Aislamiento de acuerdo a la edad del cuidador. Con lo que al haber dividido la muestra en dos grupos etarios (De 18 hasta 45 años) y (De 46 hasta 80 años) se tiene como resultados que tal y como muestra la tabla 25 el número total de participantes que se encuentran en el grupo etario (De 18 hasta 45 años) es de 26 sin embargo 22 de ellos se encuentran atravesando por su proceso de Duelo Anticipatorio. Mientras que respecto al grupo etario (De 46 hasta 80 años) se observa que está conformada por 24 participantes de los cuales 15 de ellos expresan que se encuentran atravesando el proceso ya antes mencionado (Tabla 25).

Tabla 25
Tabla descriptiva según el grupo etario y la muestra de la población que la conforma (Factor C-Preocupación y Aislamiento)

Edad del Familiar y/o Cuidador	x	n	Muestra p
De 18 hasta 45 años	22	26	0.846154
De 46 hasta 80 años	15	24	0.625000

Para determinar si es que existen diferencias estadísticamente significativas según los grupos etarios que atraviesan por el proceso de duelo anticipatorio se hallará la diferencia de los dos grupos que se ha determinado según el rango de edad de tal modo que al sustraer dichas puntuaciones se tiene como valor el 0.221154 de estimación de la diferencia y teniendo en cuenta que el límite inferior que la presente investigación es del 95% el resultado que se obtiene es de 0.0212351.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que:

$$H_0: P(\text{De 18 a 45 a}) - P(\text{De 46 a 80 a}) \leq 0$$

$$H_1: P(\text{De 18 a 45 a}) - P(\text{De 46 a 80 a}) > 0$$

Mediante la Prueba chi-cuadrada se tiene que el estadístico de Fisher tiene como valor 0.072 tal como se muestra en la tabla 26.

Tabla 26
Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio (Factor C – Preocupación y Aislamiento) y el grupo etario.

	Valor	Sig. Asint.	Sig Exacta (Uni)
Chi-cuadrado de Pearson	3.172	0.075	
Corrección por continuidad	2.127	0.145	
Razón de verosimilitudes	3.226	0.072	
Estadístico exacto de Fisher			0.072
Asociación lineal por lineal	3.109	0.078	
N casos válidos	50		

Prueba para la diferencia = 0 vs. > 0: Z = 1.82 Valor p = 0.034

Prueba exacta de Fisher: Valor p = 0.072

Por tal motivo como el valor $p = 0.034 < (\alpha=0.05)$ entonces se rechaza la H_0 , con lo cual se acepta la hipótesis alternativa y en consecuencia: “La proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en la dimensión del Sentimiento de Tristeza y Añoranza en el grupo de familiares de edad (de 18 a 45 años) es mayor que la proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en la Dimensión de Preocupación y aislamiento en el grupo de familiares de edad (de 46 a 80 años).

Por lo tanto, existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del Preocupación y Aislamiento de acuerdo a la edad del familiar.

- **Duelo Anticipatorio dimensión de Preocupación y Aislamiento – Género del Familiar y/o Cuidador**

La hipótesis específica $H_{1.3}$ plantea que existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor C denominado de Preocupación y Aislamiento de acuerdo al género del cuidador. Al haber dividido la muestra en dos grupos (Femenino y Masculino) se tiene como resultado que tal y como muestra la tabla 27 el número total de participantes que se encuentran en el grupo femenino es de 25 mientras que 22 de ellos se encuentran atravesando por su proceso de Duelo Anticipatorio y por otro lado respecto al grupo Masculino se

observa que está conformada por 25 participantes de los cuales 15 de ellos expresan que se encuentran atravesando el proceso mencionado (Tabla 27).

Tabla 27

Tabla descriptiva según el género y la muestra de la población que la conforma (Factor C-Preocupación y Aislamiento)

Edad del Familiar y/o Cuidador	x	n	Muestra p
Femenino	22	25	0.880000
Masculino	15	25	0.600000

Para determinar si es que existen diferencias estadísticamente significativas según los grupos de género femenino y masculino que atraviesan por el proceso de duelo anticipatorio se halló la diferencia de los dos grupos que se ha determinado según el género de tal modo que al sustraer dichas puntuaciones se tiene como valor el 0.28 de estimación de la diferencia y teniendo en cuenta que el límite inferior de la presente investigación es del 95% el resultado que se obtiene es de 0.0866055

Por lo tanto, teniendo en cuenta que:

$$H_0: P(\text{Femenino}) - P(\text{Masculino}) \leq 0$$

$$H_1: P(\text{Femenino}) - P(\text{Masculino}) > 0$$

Mediante la Prueba chi-cuadrada se tiene que el estadístico de Fisher tiene como valor 0.025 tal como se muestra en la tabla 28.

Tabla 28

Tabla Chi-cuadrada en relación al Duelo anticipatorio (Factor C – Preocupación y Aislamiento) y el género.

	Valor	Sig. Asint.	Sig Exacta (Uni)
Chi-cuadrado de Pearson	5.094	0.024	
Corrección por continuidad	3.742	0.053	
Razón de verosimilitudes	5.309	0.021	
Estadístico exacto de Fisher			0.025
Asociación lineal por lineal	4.992	0.025	
N casos válidos	50		

Prueba para la diferencia = 0 vs. > 0: Z = 2.38 Valor p = 0.009

Nota: La aproximación normal puede ser inexacta para muestras pequeñas.

Prueba exacta de Fisher: Valor p = 0.025

Como el $p.\text{valor}=0.009 < (\alpha=0.05)$ entonces se rechaza la H_0 , y en consecuencia se acepta la hipótesis alternativa: “La Proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en la dimensión de Preocupación y Aislamiento en el grupo de familiares de género femenino es mayor que la proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en la Dimensión de Preocupación y Aislamiento en el grupo de familiares de género masculino.

Por lo tanto, sí existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del Factor C denominado Preocupación y Aislamiento de acuerdo al género del familiar.

4.3. Discusión de resultados

Los resultados obtenidos de la presente investigación reportan que efectivamente tal como se plantea en las hipótesis principales de este estudio, sí se presentan diferencias estadísticamente significativas según los grupos etarios y teniendo en cuenta el género del cuidador, en relación al constructo denominado “Duelo anticipatorio” puesto que como se percibe en la tabla 5 se aprecia que tal como la hipótesis H₂ plantea, existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio de acuerdo al género del cuidador, por lo que al analizar la existencia de dichas diferencias en relación al grupo etario de la muestra tal y como H₁ plantea: “Existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio de acuerdo a la edad del cuidador” se tiene que: Del grupo de familiares de 18 a 45 años, el 73.1% presenta Duelo Anticipatorio, mientras que del grupo de familiares de 46 a 80 años el 50% presenta duelo anticipatorio. Y al tener en cuenta sobre las diferencias que existen según el género y el duelo anticipatorio se puede apreciar que tal como se muestra en la tabla 6 se percibe que del grupo de familiares de género femenino el 76% presenta Duelo Anticipatorio, mientras que del grupo de familiares de género masculino el 48% presenta duelo anticipatorio, por lo tanto, en el caso de esta muestra se puede afirmar que sí existen diferencias estadísticamente significativos en las personas que atraviesan por el proceso de duelo anticipatorio teniendo en cuenta la edad y el género del cuidador.

Para explicar un poco sobre dicho resultado se puede citar a Ovelar (2014) puesto que en su estudio hace referencia a la visibilidad de los síntomas que a menudo se convierten en una variable de impacto diferente en las familias. Explica que existen síntomas fácilmente visibles, como la caída del cabello a consecuencia de los fármacos o como contraindicación del tratamiento, o la amputación de un miembro; y otros, por el contrario, son mucho más invisibles, lo que les convierte en subjetivos en cuanto a la hora de medir su gravedad para quien no los padece, como el dolor. Si bien los signos visibles pueden ser vividos de manera estigmatizante, explica que la invisibilidad de los síntomas fomenta que surjan ambigüedades con respecto a ellos. Para algunas personas, la invisibilidad puede hacer que nieguen o minimicen la enfermedad en su vida cotidiana.

Para otras, la ambigüedad puede hacer que constantemente se encuentren preocupados, imaginando el peor desenlace posible. Es frecuente que dentro de un mismo sistema familiar, las posiciones sean diferentes. Además, en las interacciones familiares, los síntomas invisibles que fluctúan, como el dolor, pueden ser utilizados para el logro de beneficios secundarios, siendo usados como un mecanismo para controlar las interacciones o el equilibrio de poder de las mismas, lo cual a su vez, puede generar desconfianza entre los miembros del sistema. El grado de incertidumbre o previsibilidad del cáncer facilita o dificulta la toma de decisiones o la planificación. La ambigüedad creada por un desarrollo altamente imprevisible exige disponer de estrategias de resolución de problemas y un mayor grado de adaptabilidad y resistencia en las familias.

Las enfermedades pueden ser imprevisibles en cuanto a su comienzo, curso, desenlace o incapacitación, y en cuanto al ritmo en que se dan los cambios. La posibilidad de que una crisis tenga lugar y su gravedad, es otra variable a tener en cuenta, fuente de ansiedad tanto en la persona enferma como en su familia. Aparecen miedos relacionados con la imposibilidad de saber hacerle frente, de detectar a tiempo que algo está ocurriendo, de encontrarse solo en ese momento y no ser capaz de ofrecer ayuda o ser ayudado. Otra variable de impacto emocional es la posible contribución genética, la cual, a pesar de no tener por qué estar demostrada, genera sentimientos de culpa y autoincriminación. Además menciona que las demandas propias del tratamiento implican gran cantidad de tiempo y motivación, e incluso la presencia de un acompañante o de quien los lleve a cabo. Esto da lugar a una necesaria compatibilidad entre las demandas propias del cáncer y las del sistema familiar.

Hay tratamientos de gran impacto en el estilo y ritmo de vida de la persona enferma, influyendo a su vez en su pareja y familia. La edad a la que comienza la enfermedad hará a su vez que el impacto de esta enfermedad también sea diferente, así como el desarrollo de la persona a partir de esta experiencia y su manera de vivirla y hacerle frente. Por tal motivo se puede apreciar que efectivamente según el género y la edad del cuidador el impacto que puede generar en esa persona el duelo anticipatorio diferirá según dichas variables, puesto que si bien es cierto que la familia toma un rol muy importante frente a esta enfermedad, el diagnóstico y pronóstico de este mal influye en gran medida ya que no es lo mismo cuidar de alguien que no presenta cambios físicos

ni alteraciones externas que indiquen que efectivamente el paciente se encuentre atravesando por tal padecimiento.

Para la presente investigación se utilizó la prueba estadística e intervalo de confianza (IC) para dos proporciones. Con ella lo que se pretendía obtener era información más descriptiva y en la actualidad se acepta por indicaciones de diferentes revistas científicas de ciencias sociales y de la salud que dicha prueba para dos proporciones son interpretativamente mejores que las pruebas de hipótesis, como una expresión de la incertidumbre que resulta del estudio de una muestra de limitado tamaño. En la investigación descriptiva-comparativa como lo es el presente estudio, los métodos de análisis para variables categóricas parecen ser menos frecuentes, e incluso menos conocidos, que las variables independientes de intervalo.

Es así que al utilizar la prueba e intervalo para dos proporciones (Duelo Anticipatorio – Edad del Familiar y/o Cuidador) se puede apreciar, tal como se muestra en la Tabla 13, tras haber dividido la muestra en dos grupos etarios (De 18 hasta 45 años) y (De 46 hasta 80 años) se tiene como resultados que el número total de participantes que se encuentran en el grupo etario de 18 hasta 45 años es de 26, mientras que solo 19 de ellos se encuentran atravesando por su proceso de Duelo Anticipatorio. Y por otro lado respecto al grupo etario de 46 hasta 80 años, se observa que está conformada por 24 participantes, de los cuales 12 de ellos expresan que se encuentran atravesando el proceso ya antes mencionado.

Se puede interpretar que desde el punto de vista del primer grupo etario de 18 hasta 45 años las personas en su gran mayoría atraviesan este proceso ya que, como menciona Ovelar (2014), la edad a la que comienza la enfermedad hará a su vez que el impacto de esta enfermedad también sea diferente, así como el desarrollo de la persona a partir de esta experiencia y su manera de vivirla y hacerle frente. Tras una simple analogía se puede inferir que por lo general mientras más joven sea el paciente el cuidador también lo será y con ello se entiende que no es lo mismo vivir el duelo anticipatorio por un infante que por un adulto mayor, pues si bien se tiene en cuenta que se habla de dos vidas, debe quedar claro que la diferencia que ambas tienen es que mientras una de ellas recién está empezando, la otra se podría decir que ya está “terminando”.

Algo que se debe resaltar es que tras haber realizado la prueba e intervalo para dos proporciones, tanto como para duelo anticipatorio – edad y género, y en sus dimensiones tales como: Sentimiento de tristeza y añoranza – edad y género, preocupación y aislamiento – edad y género, se obtuvo como resultado que sí existen diferencias estadísticamente significativas tal y como fueron planteadas tanto en la hipótesis general como en las específicas. Sin embargo se percibe que en lo que concierne a las hipótesis específicas: $H_{1.1}$ y $H_{2.1}$ en las que se plantea que existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del factor A denominado sacrificio personal de acuerdo a la edad y género del cuidador, se obtuvo como resultado tal y como se aprecia en las tabla 19 y tabla 18 respectivamente, no se acepta dicha hipótesis puesto que el número total de participantes que se encuentran en el grupo femenino es de 25, mientras que solo

17 de ellos se encuentran atravesando por su proceso de Duelo Anticipatorio y por otro lado respecto al grupo Masculino se observa que está conformada por 25 participantes, de los cuales 14 de ellos expresan que se encuentran atravesando el proceso ya antes mencionado.

Para determinar si es que existen diferencias estadísticamente significativas según los grupos de género femenino y masculino que atraviesan por el proceso de duelo anticipatorio se halló la diferencia de los dos grupos que se ha determinado según el género, de tal modo que al sustraer dichas puntuaciones se tiene como valor el 0.12 de estimación de la diferencia y teniendo en cuenta que el límite inferior de la presente investigación es del 95% el resultado que obtenemos es de (-0.147016, 0.387016). Teniendo en consideración que el valor $p = 0.378$ y este es mayor a ($\alpha=0.05$) entonces no se rechaza la H_0 y en consecuencia: “La proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del Factor A - Sacrificio Personal en el grupo de familiares del género Femenino es igual que la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del Factor A - Sacrificio Personal respecto al grupo del género Masculino”.

Por ello se tiene como resultado que dicha hipótesis no es aceptada, ahora bien, esto lleva a preguntarse ¿Por qué? Citando a Rojas (2005) en su investigación tras una evaluación por jueces al inventario del cuidador (MM Caregiver) pudo hallar inconsistencias respecto a dicha dimensión ya que como plantea existen ítems que no encajan directamente con “Sacrificio Personal” y a

su vez, algunos otros podrían formar parte tanto de dicha dimensión como de las otras dos (Sentimiento de Tristeza y Añoranza, y Preocupación y Aislamiento) por lo que se puede inferir que la inconsistencia es uno de los motivos por los que nuevamente en este estudio no pudo ser admitida la hipótesis planteada respecto a esta dimensión, mientras que en las otras sí.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Las conclusiones siguientes son a nivel poblacional, es decir para toda la población y con un nivel de confianza del 95%; o lo que es lo mismo, con un nivel de significancia del 5%.

1. La proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en el grupo etario de 18 a 45 años, es mayor que la proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en el grupo etario, de 46 a 80 años.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio de acuerdo a la edad del familiar.

2. La proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en el grupo de familiares del género Femenino es mayor que la proporción de familiares que experimentan duelo anticipatorio en el grupo de familiares del género Masculino.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio de acuerdo al género del familiar.

3. La proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del Sacrificio Personal en el grupo etario de familiares de 18 a 45 años es igual que la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la Dimensión del Sacrificio Personal en el grupo etario de familiares de 46 a 80 años.

No existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del sacrificio personal de acuerdo a la edad del familiar.

4. La proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del Sacrificio Personal en el grupo de familiares del género

Femenino es igual que la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la Dimensión del Sacrificio Personal en el grupo de familiares del género Masculino.

No existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del sacrificio personal de acuerdo al género del familiar.

5. La proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del Sentimiento de Tristeza y Añoranza en el grupo etario de 18 a 45 años es mayor que la proporción poblacional de familiares que experimentan Duelo Anticipatorio en la dimensión de Tristeza y Añoranza en el grupo de familiares de 46 a 80 años).

Existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del Sentimiento de Tristeza y Añoranza de acuerdo a la edad del familiar.

6. La proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del Sentimiento de Tristeza y Añoranza en el grupo de familiares de género femenino es mayor que la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del Sentimiento de Tristeza y Añoranza en el grupo de familiares de género masculino.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión del Sentimiento de Tristeza y Añoranza de acuerdo al género del familiar.

7. La proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión de Preocupación y Aislamiento en el grupo etario de 18 a 45 años es mayor que la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión de Preocupación y Aislamiento en el grupo de familiares de 46 a 80 años.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión de Preocupación y Aislamiento de acuerdo a la edad del familiar.

8. La proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión de Preocupación y Aislamiento en el grupo de familiares de género femenino es mayor que la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la Dimensión de Preocupación y Aislamiento en el grupo de familiares de género masculino.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción poblacional de familiares que experimentan duelo anticipatorio en la dimensión de Preocupación y Aislamiento, de acuerdo al género del familiar.

5.2. Recomendaciones

- Crear programas de prevención en los que se brinde información no solo de las consecuencias que el cáncer trae consigo a la persona enferma sino también otorgando información sobre los problemas psicosociales que dicho mal trae consigo para con la familia.
- Brindar asesoría y apoyo psicológico a las familias que tengan un paciente oncológico.
- Establecer programas multidisciplinarios en los que todos los profesionales de la salud tomen conciencia y lleguen a aceptar que existe una interacción importante entre los factores biológicos y psicológicos con el problema del cáncer, no solo para el paciente sino también para su familia, de tal modo que se debe dejar de percibir al cuidador como un ser que no siente, más por el contrario tomar conciencia de la carga social, psicológica y económica que éste lleva consigo.
- Reforzar los mecanismos de defensa psicológicos que tanto los cuidadores como los pacientes oncológicos lleven, sobre todo reestructurarlos, para que de ese modo tengan herramientas para afrontar la enfermedad.
- Enseñar el trabajo en equipo, puesto que el salir airoso de este mal no solo trae fortaleza al enfermo sino de su acompañante, ya que así ambos

se sienten importantes y con fuerzas para salir adelante. No percibirán a la enfermedad como un castigo, sino como una prueba o en todo caso una etapa pasajera.

- Capacitar a los profesionales de la salud mental en intervenciones sobre los primeros auxilios psicológicos, puesto que el cuidador muchas veces al tener tanta carga emocional y tras evitar manifestarla es que va acumulándola llegando a tal punto de soltar todas aquellas emociones que las tiene guardadas de un tiempo a otro.
- Brindar capacitaciones al equipo profesional médico oncológico sobre calidad de vida de los pacientes oncológicos y entender la importancia del rol que adopta la familia, en especial los cuidadores, frente a la enfermedad puesto que el cáncer no solo ataca al paciente sino psicológicamente también a la familia.
- Crear programas y/o charlas en la que se culturice al personal médico de la importancia que hay en establecer un vínculo empático con el paciente y a su vez con la familia, puesto que de esa forma el cuidador podrá sentirse reforzado emocionalmente.

REFERENCIAS

a. Bibliografía citada en el estudio

- Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento*. España: Masson.
- Benfield, C. G. (1995). *Comparing the anticipatory grief response of mothers and fathers in a neonatal intensive care setting*. Estados Unidos: The University of Akron.
- Corlees, I. (2005). *Agonía, muerte y duelo: un reto para la vida*. México: El Manual Moderno.
- Holley, K. y Mast, B. (2009). *The impact of anticipatory grief on caregiver burden in dementia caregivers*. *The Gerontologist*, 49(3), 388-396.
- Fowler, N., Hansen, A. Barnato, A., y Garand, L. (2013). *Association Between Anticipatory Grief and Problem Solving Among Family Caregivers of Persons With Cognitive Impairment*. *Journal of Aging and Health*,
- Johansson, A. y Grimby, A. (2012). *Anticipatory Grief Among Close Relatives of Patients in Hospice and Palliative Wards*. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*. Buenos Aires: Ediciones Martinez Roca.
- Lane, B. N. (2005). *Understanding anticipatory grief: Relationship to coping style, attachment style, caregiver strain, gender role identification, and spirituality*. *ProQuest Dissertations and Theses*.
- Loituegui, A. (2008). *Duelo anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje*. Buenos Aires: Universidad de Belgrano.
- Mark, L. (2009). *Prueba del valor Z de la distribución normal*. Perú: Universidad Tecnológico del Perú.
- Morris, C. (2005). *Psicología*. México: Pearson.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Washington, D.C.

- Ovelar, I. (2014). *El impacto del cáncer en la familia*. España: Escuela Vasca de Terapia Familiar
- Rodríguez, E. (2000). *Duelo: La muerte de un ser querido*. Reforma 6(1).
- Rojas, P. (2005). *Duelo anticipatorio en padres de niños con cáncer*. (Tesis para optar la licenciatura en Psicología con mención en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Ruda, S. L. (1998). *Representaciones acerca del cáncer y su origen en padres de niños diagnosticados con esta enfermedad*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ruda, S. L. (2013). *Memorias de las jornadas de psicooncología 2009-2012*. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Sanchez, H. y Reyes, C. (2009). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Vision Universitaria

b. Páginas WEB

- Gaviria, S. (2008). *¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres?*, Consultado en: <http://www.redalyc.org/html/806/80615421008/>
- Gomez, M. y Grau, J. (2006). *Dolor y sufrimiento al final de la vida*. Consultado en: <https://books.google.com.pe/books?id=7oCz-d9KV-gC&pg=PA391&lpg=PA391&dq=duelo+anticipatorio+investigacion&source=bl&ots=PQDn9AGyoD&sig=CWCwFi4om-XONBAeOUpXcCIRODI&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiLicLy2cTTAhWEZCYKHSdYoQ6AEIVjAH#v=onepage&q&f=false>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2015). *Datos Epidemiológicos del Cáncer*. Consultado en: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- Kehl, K.A. (2005). *Recognition and support of anticipatory mourning*. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. Consultado en: http://journals.lww.com/jhpn/Abstract/2005/07000/Recognition_and_Support_of_Anticipatory_Mourning.11.aspx

- Ministerio de Salud (2010). *Prevalencia y mortalidad de enfermedad del Cáncer*. Consultado en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/cancer/datos.asp>
- Meuser, T. y Marwit, S. (2002). *MM Caregiver Grief Inventory*. Consultado en: http://knightadrc.wustl.edu/About_Us/PDFs/MM-CGI-50%20Full%20Version.pdf
- Paredes, G., Lahrech, M. y Maza, I. (2012). *Diagnóstico precoz del cáncer en el niño*. Consultado en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/al-paciente/03092012_DIAGNOSTICO_PRECOZ_DEL_CANCER_EN_EL_NIÑO.pdf
- Robert, V., Álvarez, C. y Valdivieso, F. (2013) *Psicooncología: Un Modelo de Intervención y Apoyo Psicosocial*. Consultado en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/14_Ps.-Ver-%C2%A6nica-Robert-M.pdf
- Ruda, M. y Argumedo D. (2008). *¿Duelo frente a la propia muerte? Aplicabilidad de la teoría del duelo a la muerte de uno mismo*. Consultado en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4653>
- Sánchez, T., Corbellas, C. y Camps, C. (2007). *Depresión y duelo anticipatorio en el paciente oncológico*. Consultado en: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo19.pdf>
- Smith, S. H. (2005). *Anticipatory grief and psychological adjustment to grieving in middle-aged children*. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. Consultado en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/104990910502200409>
- Swensen, C., y Fuller, S. (1992). *Expression of Love, Marriage Problems, Commitment, and Anticipatory Grief in the Marriages of Cancer Patients*. *Journal of Marriage and the Family*. Consultado en: https://www.researchgate.net/publication/271782188_Expression_of_Love_Marriage_Problems_Commitment_and_Anticipatory_Grief_in_the_Marriages_of_Cancer_Patients
- Uribe, S. (2015). *Trastorno Persistente de Duelo Complicado del DSM-5*. Consultado en: <http://revibapst.com/data/documents/DUELO-COMPLICADO-DSM-5.pdf>

Universitat de Valencia (2010). *SPSS: Pruebas no paramétricas*. Consultado en;
http://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0802A.pdf

Villena, A. J. (2000). *Duelo*. Consultado en:
http://www.psicoplanet.com/tema_13contenido.htm

World Health Organization (2012). *International Agency for Research on Cancer*. Consultado en: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado con DNI _____, manifiesto ser familiar de _____ y bajo los derechos legales que poseo acepto que la Bachiller de Psicología de la Universidad Ricardo Palma, Tady Sotomayor Lujan, identificada con DNI 46651164, utilice la información que le brindaré mediante la ficha de datos demográficos y el cuestionario a aplicar siempre y cuando dicha información sea utilizada únicamente con fines investigativos y/o académicos y con ello contribuir con la investigación que se realizará.

Lima, ____ de _____ del 2016

FIRMA DEL FAMILIAR

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

FICHA DE DATOS DEMOGRÁFICOS

DATOS GENERALES

1. Edad:
2. Estado civil:
3. Número de hijos:
4. Lugar de nacimiento:
5. Lugar de residencia:
6. Grado de instrucción:
7. Ocupación:
8. Religión:
9. Parentesco:

DATOS DEL PACIENTE

1. Sexo:
2. Edad:
3. Diagnóstico:
4. Tiempo de enfermedad:
5. Tiempo de tratamiento:

INVENTARIO DE DUELO DEL CUIDADOR

Instrucciones: Este inventario está diseñado para medir la experiencia de dolor de los actuales familiares que atraviesan actualmente bajo su rol de cuidadores de aquellos pacientes que se encuentran enfermos de cáncer.

Lea cada enunciado cuidadosamente, luego decida si está de acuerdo o en desacuerdo con lo que se dice. Haga un círculo en un número de la derecha, del 1 al 5, de acuerdo a la categoría de respuesta que se le presenta posteriormente (Por ejemplo 5=Absolutamente de acuerdo).

Es importante que responda a todos los enunciados para poder obtener un puntaje preciso.

Absolutamente en Desacuerdo	1
En Desacuerdo	2
Un Poco de Acuerdo	3
De Acuerdo	4
Absolutamente de Acuerdo	5

Familiar:* Reemplazar dicho término según el parentesco que el cuidador tenga con el paciente.

		AD	ED	PA	DA	AA
1.	He tenido que hacer a un lado bastantes cosas por tener que cuidar a mi <i>familiar*</i> .	1	2	3	4	5
2.	Extraño muchas de las actividades que solíamos compartir.	1	2	3	4	5
3.	Siento que estoy perdiendo mi libertad.	1	2	3	4	5
4.	Mi salud física se ha deteriorado por el estrés de tener que cuidar a mi <i>familiar*</i> .	1	2	3	4	5
5.	No tengo con quién conversar.	1	2	3	4	5

		AD	ED	PA	DA	AA
6.	No sé lo que está sucediendo. Me siento confundido(a) e inseguro(a).	1	2	3	4	5
7.	Tengo bastante estrés por el cuidado de mi <i>familiar*</i>	1	2	3	4	5
8.	Recibo suficiente apoyo emocional de los demás.	1	2	3	4	5
9.	Tengo este sentimiento enfermizo de vacío sabiendo que mi <i>familiar*</i> "Se está yendo".	1	2	3	4	5
10.	Me siento ansioso(a) y asustado(a).	1	2	3	4	5
11.	Mi vida personal ha cambiado bastante.	1	2	3	4	5
12.	Paso mucho tiempo preocupándome de lo malo que puede venir.	1	2	3	4	5
13.	Esta enfermedad es como una doble pérdida...he perdido la cercanía con mi <i>familiar*</i> y la conexión con mi familia.	1	2	3	4	5
14.	Siento una tristeza aterradora.	1	2	3	4	5
15.	Para mí esta situación es totalmente inaceptable.	1	2	3	4	5
16.	Mis amigos simplemente no entienden por lo que estoy pasando.	1	2	3	4	5
17.	Siento una constante sensación de responsabilidad y simplemente no se va nunca.	1	2	3	4	5
18.	Añoro lo que fue, lo que teníamos juntos y compartíamos en el pasado.	1	2	3	4	5
19.	Podría lidiar mejor con cualquier otra enfermedad, sería mejor que con ésta.	1	2	3	4	5
20.	Esta situación me deja sin libertad.	1	2	3	4	5
21.	Estoy teniendo problemas para dormir.	1	2	3	4	5
22.	Estoy en paz conmigo mismo(a) y con esta situación.	1	2	3	4	5

		AD	ED	PA	DA	AA
23.	Es una etapa de la vida y sé que vamos a salir de ella.	1	2	3	4	5
24.	Mi familia extendida no tiene idea de lo que yo paso al cuidarlo(a).	1	2	3	4	5
25.	Me siento tan frustrado(a) que usualmente ignoro a mi <i>familiar*</i> .	1	2	3	4	5
26.	Siempre estoy preocupado(a).	1	2	3	4	5
27.	Estoy molesto(a) con la enfermedad por robarme tantas cosas.	1	2	3	4	5
28.	Esto requiere más energía emocional y determinación de la que yo esperaba.	1	2	3	4	5
29.	Voy a estar atado(a) a esta situación por sabe Dios cuánto tiempo.	1	2	3	4	5
30.	Duele acostarlo(a) en las noches y darse cuenta que “no es el mismo”.	1	2	3	4	5
31.	Me siento muy triste por lo que la enfermedad ha hecho.	1	2	3	4	5
32.	Siento una depresión severa.	1	2	3	4	5
33.	La mayoría de las noches me quedo despierto en la cama preocupado(a) por lo que va a suceder y cómo lo manejaré mañana.	1	2	3	4	5
34.	Las personas cercanas a mí no entienden por lo que estoy pasando.	1	2	3	4	5
35.	A veces pienso que si muriera podría sentirme nuevamente libre.	1	2	3	4	5
36.	Me siento impotente.	1	2	3	4	5
37.	Es atemorizante porque aunque uno sabe que los doctores intentan curar esta enfermedad, yo siento que las cosas se ponen cada vez peor.	1	2	3	4	5

		AD	ED	PA	DA	AA
38.	He perdido a otras personas cercanas a mí, pero las pérdidas que estoy experimentando ahora son mucho más perturbadoras.	1	2	3	4	5
39.	Lo que he perdido es independencia... no tengo la libertad de ir y hacer lo que quiero.	1	2	3	4	5
40.	He tenido que hacer cambios drásticos en mi vida porque ahora me dedico sobre todo a cuidar a mi <i>familiar*</i> .	1	2	3	4	5
41.	Desearía tener una hora o dos para mí mismo(a) cada día, para dedicarla a mis propios intereses.	1	2	3	4	5
42.	Estoy atrapado en mi rol de tener que cuidar a mi <i>familiar*</i> y no hay nada que pueda hacer al respecto.	1	2	3	4	5
43.	No puedo contener mi tristeza sobre todo lo que está pasando.	1	2	3	4	5
44.	Lo que más me molesta es lo que he tenido que dejar de lado.	1	2	3	4	5
45.	Aunque me ha costado creo que estoy manejando bastante bien la situación.	1	2	3	4	5
46.	Creo que estoy negando todas las implicancias de esto en mi vida.	1	2	3	4	5
47.	Recibo un excelente apoyo de los miembros de mi familia.	1	2	3	4	5
48.	He tenido mucha dificultad en aceptar lo que ha sucedido.	1	2	3	4	5
49.	Las exigencias sobre mí crecen más rápido de lo que nunca esperé/ imaginé.	1	2	3	4	5
50.	Desearía que todo esto fuera un sueño y pudiese despertarme de vuelta en mi vida anterior.	1	2	3	4	5

*Familiar**: Remplazar dicho término según el parentesco que el cuidador tenga con el paciente.