



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

“ESTUDIO SOBRE LA DIGNIDAD PERCIBIDA Y CALIDAD DE MUERTE; UN  
ACERCAMIENTO A LA MUERTE DIGNA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN  
CUIDADOS PALIATIVOS”

M.P.S.S MICHELLE TORREBLANCA OLASCOAGA  
MATRÍCULA:2163027907

ASESORA  
DRA. AÍDA HAMDAN PARTIDA  
PROFESORA-INVESTIGADORA

Enero 2023.

# ÍNDICE

---

<b>CAPITULO I INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>2</b>
ESTUDIO SOBRE LA DIGNIDAD PERCIBIDA Y CALIDAD DE MUERTE; UN ACERCAMIENTO A LA MUERTE DIGNA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS .....	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.3 MARCO TEÓRICO.....	3
1.4 OBJETIVO GENERAL.....	6
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
1.6 HIPÓTESIS.....	6
1.7 METODOLOGÍA.....	6
1.8 Resultados: cuadros y gráficas.....	9
1.9 Análisis de resultados.....	12
1.10 Conclusiones de la investigación .....	12
<b>CAPITULO II DESCRIPCIÓN DEL INSTITUTO, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS .....</b>	<b>15</b>
1.-DESCRIPCIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA .....	15
1.1 Oncología .....	15
1.2 Oncología y Cuidados Paliativos.....	16
1.3. Atención Del Paciente Oncología Y Cuidados Paliativos .....	16
2.- RECURSOS HUMANOS CUIDADOS PALIATIVOS .....	17
<b>CAPITULO III ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....</b>	<b>21</b>
1.- CAPACITACIÓN .....	21
2.- INVESTIGACIÓN.....	21
<b>CAPITULO IV CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL.....</b>	<b>22</b>
1.1 EN RELACIÓN CON SU FORMACIÓN COMO PERSONA .....	22
1.2 EN RELACIÓN CON SU FORMACIÓN PROFESIONAL .....	23
1.3 EN RELACIÓN CON SU APORTACIÓN A LA COMUNIDAD .....	24
1.4 EN RELACIÓN CON SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA .....	25

## **CAPITULO I INVESTIGACIÓN**

---

### **Estudio sobre la dignidad percibida y calidad de muerte; un acercamiento a la muerte digna en pacientes oncológicos en cuidados paliativos.**

#### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En México, el cáncer plantea múltiples desafíos, representa la tercera causa de muerte a nivel nacional y genera una amplia necesidad de cuidados paliativos. En 2009, en la Ley General de Salud fue adicionado el artículo 166 Bis que contiene la Ley en Materia de Cuidados Paliativos cuyo objetivo es salvaguardar la dignidad y garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal.

Aunque la dignidad ha sido un concepto ampliamente estudiado, carece de una definición específica y denota diferentes características de acuerdo con el contexto. Para algunos pacientes mantener la dignidad humana, es más importante que su propio diagnóstico. Por lo tanto, explorar y comprender de manera integral cómo los pacientes con cáncer en cuidados paliativos perciben la dignidad y la calidad de muerte debe ser una preocupación principal para los proveedores de atención de la salud y de investigación médica.

#### **1.2 JUSTIFICACIÓN**

Los cuidados paliativos tienen como objetivo de brindar una atención de calidad para brindar la prevención y alivio al sufrimiento, proporcionando calidad de vida a los pacientes y sus seres queridos cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad que amenaza la vida, teniendo como fin el poder proporcionar lo necesario para que el paciente tenga una muerte digna. El concepto de muerte digna está determinado subjetivamente, que se basan en una evaluación de la experiencia de morir en su conjunto de acuerdo con las expectativas y valores de uno.

Es importante evaluar la experiencia al final de la vida que incluye la dignidad percibida por el paciente con cuidados paliativos que abordan aspectos físicos, psicológicos, sociales, familiares y espirituales, que lo podemos traducir como muerte digna, reconociendo y aceptando la subjetividad inherente y así poder cumplir con todo el objetivo de los cuidados paliativos.

La exploración de este constructo nos ayudará a conocer la vivencia de un grupo de pacientes mexicanos con diagnóstico de cáncer al final de la vida, que hasta el momento y nuestro conocimiento no se ha realizado. Dependiendo de la información que arroje este proyecto, brindará probablemente

la base para la exploración y el abordaje de nuestros pacientes con la visión integral, propia de los cuidados paliativos.

## **1.3 MARCO TEÓRICO**

### **El cáncer en México**

El cambio de la población mexicana se debe al proceso de transición demográfica y epidemiológica. A diferencia de los países desarrollados, México presenta una incidencia simultánea de enfermedades pre y postransicionales, con resurgimiento de algunas enfermedades infecciosas ya controladas en ciertos grupos sociales y regiones del país (1). Bajo este panorama, desde hace ya más de tres décadas asociadas fuertemente con el envejecimiento y con estilos de vida poco saludables de la población, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer han ocupado los primeros sitios como causas de muerte global en nuestro país (2).

De acuerdo con datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 70% de todas las muertes por cáncer se produce en países con ingresos económicos bajos y medios (3). En México, el cáncer es la tercera causa de muerte, representa una de las causas de morbilidad y mortalidad más importantes (4). En 2012 se registraron 78,719 defunciones por esta causa con una tasa de mortalidad general de 67.8 por cada 100,000 habitantes (5).

Como sucede en otros países de ingresos medios, en México, el mayor énfasis en los programas contra el cáncer está orientados a la prevención y tratamiento; sin embargo, la mayoría de los casos de cáncer son diagnosticados en etapas avanzadas, lo cual reduce sus posibilidades de curación, aumentando los costos de diagnóstico y tratamiento, y al mismo tiempo generando amplias necesidades de cuidados paliativos con la intención de evitar dolor y sufrimiento, así mejorar la calidad de vida de los pacientes que se enfrentan a una enfermedad que pone en peligro su vida (1,6,7).

### **La necesidad de los cuidados paliativos**

Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual (8).

Afrontar el sufrimiento supone ocuparse de problemas que no se limitan a los síntomas físicos. Los programas de asistencia paliativa utilizan el trabajo en equipo para brindar apoyo a los pacientes y a quienes les proporcionan cuidados. Esa labor comprende la atención de necesidades prácticas y apoyo

psicológico a la hora del duelo. La asistencia paliativa ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte (8).

Los Cuidados Paliativos tienen como objetivo el conseguir la mejor calidad de vida del paciente y su familia, teniendo en cuenta que los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes, sino que es una cuestión de énfasis. Así, la aplicación gradual de un mayor número y proporción de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento específico, y como se ha descrito, los cuidados paliativos deberían comenzar en el momento mismo del diagnóstico (9).

Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano, y desgraciadamente, a nivel mundial tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben (10).

En México a partir del 2009 se publicó la reforma y adición de algunos artículos a la Ley General de Salud (LGS) en Materia de Cuidados Paliativos (CP), siendo en el 2013 que se publica la reforma al Reglamento de la LGS. Es hasta el 1 de julio de 2019 cuando el Senado de la República aprobó por unanimidad la iniciativa de cambios al Artículo 4to Constitucional, para establecer en la carta magna la "muerte digna". Dicha modificación incluye que toda persona tiene derecho a la protección en salud en condiciones de dignidad y el acceso a los servicios de salud incluyendo cuidados paliativos multidisciplinarios ante enfermedades en situación terminal, limitantes o amenazantes para la vida, así como la utilización de los medicamentos controlados. Este antecedente crea un precedente positivo para que el estado brinde atención en salud, sin embargo, el concepto de muerte digna es muy ambiguo basado en que ya existen los cuidados paliativos (11,12).

## **Dignidad**

La dignidad del ser humano es compleja de definir; en nuestro grupo de investigación se ha definido como la característica que radica en la unidad personal psicosomática. De un ser dotado de una inteligencia creativa, racionalidad libre, que se manifiesta como un ser somático, social, emocional, cultural, con deseo de trascendencia (13,14).

Se han descrito diferentes tipos de dignidad: la ontológica y la percibida: 1) Dignidad ontológica: referida y fundamentada en el ser. Por el mero hecho de ser persona, el ser humano merece respeto y debe tratarse de un modo cualitativamente distinto. El ser humano es digno intrínsecamente, no externamente, no colateralmente, no accidentalmente. Su dignidad es irrenunciable, constitutiva más allá de actuaciones y condiciones. Por eso no hay momentos de más o menos dignidad. La dignidad humana es absoluta. 2) Dignidad percibida (ética): lo que dignifica al ser humano son sus actos, lo que le hace indigno son sus actos. La dignidad es una construcción social, individualista, transitoria,

añadida, complementaria, derivada del carácter libre del hombre, de su dimensión moral. Por la forma de vivir nos hacemos dignos o indignos moralmente en la comunidad, cada uno se construye su dignidad (15–17).

### **La dignidad en pacientes con cáncer avanzado**

Los pacientes con cáncer avanzado incurable enfrentan complejas situaciones físicas, psicológicas, sociales y espirituales, como consecuencia de su enfermedad y sus tratamientos(18), llegando a afectar su calidad de vida por la gravedad de la enfermedad y los síntomas que se agregan en estadios avanzados para lo cual se han desarrollado múltiples estrategias de tratamiento, la mayoría de los estudios se han centrado en las alteraciones físicas y los trastornos relacionados al sufrimiento en las dimensiones psicológicas, sociales o existenciales. Sin embargo, la dignidad por parte de los pacientes ha sido poco estudiada, aun cuando ha sido una de las principales justificaciones para la legalización del suicidio asistido y la eutanasia (19–21). La pérdida de la dignidad es una de las razones más comunes que los médicos responden cuando se le cuestiona del por qué se aceptó la solicitud de un paciente para la eutanasia o alguna forma de suicidio asistido en donde es legal (22).

La palabra dignidad se utiliza con frecuencia tanto en el discurso clínico y filosófico cuando se hace referencia a la descripción y las condiciones ideales de tratamiento del paciente, en particular el paciente al final de la vida, aplicando el término dignidad a menudo de una manera ambigua (23). Esto llevó al Dr. Chochinov y colaboradores a generar un estudio cualitativo para describir las características que conformaban el término dignidad en una población con cáncer avanzado. Los resultados de este estudio proporcionan la base para el desarrollo de un modelo conceptual de la dignidad, que consta de tres categorías principales. Estas categorías incluyen temas relacionados con la enfermedad, características para la conservación de la dignidad, y de la dignidad social. Los temas y subtemas bajo cada una de las tres grandes categorías proporcionan detalles que ayuda a articular estos temas, este modelo propone características que pueden afectar el sentido de dignidad y en contraste, condiciones que pueden hacer conservar la dignidad (24).

El modelo sugiere que la amplia gama de temas relacionados con la dignidad percibida por los pacientes en cuidados paliativos, las cuales se puede dividir en tres categorías principales: 1) factores causados por o asociados con la enfermedad, 2) factores sociales o de forma externa, y 3) consideraciones psicológicas y espirituales.

Dentro de los límites de la información con la que se cuenta actualmente se encuentra la generalización, ya que el grupo estudiado fue en ancianos y con cáncer avanzado, por lo que no se puede generalizar a otras poblaciones como sujetos más jóvenes o con otras patologías como es el VIH, enfermedades cardíacas, trastornos neuromusculares, etc. (24).

## **Muerte digna**

El concepto de muerte digna está determinado subjetivamente. Se basan en una evaluación de la experiencia de morir en su conjunto de acuerdo con las expectativas y valores de uno. La experiencia al final de la vida puede incluir la calidad de la atención, la calidad de vida y la calidad de la muerte y la muerte en sí; así que debemos reconocer y aceptar la subjetividad inherente a todas las variables, ya sea proporcionada por pacientes, familiares o profesionales de la salud (25).

## **1.4 OBJETIVO GENERAL**

Explorar las características y factores asociados a la dignidad percibida y su expectativa del proceso de muerte por un grupo de pacientes con cáncer atendidos en el Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología.

## **1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Explorar los factores asociados con la enfermedad que afectan la dignidad percibida de los pacientes
- 2) Explorar los factores sociales o externos que afectan la dignidad percibida de los pacientes.
- 3) Explorar los factores psicológicos y espirituales que afectan la dignidad percibida de los pacientes.

## **1.6 HIPÓTESIS**

No se generarán axiomas por lineamientos generales, por decisión del investigador principal con base a los autores JW Creswell y CN Poth (30).

## **1.7 METODOLOGÍA**

### **1.7.1 Diseño del estudio**

Es un estudio mixto, narrativo con visión holística, transeccional, con un muestreo propositivo. Se utilizará un muestreo intencionado con base en la saturación de la información.

## **1.7.2 Lugar y tiempo**

Servicio de cuidados paliativos del Instituto Nacional de Cancerología de México de Febrero 2022 a Enero 2023

## **1.7.3 Criterios de selección: inclusión, exclusión y eliminación**

### **1.7.3.1 Criterios de inclusión**

- Pacientes de ambos sexos.
- Entre 18 y 80 años de edad.
- Con diagnóstico cáncer
- Atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología (México).
- Con pronóstico de supervivencia menor a seis semanas (calificación B o C) en el Índice Pronóstico Paliativo (PPI por sus siglas en inglés) (26).
- Que acepten participar en el estudio mediante el proceso de consentimiento informado.

### **1.7.3.2 Criterios de exclusión**

- Que presenten datos de deterioro neurológico.
- Presencia de delirium o algún trastorno psicótico
- Que presenten discapacidad intelectual.
- Deficiencia visual o auditiva importante.
- Que presente descontrol de síntomas (ej. dolor, disnea) con una calificación mayor a 4 de la escala análoga de Edmonton (27).

### **1.7.3.3 Criterios de eliminación**

- Pacientes que retiren su consentimiento y no quieran continuar con la entrevista del estudio.

## **1.7.4 Procedimientos del estudio**

Las entrevistas serán el principal método de recogida de datos para asegurar el logro de información detallada, este método permitirá obtener una descripción subjetiva y narrativa de las necesidades y percepción percibida de la muerte digna del paciente oncológico en cuidados paliativos.

Se aplicarán 2 instrumentos para el análisis cuantitativo el primero es el Inventario de Dignidad del Paciente versión mexicana, que es un instrumento para identificar de una forma viable y fiable la angustia relacionada con la dignidad y consta de el estudio de 4 factores que incluyen 25 ítems y el segundo fue la Escala breve de depresión de Edimburgo (BEDS) que consta de seis ítems, cada uno



calificado en una escala de 4 puntos, que de acuerdo a la versión mexicana un puntaje mayor a 6 tiene un 64,3% de sensibilidad y 87,5% de especificidad.

La muestra será seleccionada sobre la base de los siguientes criterios: (1) Los participantes se encuentran tratados por el servicio de cuidados paliativos y tienen una supervivencia de días a semanas de vida por encontrarse en fase terminal por cáncer. Pacientes con supervivencia mayor a 6 semanas serán excluidos del estudio porque puede que tengan una perspectiva diferente de la dignidad ante la muerte, influida por un intervalo de tiempo mayor. (2) No existe evidencia de tratamiento que modifique la fase terminal por estar fuera de tratamiento oncológico. (3) Tienen entre dieciocho y ochenta y nueve años de ambos géneros y hablar castellano.

Para obtener el consentimiento de los participantes, se les informará individualmente sobre el propósito del estudio y su desarrollo. Las entrevistas se realizarán en el servicio de cuidados paliativos en la sala de familiares que es habitualmente conocida por todos los pacientes y están familiarizadas con este ambiente. Además, esta sala se presta a la grabación del audio, un aspecto esencial, ya que las entrevistas serán grabadas, siempre que los pacientes den su consentimiento.

Se espera que las entrevistas y cara a cara duren entre treinta y sesenta minutos, y serán conducidas individualmente por la investigadora principal del estudio, con todos y cada uno de los pacientes seleccionados. Para asegurar que los pacientes expresen su necesidades y percepción sobre la muerte digna, se les pedirá que reflexionen sobre el periodo de tiempo que comienza con el diagnóstico del cáncer y que continúen hasta el momento presente. La grabación en audio aumentará la exactitud de la colección de datos, ya que las grabaciones contienen las palabras exactas de las entrevistas.

Todas las entrevistas se cerrarán agradeciendo a los pacientes su participación y asegurándoles la confidencialidad de las respuestas.

Pacientes del área de cuidados paliativos que se encuentran con cáncer avanzado al final de la vida (PPI = B o C) se les realizará una entrevista con base a la teoría propuesta por el Dr. Chochinov y cols.,(17) para evaluar su dignidad percibida del paciente.

Las entrevistas serán transcritas de manera artesanal, no se utilizará ningún programa computacional para este objetivo.

#### **1.7.5 Tamaño de la muestra**

El muestreo es propositivo, es decir, la muestra comienza a delimitarse en el momento que el investigador propone el tema y el contexto en el cual es factible estudiarlo.

Se integró un cuerpo de estudio de dieciocho casos, con base en la saturación de la información de la narrativa del fenómeno, lo que se encuentra de acuerdo al rango de lo que Hernández-Sampieri recomienda en los métodos narrativos (28).

### 1.7.6 Análisis

El análisis de cada una de las entrevistas se identificará, en un principio en las unidades de significado. A continuación, se agruparán las unidades para crear categorías de análisis. Una vez que se obtuvieron, se realiza un esquema gráfico para ejemplificar como se realizara el análisis.

### 1.8 Resultados: cuadros y gráficas

Los resultados de este proyecto pertenecen al departamento de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología a cargo de la Dra. Silvia Rosa Allende Pérez.

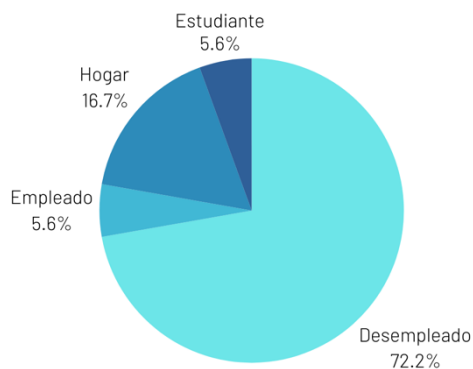
#### Gráfica 1.- Estado civil

El 38.9%(n=7) se encontraban casados o en unión libre, 33.3 % (n=6) eran solteros, 16.7 % (n=3) estaba separados o divorciados y 11.1% (n=2) eran viudos.



Gráfica 1.- Estado civil.

#### **OCUPACIÓN**



Gráfica 2.- Ocupación

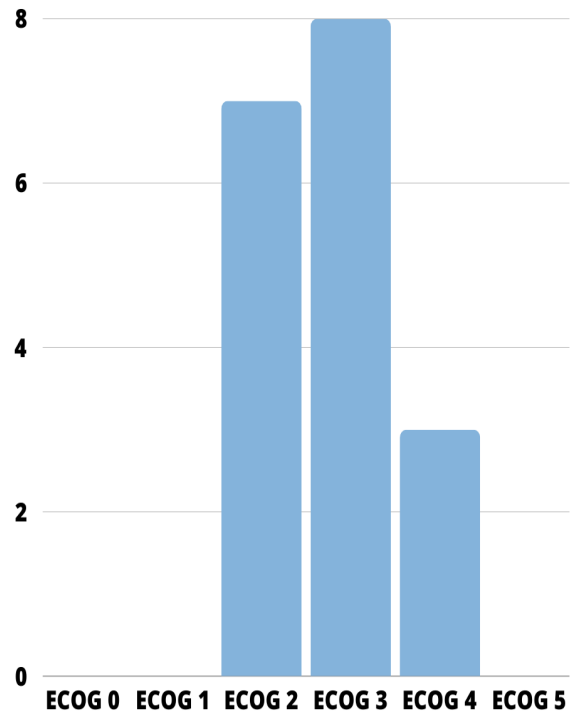
#### Gráfica 2.- Ocupación

El 72.2%(n=13) estaban desempleados, 16.7 % (n=3) se dedicaban al hogar, 5.6% (n=1) era estudiante y 5.6% (n=1) era empleado.

### **Gráfica 3.- Escala ECOG**

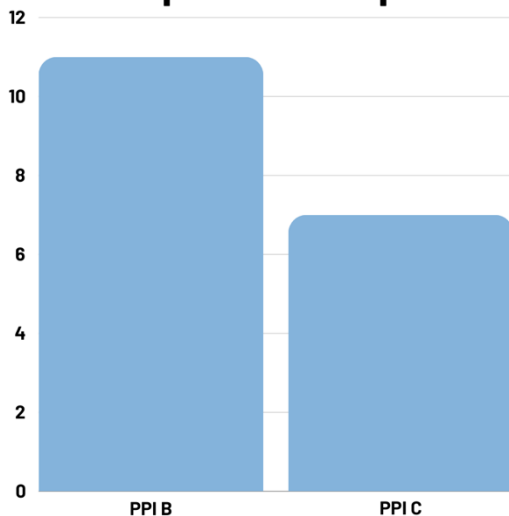
En la escala ECOG de calidad de vida 7 pacientes tuvieron un ECOG de 2 (El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50 % del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo), 8 pacientes un ECOG DE 3 (El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria, como por ejemplo el vestirse) y 3 pacientes un ECOG de 4 (El paciente permanece encamado el 100 % del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación).

### **Grupo Oncológico Cooperativo del Este**



Gráfica 3.-. Escala ECOG

### **Índice de pronóstico paliativo**



Gráfica 4.-. Índice de pronóstico paliativo

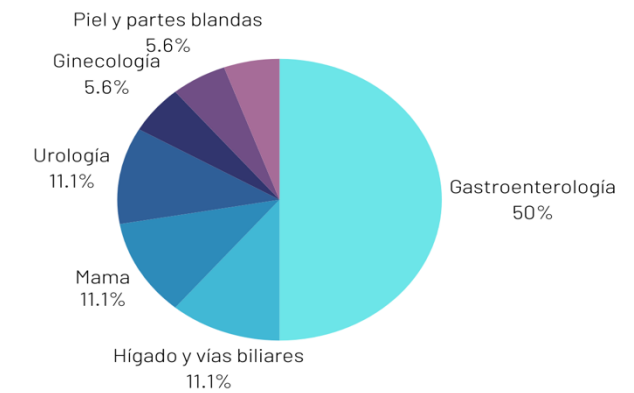
### **Gráfica 4.- índice de pronóstico paliativo**

En la escala de índice pronóstico paliativo 11 pacientes obtuvieron un PPI B (sobrevivida es de 6 semanas la sensibilidad es de 80%, y la especificidad del 77%) y 7 pacientes un PPI C (sobrevivida menor a 3 semanas y la sensibilidad es de 80%, con especificidad del 85%).

### Gráfica 5.- Diagnóstico oncológico

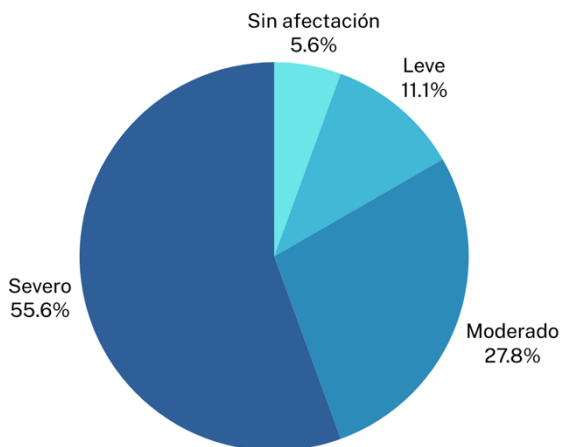
El 50% de los pacientes (n=9) tenían el diagnóstico primario neoplásico en sistema gastrointestinal, 11% (n=2) en hígado y vías biliares, 11% (n=2) en mama, 11% (n=2) de tipo urológico, 5% (n=1) ginecológico, 5% (n=1) en piel y partes blandas y 5% (n=1) hematológico.

### **Diagnóstico oncológico**



Gráfica 5.- Diagnóstico oncológico

### **Inventario de Dignidad del Paciente**



Gráfica 6.- Inventario de dignidad del paciente

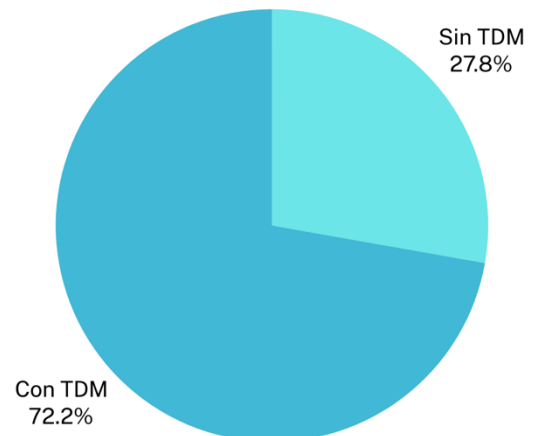
### Gráfica 6.- Inventario de dignidad del paciente.

De acuerdo al Inventario de dignidad del paciente, el 55% de los pacientes (n=10) presentaron afectación severa, el 27% (n=5) afectación moderada, 11% (n=2) afectación leve y 5% (n=1) no presentaba afectación.

### Gráfica 7.- Escala de depresión Breve de Edimburgo

El 72% (n=13) cumplía con los ítems para Trastorno Depresivo mayor y el 27% (n=5) no lo cumplían.

### **BEDS**



Gráfica 7.- Escala de depresión Breve de Edimburgo (BEDS)

## 1.9 Análisis de resultados

La muestra estuvo compuesta por 18 participantes, con una mediana de edad de 49,4 años (rango, 18-78 años). Nueve (50%) eran mujeres y nueve (50%) eran hombres y tenían una media de escolaridad de 9.9 años de educación formal. La mayoría de los participantes estaban casados o cohabitaban (38.9 %, n = 7), tenía una puntuación de estado funcional del Grupo Oncológico Cooperativo del Este de 3 (44,4 % n = 8), y una predicción clínica de supervivencia del Índice de pronóstico paliativo de B (61,1 % n = 11). El diagnóstico oncológico más frecuente fue gastrointestinal (50%, n = 9), seguido de hígado y vías biliares (11,1%, n = 2), cáncer de mama ((11,1%, n = 2) y urológico (11,1%, n = 2).

La entrevista se realizó con base al Inventario de Dignidad del Paciente (PDI) versión mexicana, tomando en cuenta los dos principales factores (1. Pérdida de sentido de vida y significado, 2. Ansiedad y pérdida de la autonomía). El 55.6 % presentó una afectación severa a la dignidad, el 27.8% una afectación moderada, el 11.1% afectación leve y solo el 5.6% no presentaba afectación.

Dentro de los datos analizados, encontramos que, al utilizar la versión mexicana de la BEDS, con un puntaje umbral de 6 o más, el 72,2% (n=13) de los pacientes paliativos con cáncer avanzado fueron identificados como casos de depresión.

## 1.10 Conclusiones de la investigación

La dignidad es afectada por un sinnúmero de circunstancias, la incapacidad de tomar control de su enfermedad y el deterioro clínico que genera dependencia y sentido de carga para los familiares, la preocupación por el legado a sus seres queridos, así como la presencia o carencia de una red de apoyo establecida.

Para algunos pacientes mantener la dignidad humana, es más importante que su propio diagnóstico. Su afectación contribuye al sufrimiento en los pacientes al final de la vida. Es por esto que estudiar la dignidad desde la perspectiva del paciente es necesario para poder así dar una atención integral.

Dentro de las limitaciones de este estudio destacan el muestreo no probabilístico, el tamaño de muestra reducido y la exclusión de pacientes en descontrol de síntomas y con deterioro neurológico.

Sin embargo podemos concluir que en nuestra población el 55.6% de los pacientes contaban con una afectación severa a la dignidad y el 72,2% fueron identificados como casos de depresión, con esta información y el análisis de la parte cualitativa podremos dar inicio a nuevos conocimientos desde la perspectiva del paciente y generar así un impacto positivo en la atención.

## 1.11 Bibliografía

1. Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1991 Dec;111(6):485–96.
2. Hernández Sampieri R, Baptista Lucio P, Fernández Collado C. Metodología de la investigación. México [etc.: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
3. Secretaria de Salud M. Sistema Nacional de Información en Salud. 2019 Dec 5; Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx>
4. Secretaria de Salud M. Dirección General de Epidemiología. 2019 Dec 2; Available from: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/boletin/intd\\_boletin.html](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/boletin/intd_boletin.html)
5. Allende Pérez S, Verástegui Avilés EL. El ABC de la medicina paliativa. México D.F.: Médica Panamericana; 2014.
6. Secretaria de Salud M. Boletín Epidemiológico. 2015.
7. Allende-López A, Fajardo-Gutiérrez A. Historia del registro de cáncer en México. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc.* 2011;49(Supl 1):S27-32.
8. Strasser-Weippl K, Chavarri-Guerra Y, Villarreal-Garza C, Bychkovsky BL, Debiassi M, Liedke PER, et al. Progress and remaining challenges for cancer control in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncol.* 2015 Oct;16(14):1405–38.
9. Allende-Pérez S, Verástegui-Avilés E, Mohar A, Arrieta Ó, Barrera-Franco JL, Castañeda-de la Lanza C. Incorporación de los cuidados paliativos al Plan Nacional de Cáncer: consenso. *Gac Mex Oncol.* 2013;12(4):213–22.
10. Organización Panamericana de la Salud. Guías para el manejo clínico. 2002.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados Paliativos. Notas Descr [Internet]. 2018 Feb 19; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
12. Senado de la República, LXIV Legislatura M. Dictamen de las comisiones unidas de puntos constitucionales. 2019 Apr 29; Available from: [https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-04-29-1/assets/documentos/Dictamen\\_Derecho\\_A\\_Salud\\_29abr19.pdf](https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-04-29-1/assets/documentos/Dictamen_Derecho_A_Salud_29abr19.pdf)
13. Martínez García M, Álvarez Díaz JA. Incorporación de los Cuidados Paliativos a la Legislación Mexicana de Salud. *Rev CONAMED.* 2016;21(4).
14. Ayllón JR. Desfile de modelos: análisis de la conducta ética. 2. ed. Madrid: Ed. Rialp; 1998. 215 p. (Colección Vértice).
15. Kemp P. La mundialización de la ética. México: Fontamara; 2007.
16. Kant I, Larroyo F. Fundamentacion de la metafisica de las costumbres. México: Porrúa; 2007.
17. Anderberg P, Lepp M, Berglund A-L, Segesten K. Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2007 Sep;59(6):635–43.
18. Torralba Fransesc. Antropología del cuidar. Institu Borja de Bioètica-Fundación Mapfre Medicina, 1998, 101-104. Madrid.: Instituto Borja de Bioética. Fundación Mapfre Medicina.; 286 p.

19. Chochinov HM. Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. *CA Cancer J Clin.* 2006 Mar 1;56(2):84–103.
20. Allende-Pérez S, Verástegui-Avilés E. La Medicina Paliativa y el paciente con cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología.* 2013;12(4):211-212. Spanish. *Gac Mex Oncol.* 2013;12(4):211–2.
21. Quill TE, Back AL, Block SD. Responding to Patients Requesting Physician-Assisted Death: Physician Involvement at the Very End of Life. *JAMA.* 2016 Jan 19;315(3):245.
22. Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels ER, Clarridge BR. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet Lond Engl.* 1996 Jun 29;347(9018):1805–10.
23. Sullivan AD, Hedberg K, Fleming DW. Legalized physician-assisted suicide in Oregon--the second year. *N Engl J Med.* 2000 Feb 24;342(8):598–604.
24. Kübler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos.* Barcelona: Grijalbo; 1994.
25. Taboada R P. EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD. *Acta Bioethica* [Internet]. 2000 Jun [cited 2020 Nov 27];6(1). Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2000000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
26. Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kraemer DF, Delorit MA, Lee MA. Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *N Engl J Med.* 2000 Feb 24;342(8):557–63.
27. Johnson PRS. An analysis of "dignity." *Theor Med Bioeth.* 1998;19(4):337–52.
28. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *The Lancet.* 2002 Dec;360(9350):2026–30.
29. Hales S, Zimmermann C, Rodin G. The quality of dying and death. *Arch Intern Med.* 2008 May 12;168(9):912–8.
30. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches.* Fourth edition. Los Angeles: SAGE; 2018. 459 p.
31. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* 1999 May;7(3):128–33.
32. Carvajal Valcárcel A, Martínez García M, Centeno Cortés C. Versión española del Edmonton Symptom Assessment Sytem (ESAS): un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado. *Med Paliativa.* 2013 Oct;20(4):143–9.

## CAPITULO II DESCRIPCIÓN DEL INSTITUTO, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS

---

### 1.-DESCRIPCIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

#### 1.1 Oncología

El Instituto Nacional de Cancerología (INCan) es uno de los 13 Institutos Nacionales de Salud de la Secretaría de Salud Federal de México. Es el principal centro oncológico del gobierno federal para la investigación, la capacitación y la atención especializada del cáncer para los pacientes sin seguro.

El INCan es un hospital público dependiente de la secretaria de Salud. Brinda atención oncológica especializada a pacientes de todo el país, principalmente aquellos que no cuentan con un plan de seguro de salud proporcionado por un empleador o privado.

También es el órgano rector del cáncer en México (<http://www.incan.salud.gob.mx/interna/nosotros/quienes-somos.html>.) El INCan coordina una red nacional de hospitales oncológicos.

El INCan está en la Ciudad de México, el complejo hospitalario está totalmente equipado con la tecnología más avanzada. El área quirúrgica cuenta con 6 amplios quirófanos, 6 camas para la unidad de cuidados intensivos.

El hospital dispone de 172 camas hospitalarias dedicadas al tratamiento de pacientes oncológicos (para pacientes de cirugía, oncología médica y hematología, área de trasplante de médula ósea. En 2020 se ha adaptado área especial para el ingreso de pacientes oncológicos con COVID-19.

El INCan tiene un papel importante en la educación sobre el cáncer en el país y América Latina. Nueve residencias médicas están disponibles Anualmente alrededor de 250 residentes están siendo capacitados en 9 programas de residencia (Oncología Médica, Oncología Quirúrgica, Oncología de Radio, Oncología Ginecológica, Infectología, medicina nuclear, medicina crítica, etc.) y 25 programas de Becas (cirugía H&N, Cirugía Paliativa asistencial, Medicina del Dolor, entre otros). Los programas de diplomados para médicos, enfermeras, dentistas psicólogos y otras actividades de educación médica continua también son una importante actividad educativa del INCan (<http://www.incan.salud.gob.mx/interna/docencia/direccion-docencia.html>).



## **1.2 Oncología y Cuidados Paliativos**

Ha habido un proceso creciente para lograr la integración del oncólogo con los cuidados paliativos. Un enfoque clave ha sido un papel activo con los residentes de oncología, este proceso de educación desde abajo dio como resultado un mayor número de derivaciones a cuidados paliativos. Una herramienta importante para lograr la integración ha sido la ficha de derivación a cuidados paliativos en pacientes hospitalizados. El formulario de derivación se ha convertido en una experiencia didáctica mayoritariamente para los residentes de oncología. Para mejorar la interacción con los departamentos de oncología, en julio de 2016, implementamos las clínicas de cuidados paliativos específicos de Tumor.

Los cinco médicos adjuntos a cargo de sus clínicas (tumores ginecológicos, tumores urogenitales/cáncer de mama, cáncer de pulmón, sarcomas/tumores gastrointestinales, neoplasias hematológicas/cáncer de cabeza y cuello, clínica geriátrica paliativa), tienen estrecho contacto y comunicación continua con los oncólogos (médica, quirúrgica, radiológica) responsable de los pacientes. Además, los becarios de cuidados paliativos y los residentes de oncología trabajan juntos.

## **1.3. Atención Del Paciente Oncología Y Cuidados Paliativos**

Todos los pacientes del hospital son evaluados por un oncólogo. Los objetivos de diagnóstico y tratamiento reflejan la experiencia combinada del oncólogo médico, quirúrgico o de radiación. El enfoque del equipo de cuidados paliativos está centrado en el paciente, todos los pacientes atendidos deben ser derivados por un oncólogo y siempre permanece como el médico a cargo del paciente.

El médico de cuidados paliativos (y el equipo) interactuaría como consultor. Sin embargo, a medida que la enfermedad avanza y la carga de los pacientes y la familia crece, el papel del equipo de cuidados paliativos aumentará para satisfacer las necesidades.

### **1.3.1 PACIENTES AMBULATORIOS.**

#### **1.3.1.1 CITAS PROGRAMADAS**

i. Consulta inicial. Las derivaciones deben ser documentadas por el oncólogo en la ficha electrónica, indicando los motivos de la derivación y el plan de tratamiento oncológico (continuará en tratamiento antineoplásico o no es posible continuar con el tratamiento)

ii. Seguimiento

#### **1.3.1.2 CITA NO PROGRAMADA**

i. Pacientes en seguimiento con síntomas no controlados

ii. Pacientes no vistos antes por el equipo de cuidados paliativos que de acuerdo con el oncólogo requieren cuidados paliativos inmediatos.

### **1.3.2. PACIENTES HOSPITALIZADOS**

**1.3.2. 1** Pacientes no vistos antes por el equipo de Cuidados paliativos, que según el oncólogo se beneficiarían de cuidados paliativos durante la hospitalización.

**1.3.2. 2** Pacientes en seguimiento por el equipo de Cuidados Paliativos ingresados en el hospital por el oncólogo

**1.3.2.3** Atención al final de la vida

### **1.3.3 CONSULTAS EN SALA DE URGENCIAS**

**1.3.3.1** Control de síntomas

**1.3.3.2** Atención al final de la vida

## **2.- RECURSOS HUMANOS CUIDADOS PALIATIVOS**

### **2.1 MÉDICOS**

2. 1.1 DRA. SILVIA ALLENDE

Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos.

Anestesióloga certificada

Especialista en Medicina del Dolor.

Fellow de hospicio y cuidados paliativos en Marie Curie Hospice Holme and Tower

Profesor de Cuidados Paliativos

Autora de libros, capítulos y publicaciones relacionadas con los cuidados paliativos

Experiencia en cuidados paliativos 20 años

2.1. 2 DRA. EMMA VERASTEGUI

Médico tratante principal

Inmunóloga clínica certificada

Doctorado en inmunología

Ms Bioscience, Biomedicine and Society (Universidad de Londres)

Diplomado en Cuidados Paliativos

Profesor de Ética Médica

Autor de libros, capítulos y publicaciones relacionadas con los cuidados paliativos

Experiencia en cuidados paliativos 10 años

#### 2.1.3 DRA. GEORGINA DOMINGUEZ

Médico tratante

Anestesióloga certificada

Especialista en Medicina del Dolor. y especialista en manejo del dolor intervencionista

Diplomado en Cuidados Paliativos

Profesor de Cuidados Paliativos

Autor de libros, capítulos y publicaciones relacionadas con los cuidados paliativos

Experiencia en cuidados paliativos 10 años

#### 2.1.4 DRA. EDITH MONREAL

Médico tratante

Anestesiólogo certificado por la junta

Especialista en Medicina del Dolor.

Diplomado en Cuidados Paliativos

Autor de libros, capítulos y publicaciones relacionadas con los cuidados paliativos

Experiencia en cuidados paliativos 6 años

#### 2.1.5 DR. OSCAR RODRÍGUEZ-MAYORAL

Médico tratante

Psiquiatra certificado

Diplomado en Cuidados Paliativos

Autor de libros, capítulos y publicaciones relacionadas con los cuidados paliativos

Experiencia en cuidados paliativos 5 años

#### 2.1.6 DR. JOSAFAT N SANCHEZ DAVILA MD.

Médico tratante

Médico Internista certificado

Médico Geriatra certificado por Junta en Geriatría

Fellowship en Cuidados Paliativos

Autor de libros, capítulos y publicaciones relacionadas con los cuidados paliativos

Experiencia en cuidados paliativos 3 años

#### 2.1.7 DR. ROBERTO VARGAS

Médico tratante

Anestesiólogo certificado

Especialista en Medicina del Dolor

Experiencia en cuidados paliativos 3 años

## **2.2 ENFERMERIA**

### 2.2.1 ENFERMERA PATRICIA TELLEZ

Enfermera de Cuidados Paliativos

Diplomado en Cuidados Paliativos

Experiencia en cuidados paliativos 15 años

### 2.2.2 ENFERMERA MARISOL VENEGAS

Enfermera de Cuidados Paliativos

Enfermera Especialista en Oncología

Diplomado en Cuidados Paliativos

Experiencia en cuidados paliativos 5 años

### 2.2.3 ENFERMERA GEORGINA FLORES DOMINGUEZ

Enfermera de Cuidados Paliativos

Enfermera Especialista en Oncología

Diplomado en Cuidados Paliativos

Experiencia en cuidados paliativos 2 años

### 2.2.4 ENFERMERA VICTORINA TAVERA GARCIA

Enfermera de Cuidados Paliativos

Enfermera Especialista en Oncología

Diplomado en Cuidados Paliativos

Experiencia en cuidados paliativos 1 año

## **2.3. NUTRICIÓN**

### **2.3.1 THALIA COPCA**

Licenciada en Nutrición

Maestría en Ciencias de la Salud

Diplomado en Cuidados Paliativos

Experiencia en cuidados paliativos 3 años

## **2.4. PSICOLOGÍA**

### **2.4.1 PSICÓLOGA LETICIA ASCENCIO HUERTA**

Licenciatura Psicología, Psicología Experimental Especialista en Psicología de la Salud, Doctora en Ciencias Sociales y Administrativas, Diplomada en Cuidados Paliativos Experiencia en Cuidados Paliativos 10 años

### **2.4.2 PSICÓLOGA CINTHYA ARZATE MIRELES**

Licenciatura Psicología, Diplomado en Psicooncología Diplomado en Cuidados Paliativos Experiencia en Cuidados Paliativos 10 años

### **2.4.3 PSICÓLOGA SELENE GUZMAN**

Licenciatura Psicología

Diplomado en Cuidados Paliativos

Experiencia en cuidados paliativos 9 años

### **2.4. 4 PSICÓLOGO JUAN MANUEL JIMÉNEZ**

Licenciatura Psicología

Diplomado en Cuidados Paliativos

Experiencia en cuidados paliativos 5 años

### **1.4.4.5 PSICÓLOGO CESAR ESPAÑA**

Licenciatura Psicología,

Diplomado en Cuidados Paliativos

Experiencia en cuidados paliativos 5 años

## **2.5 TRABAJO SOCIAL**

2.5.1 Sra. Magdalena Camacho

Licenciatura Trabajo Social, Facultad de Trabajo Social Diplomado en Cuidados Paliativos Experiencia en Cuidados Paliativos 10 años

## **CAPITULO IV ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL**

---

### **1.- Capacitación**

- 1.1 Curso metodología de la investigación. En línea. 07- Marzo-2022. Duración de 5 horas.
- 1.2 Clases diarias Cuidados Paliativos. INCAN. Febrero 2022-Enero 2023. Duración 1 hora diaria (Lunes a Viernes)
- 1.3 Curso Opioides y Cáncer. INCAN. 2 Agosto-2022. Duración 4 horas.
- 1.4 Webinar Palliative Care and Neurology – Models of Collaboration. EAPC-Webinar. 13-Diciembre-2022. 1 hora y media.
- 1.5 Taller educativo para médicos de primer contacto Cuidados Paliativos al final de la vida en Oncología. EPEC – O. INCAN-Virtual. 18-Febrero 2022. Duración 5 horas.
- 1.6 ABC of Palliative Medicine & Caregivers, Patients, Relatives-IAOM. Mérida. 01-Diciembre-2022. Duración 8 horas.

### **2.- Investigación**

Para este protocolo se llevo a cabo el reclutamiento de 18 pacientes. Se realizaron 18 entrevistas a profundidad para el análisis cualitativo así como la aplicación de 2 instrumentos para el análisis cuantitativo el primero fue el Inventario de Dignidad del Paciente version mexicana, que es un instrumento para identificar de una forma viable y fiable la angustia relacionada con la dignidad, que con demasiada frecuencia contribuye al sufrimiento en los pacientes al final de la vida, esta version consta de el estudio de 4 factores que incluyen 25 ítems y el segundo fue la Escala breve de depresión de Edimburgo (BEDS) que consta de seis ítems, cada uno calificado en una escala de 4 puntos, que de acuerdo a la versión mexicana un puntaje mayor a 6 tiene un 64,3% de sensibilidad y 87,5% de especificidad.

## CAPITULO V CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL

---

### 1.1 En relación con su formación como persona

La idea de realizar mi servicio social en Cuidados Paliativos inició desde una experiencia personal en 2019, partiendo desde el desconocimiento total de lo que significaban y el impacto que tenían los cuidados paliativos en los pacientes y sus familiares, pude ver la futilidad y ensañamiento terapéutico que muchas veces ocurre como un intento de los médicos de dar alternativas dentro de sus posibilidades, en donde en muchas instituciones de salud no existe el conocimiento y la visión de los Cuidados Paliativos o en caso de que si haya el conocimiento, no hay los recursos económicos y humanos para poder practicarlos, lo que no permite que esté al alcance de todos. Una de las contradicciones más grandes es que en el Artículo 4to Constitucional se establece que toda persona tiene derecho al acceso a los servicios de salud incluyendo cuidados paliativos multidisciplinarios, pero sabemos que la realidad en nuestro país y sobre todo en estados y comunidades marginadas es muy lejana. Por eso sabía que para poder ayudar y generar un cambio tenía que empaparme del mayor conocimiento y que mejor que hacerlo a lado de una líder e impulsora de los Cuidados Paliativos en México y el mundo.

Desde la perspectiva profesional fue mucho lo aprendido, pero el mayor conocimiento lo llevo a nivel personal. Este año aprendí a no dar nada por sentado, a hacer conscientes y disfrutar las pequeñas alegrías de la vida como es tomarme un café, una pequeña caminata, el poder comer lo que quiero, poder expresarme, poder moverme libremente. Aprendí la importancia del autocuidado y del hacer de nosotros mismos nuestra prioridad, aprendí el poder de la actitud y la resiliencia ante cualquier situación, aprendí la importancia de tener una buena red de apoyo y además de ser la red de apoyo de alguien más. Aprendí que la vida muchas veces no es justa y nos lleva por caminos inciertos. Aprendí lo que significa estar presentes, aprendí lo frágil que es la salud y la vida. Aprendí a vivir en el presente. Aprendí que tener miedo es normal, pero que no debemos dejar que este miedo nos paralice. Aprendí que hay muchas cosas que, aunque no nos guste se salen de nuestro control. Aprendí a no tomarme las cosas personales. Y muchas otras cosas.

En fin, este año me permitió conocer a grandes amigos, grandes maestros, grandes personas y me voy sabiendo que tengo muchas herramientas y recursos para poner en práctica.

## 1.2 En relación con su formación profesional

Durante mi formación como médico aprendí que la curación de los pacientes siempre era la meta, que la muerte de estos era el fracaso del médico y que salvaguardar la vida ante todo era nuestra prioridad. La tecnología y los conocimientos han avanzado tanto que el evitar la muerte de los pacientes muchas veces es posible. Aminas, ventiladores, alimentaciones por sondas entre muchas otras cosas, es un sinfín de recursos que cuando son utilizados sin ensañamiento terapéutico son una maravilla, pero el otro lado de la moneda representa aquellas medidas fútiles que, muchas veces prolongan innecesariamente el sufrimiento de los pacientes y sus familiares, sin un impacto en la mejoría de su calidad de vida y con repercusiones catastróficas para la economía de estos.

Este año sin duda fue uno de los más retadores y contradictorios en mi formación como profesional. Experimenté una cara totalmente diferente de lo que algún día aprendí, entendí que la muerte no es el enemigo y que es parte de un proceso normal, que la meta de la curación muchas veces no es posible pero que siempre hay algo que hacer por el paciente, podemos mitigar el sufrimiento y aliviar los síntomas para mejorar la calidad de vida, podemos ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte y que; aunque el paciente siempre es prioridad, también la familia debe ser considerada y tomada en cuenta, que la atención es desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo de la familia.

Recordé la importancia del por qué los médicos debemos actuar desde la empatía, comprensión, la tolerancia, y el apoyo a los pacientes y sus familiares ya que esto es lo que verdaderamente impacta en ellos de manera positiva. Así como trabajar en equipo y con un enfoque multidisciplinario para ofrecer un servicio holístico y promover la comunicación entre una amplia gama de colegas profesionales.

Los médicos muchas veces erróneamente nos avocamos solo a la ciencia, a lo objetivo y medible, sin tomar en cuenta el potencial de la espiritualidad para contribuir a mejorar la calidad de vida de quienes experimentan enfermedades potencialmente mortales.

El incremento de las enfermedades crónicas e incurables genera a su vez una amplia necesidad de Cuidados Paliativos. Esto nos obliga a impulsar las políticas actuales en pro de los Cuidados Paliativos, así como replantear el modelo académico de las escuelas que forman personal de salud, Medicina, Enfermería y psicología para que desde un inicio conozcan los Cuidados Paliativos y sean formados bajo principios Bioéticos y desde una perspectiva Humanista.

Sin duda alguna fue un año muy satisfactorio, me llevo demasiados aprendizajes y muchas herramientas para el ejercicio de mi carrera profesional.



### **1.3 En relación con su aportación a la comunidad**

El INCAN al ser un hospital de tercer nivel tiene un gran volumen de pacientes de todos los estados de la república mexicana, cada uno con características sociales y culturales muy diferentes. Como institución aporta 200 mil consultas anuales, de las cuales cinco mil 500 corresponden a nuevos diagnósticos. Del total de atenciones, más de 90 por ciento son tumores de mama, cervicouterino, pulmón, próstata, colon y recto, linfoma no Hodgkin, ovario, del cuerpo del útero, testículo y estómago. Además, se caracteriza por la investigación, el desarrollo y generación de conocimiento en el ámbito clínico, experimental y poblacional que permita la prevención, detección temprana, diagnóstico, y óptimo tratamiento a los miles de pacientes que acuden cotidianamente a esta y a otras instituciones del sector salud.

Al realizar el servicio social en el área de investigación considero que el impacto que se tiene a la comunidad sucede de manera indirecta. El trato directo con los pacientes en mi experiencia fue corto, durante el reclutamiento de nuestra población de estudio, sin embargo, a pesar de ser poco el tiempo fue muy enriquecedor esto favorecido por la entrevista a profundidad que realicé y espero de manera breve haber aportado algo significativo a estos pacientes.

El verdadero impacto hacia la comunidad vendrá una vez publicados los resultados, con la difusión del trabajo, y con la creación e implementación de nuevas estrategias para la atención integral y holística de los pacientes.

Como lo he mencionado en diversas ocasiones a lo largo de este trabajo el término de dignidad es muy utilizado, y su definición varía de acuerdo con el contexto. Muchas son las corrientes estudiadas, pero poco ha sido explorada la perspectiva del paciente respecto a esta dignidad. ¿Qué entiende?, ¿Qué siente?, ¿Qué es importante para él? Es por esto por lo que los profesionales de la salud intentamos desde nuestra experiencia y perspectiva mantener la dignidad de los pacientes, pero muchas veces no nos tomamos el tiempo de analizar qué es lo que realmente impacta en ellos.

Confío en que las aportaciones que de este proyecto sean un iniciador de cuestionamientos y dudas y que estas propicien la creación de más proyectos enfocadas en la percepción de la dignidad.

## 1.4 En relación con su institución educativa

Al intentar escribir estas conclusiones sobre la UAM Xochimilco no puedo evitar tener sentimientos encontrados, por una parte, una inmensa nostalgia ya que el término del servicio social pone fin a una etapa de formación de 6 años, a un largo caminar, lleno de retos y aprendizajes, de momentos difíciles y metas cumplidas. Y por otro lado un sentimiento de felicidad de ver que después de una huelga, un terremoto y una pandemia se logró la consolidación de un gran sueño, el ser médico y continuar con la siguiente etapa que es la realización de la especialidad.

Mi experiencia en el servicio social fue muy satisfactoria, creo firmemente que la investigación y la generación de nuevos conocimientos es la base para la evolución, considero que la UAM en su programa académico tiene las bases y la visión de generar profesionistas interesados en la investigación científica sin embargo como institución es necesario que impulsen a sus estudiantes a participar en congresos con carteles o en programas de Servicio Social como la modalidad de vinculación y el programa nacional de servicio social en investigación en salud, ya que desde mi punto de vista no se da mucho la difusión de estas alternativas para realizar el servicio y sin duda son un parteaguas en nuestra formación y un gran impulso en nuestros resúmenes curriculares que nos abren las puertas y nos capacitan para poder participar competitivamente con alumnos de otras instituciones en plazas muy solicitadas y así poner el nombre de nuestra institución en alto.

A su vez considero que es importante facilitar a los alumnos la documentación que es solicitada en estos procesos ya que en ocasiones de esto depende el cumplir con las fechas establecidas en las convocatorias y poder realizar el servicio social en una plaza de investigación.

Por último, agradezco a la Universidad Autónoma Metropolitana, mi casa, por darme la oportunidad de lograrlo, por formarme y motivarme a ser una profesionista con grandes conocimientos, pero también con un gran lado humano. A algunos de mis profesores por compartir su conocimiento y por inspirarme a ser siempre una mejor versión. A mis compañeros y amigos por las noches de estudio compartidas, los fracasos y logros realizados y su apoyo incondicional.



UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

“ESTUDIO SOBRE LA DIGNIDAD PERCIBIDA Y CALIDAD DE MUERTE; UN  
ACERCAMIENTO A LA MUERTE DIGNA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN  
CUIDADOS PALIATIVOS”

M.P.S.S MICHELLE TORREBLANCA OLASCOAGA  
MATRÍCULA:2163027907

ASESORA  
DRA. AÍDA HAMDAN PARTIDA  
PROFESORA-INVESTIGADORA

Enero 2023.