

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y
ANSIOSOS EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS; UBICADOS EN LA UNIDAD DE CANCEROLOGIA DE LA
E. S. E. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO
DE NEIVA**

GERMAN DARIO VALLEJO BRAVO

VANESSA RONCANCIO OCAMPO

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA
2006**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y
ANSIOSOS EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS; UBICADOS EN LA UNIDAD DE CANCEROLOGIA DE LA
E. S. E. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO
DE NEIVA**

GERMAN DARIO VALLEJO BRAVO

VANESSA RONCANCIO OCAMPO

**Trabajo De Grado Presentado Como Requisito Para Optar Por El Titulo De
Psicólogos**

**Director de Tesis:
Ps. FABIO SALAZAR P.**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA
2006**

NOTA DE ACEPTACION

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Ciudad y Fecha _____

DEDICATORIA

A mí papá, del que siempre tengo algo nuevo por aprender, el que me ha enseñado el valor del trabajo, de la dedicación, de la entrega y del compromiso; del que aprendí que las oportunidades se aprovechan, pero de la mejor manera, por el que pude tener la bendición de entender que el estudio no es una opción sino una bendición, a mí papá que siempre me alentó a seguir a pesar de todo, a ese gran hombre, gran esposo y maravilloso padre. GRACIAS.

A mí mamá, por su amor incondicional, por toda esa ayuda, por las levantadas temprano, por ser ejemplo de entrega total y de tenacidad, por ser esa gran madre que todas ansían y porque pude tenerla en todos esos momentos de necesidad, por aguantarme y por quererme,

GRACIAS a la mejor mujer, mejor esposa e incomparable. Mil gracias.

A mí hermano por su inteligencia, por su nobleza, por su grandeza, por toda la ayuda, aunque a veces no la merecía, por aguantarme a pesar de todo. Por que siempre fue un ejemplo para mí...

GRACIAS a uno de los mejores hombres y el mejor hermano.

A mí flaco, el mejor regalo de amor que me pudo dar la vida, por hacer menos duros los días de impaciencia, por su incomparable ayuda, por su gran corazón, porque me ha enseñado que la vida es menos dura de lo que parece, por ser la personita más incondicional y hermosa del mundo. Por que simplemente es. MIL Y MIL GRACIAS.

VANESSA RONCANCIO OCAMPO

A mis padres, porque sin su confianza, apoyo y ejemplo, hubiese sido difícil terminar este proceso académico.

A mi familia que aunque lejos de mí, siempre estuvieron presentes con su voz y su apoyo incondicional.

A todos los que confiaron y apoyaron este proceso investigativo.

A mi tía marina que me acompañó evadiéndose por momentos del cielo.

GERMAN DARIO VALLEJO BRAVO

AGRADECIMIENTOS

A los cuidadores, porque sin su colaboración todo habría sido en vano.

A nuestro querido maestro y amigo FABIO SALAZAR PIÑEROS, por su paciencia y pertinente orientación.

Al personal administrativo y asistencial de LA UNIDAD DE CANCEROLOGÍA de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, por brindar sus instalaciones y facilitar la información necesaria para la realización de esta investigación.

A la enfermera ALIX JANETH PERDOMO, Coordinadora de Servicios de la Unidad de Cancerología.

A nuestro amigo TITO VLADIMIR POLANIA, Auditor en Salud de la Unidad de Cancerología, por todo ese valioso tiempo, por sus valiosos aportes, por sus consejos y su guía, por brindarnos ese espacio que fue tan vital para nosotros, ¡MUCHAS GRACIAS!

TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
1. PRESENTACIÓN	16
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
3. OBJETIVOS	25
3.1. OBJETIVO GENERAL:	25
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	25
4. ANTECEDENTES	26
5. JUSTIFICACIÓN	33
6. MARCO TEÓRICO	36
6.1. CÁNCER	37
6.2. SITUACIÓN DE LA ENFERMEDAD TERMINAL.	39
6.3. CUIDADOR	40
6.3.1. <i>ENFERMOS QUE AMERITAN ATENCIÓN DEL CUIDADOR:</i>	41
6.3.2. <i>ESTADOS DEL CUIDADOR</i>	42
6.3.3. <i>PROBLEMAS ESPECIALES DE LOS CUIDADORES</i>	43
6.3.3.1. Los cuidadores y el paciente oncológico	43
6.3.3.2 Cuidar a un paciente oncológico puede ser demasiado agobiante	43
6.3.3.3 La falta de sueño contribuye a la presencia de algunas alteraciones	44
6.3.3.4. Las alteraciones pueden persistir aún después de ingresar al paciente en un centro especializado	44
6.3.3.5. Burn-out o síndrome del cuidador quemado	45
6.4. ESTADO EMOCIONAL	46
6.4.1. <i>EMOCIÓN</i>	46
6.4.2. <i>LAS EMOCIONES BÁSICAS</i>	48
6.4.3. <i>EXPERIENCIAS EMOCIONALES BÁSICAS</i>	49
6.5. TEORIAS COGNITIVAS DE LA EMOCIÓN	50
6.5.1. <i>TEORIAS DE ATRIBUCIÓN</i>	50
6.5.2. <i>TEORIAS DE APRECIACIÓN</i>	51
6.5.3. <i>ASPECTOS FISIOLÓGICOS DE LAS EMOCIONES</i>	52
6.5.4. <i>ASPECTOS SOCIALES DE LAS EMOCIONES</i>	53
6.5.5. <i>ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS EMOCIONES</i>	54
6.5.6. <i>REACCIONES DE EMOCIONES NEGATIVAS</i>	57
6.6. ANSIEDAD	58
6.6.1. <i>TEORÍAS SOBRE ANSIEDAD</i>	59
6.6.2. <i>ANSIEDAD DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO</i>	61
6.6.3. <i>DIMENSIONES DE LA ANSIEDAD</i>	62

6.6.3.1. SUBJETIVO-COGNITIVA	62
6.6.3.2. FISIOLÓGICO-SOMÁTICA	62
6.6.3.3. MOTOR-CONDUCTUAL	63
6.6.4. <i>FUNCIÓN ADAPTATIVA DE LA ANSIEDAD</i>	63
6.6.5. <i>ANSIEDAD EN EL CUIDADO</i>	64
6.7. DEPRESIÓN	64
6.7.1. <i>CARACTERÍSTICAS O SIGNOS DE LA DEPRESIÓN (DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO)</i>	66
6.7.2. <i>CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESION SEGÚN EL NIVEL DEPRESIVO</i>	69
6.7.3. <i>ENFOQUE COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN</i>	70
6.7.4. <i>SINTOMATOLOGIA DE LA DEPRESIÓN</i>	71
6.7.4.1. SÍNTOMAS COGNITIVOS	71
6.7.4.2. SÍNTOMAS CONDUCTUALES	72
6.7.4.3. SÍNTOMAS SOMÁTICOS	72
6.7.4.4. SÍNTOMAS AFECTIVOS	73
7. ASPECTOS ÉTICOS	75
8. DISEÑO METODOLÓGICO	77
8.1. ENFOQUE	77
8.2. TIPO DE DISEÑO	77
8.3. POBLACIÓN, UNIVERSO Y MUESTRA	78
8.3.1. <i>UNIVERSO</i>	78
8.3.2. <i>POBLACIÓN</i>	79
8.3.3. <i>MUESTRA</i>	79
8.3.4. <i>TIPO DE MUESTREO</i>	79
8.3.5. <i>ELECCION DE LA MUESTRA</i>	80
8.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	81
8.4.1. <i>ENCUESTA PERSONAL PARA RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</i>	81
8.4.2. <i>INSTRUMENTOS</i>	82
8.4.2.1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO (ANEXO 2)	82
8.4.2.2. ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESIÓN DE ZUNG (ANEXO 3)	84
8.4.2.3. ESCALA HETEROAPLICADA DE ANSIEDAD DE ZUNG. (ANEXO 4)	88
9. PROCEDIMIENTO	91
10. RESULTADOS	92
11. DISCUSIÓN	125
12. CONCLUSIONES	133
13. RECOMENDACIONES	136

LISTA DE FIGURAS

	PAG.
Figura N° 1 Distribución porcentual de cuidadores según genero	92
Figura N° 2 Distribución porcentual de cuidadores según sector.	93
Figura N° 3 Distribución porcentual de cuidadores según escolaridad	93
Figura N° 4 Distribución porcentual de cuidadores según estado civil	94
Figura N° 5. Distribución porcentual de cuidadores según estrato socioeconómica ³⁵	94
FIGURA N° 6 Distribución porcentual de cuidadores según oficio actual	95
FIGURA N° 7 Distribución porcentual de cuidadores según parentesco con el paciente.	96
Figura N° 8 Distribución porcentual de cuidadores según edad	96
Figura N° 9 Distribución porcentual de cuidadores según horas de cuidado diario.	97
Figura N° 10 Distribución porcentual de cuidadores según tiempo de cuidado en meses.	98

Figura N° 11 Distribución porcentual de cuidadores según atención antes o después del diagnóstico.	99
Figura N° 12. Distribución porcentual de cuidadores según percepción de la vida cotidiana	100
Figura N° 13 Distribución porcentual de cuidadores según percepción de la salud.	101
Figura N° 14 Distribución porcentual de síntomas de ansiedad y depresión en cuidadores.	103
Figura N° 15 Distribución porcentual de los síntomas ansiosos y depresivos según género.	104
Figura N° 16 Distribución porcentual de los síntomas ansiosos y depresivos según sector.	106
Figura N° 17 Distribución porcentual de los síntomas ansiosos según estado civil.	109
Figura N° 18 Distribución porcentual de los síntomas depresivos y depresivos según estado civil.	110
Figura N° 19 Distribución porcentual de los síntomas ansiosos según oficio actual.	113
Figura N° 20 Distribución porcentual de los síntomas ansiosos según parentesco.	115

Figura N° 21 Distribución porcentual de los síntomas depresivos según parentesco. **116**

Figura N° 22 Distribución porcentual de los síntomas ansiosos de acuerdo a la edad. **118**

Figura N° 23 Distribución porcentual de los síntomas depresivos según edad. **119**

Figura N° 24 Distribución porcentual de los síntomas ansiosos y depresivos según cuidado antes y después del diagnóstico. **122**

LISTA DE TABLAS

	PAG.
Tabla 1 Cuadro Comparativo Entre Ansiedad Y Miedo Según Teoría Cognitiva De Beck.	61
Tabla 2 Análisis de datos por promedios en género.	105
Tabla 3 Análisis de datos por promedios en sector.	107
Tabla 4 Análisis de datos por promedios en escolaridad	108
Tabla 5 Análisis de datos por promedios en estado civil.	110
Tabla 6 Análisis de datos por promedios en estrato socioeconómico.	111
Tabla 7 Diferencia significativa entre Depresión total del estrato uno y estrato tres, mayor y menor promedio respectivamente.	112
Tabla 8 Diferencia significativa del nivel de ansiedad en el estrato socioeconómico.	112
Tabla 9 Análisis de datos por promedios en oficio actual.	114
Tabla 10 Análisis de datos por promedios en parentesco con el paciente.	117

Tabla 11	Análisis de datos en horas de cuidado diario de acuerdo a la correlación de Pearson >0.25	120
Tabla 12	Análisis de datos por promedios en horas de cuidado diario.	120
Tabla 13	Análisis de datos por promedios en tiempo de cuidado en meses.	121
Tabla 14	Análisis de datos por promedios en tiempo de cuidado en meses de acuerdo a la correlación de Pearson significativa >0.25	122
Tabla 15	Análisis de datos por promedios antes – después del diagnóstico.	123

LISTA DE ANEXOS

	PAG.
ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO	142
ANEXO B SITUACION SOCIODEMOGRAFICA DE LOS CUIDADORES	143
ANEXO C ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESION DE ZUNG	145
ANEXO D ESCALA HETEROAPLICADA DE ANSIEDAD DE ZUNG	146

RESUMEN

La tarea de cuidado del paciente con cáncer es una actividad que involucra de forma determinante a todos los miembros de la familia, pero especialmente a un cuidador designado, quien le dedica mayor tiempo y tiene sobre sí la mayor carga de responsabilidad.

Por tanto el objetivo principal de esta investigación, fue identificar las características sociodemográficas y del estado emocional del cuidador familiar, asociados al cuidado de pacientes que padecen de cáncer y ameritan un cuidado especial; que asisten a la unidad de cancerología de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva – Huila.

El estudio se realizó con una muestra compuesta por 70 cuidadores, obtenida a partir de la revisión de historias clínicas realizada en la Unidad de Cancerología. Para obtener los resultados se utilizaron tres instrumentos: un cuestionario sociodemográfico, la Escala Heteroaplicada de Ansiedad de Zung y la Escala autoaplicada de Depresión de Zung.

Los resultados obtenidos demuestran una frecuencia importante de aparición de los síntomas Depresivos y Ansiosos en los cuidadores familiares de pacientes oncológicos de la unidad de cancerología de Neiva.

ABSTRACT

The task of care of the patient with cancer is an activity that involves from a decisive way to all the members of the family, but especially to a designated caretaker who dedicates him bigger time and he/she has on yes the biggest load of responsibility.

Therefore the main objective of this investigation, was to identify the characteristic sociodemographics and of the family caretaker's emotional state, associates under the care of patients that suffer of cancer and meriting a special care; that attend a la unit of cancerology of the E.S.E. University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo of Neiva-Huila.

The study was carried out with a sample composed by 70 caretakers, obtained starting from the revision of clinical histories carried out in the Unit of Cancerology. To obtain the results three instruments they were used: to questionnaire sociodemographics, the Scale of Anxiety of Zung and the applied Scale to itself of Depression of Zung.

The obtained results demonstrate an important frequency of appearance of the Depressive and Anxious symptoms in the family caretakers of patient oncological of the unit of cancerology of Neiva.

1. PRESENTACIÓN

La investigación fue desarrollada a través del enfoque metodológico cuantitativo con un diseño descriptivo, no experimental, y transversal. Se describió las características sociodemográficas y los síntomas depresivos y ansiosos de los cuidadores familiares de enfermos oncológicos en tratamiento; atendidos en la Unidad de Cancerología de la E. S. E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, además de correlacionar las dos variables principales.

Las investigaciones sobre alteraciones del estado emocional que afectan al cuidador del paciente, se han convertido en uno de los objetivos más importantes de muchos estudios durante los pasados años (Kurtz *et al.* 1994, Nijboer 1998, Raveis 1998). Se ha reconocido una mayor prevalencia de la sintomatología psiquiátrica en este grupo. También se ha evaluado la importancia que tiene la familia a la hora de proporcionar apoyo emocional y social, lo que afecta a la adaptación del paciente a la enfermedad, su desarrollo y también a la posibilidad de recibir tratamiento en un contexto afín (Kurtz *et al.* 1994, Raveis 1998).¹

La tarea de cuidado del paciente con cáncer es una actividad que involucra de forma determinante a todos los miembros de la familia, pero especialmente a un cuidador designado, quien le dedica mayor tiempo y tiene sobre sí la mayor carga de responsabilidad. Por tanto se realizó un estudio cuyo objetivo principal fue

¹ Citado por; B. Rodríguez Vega, MD, Psiquiatra, otros, en SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y EN SUS CUIDADORES. Departamento de Psiquiatría, Hospital La Paz, Universidad Autónoma de Madrid,, ESPAÑA, 2002.

Identificar las características sociodemográficas y del estado emocional del cuidador familiar, asociados al cuidado de pacientes que padecen de cáncer y ameritan un cuidado especial; que asisten a la unidad de cancerología de la E. S. E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva – Huila

La muestra con la que se trabajo estuvo constituida por 70 cuidadores familiares de enfermos oncológicos en tratamiento en la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario de Neiva, teniendo en cuenta algunos criterios de inclusión.

Para cumplir con los objetivos propuestos en esta investigación, se aplicó un cuestionario sociodemográfico, realizado por los autores de la investigación, previamente validado por tres jueces expertos, además de los cuestionarios de Ansiedad y Depresión de Zung, validados en Colombia para utilizarlos en investigación.

El uso de instrumentos de detección para reconocer síntomas de ansiedad y depresión, en los cuidadores, facilitó la identificación de los grupos de riesgo. Con la detección de este tipo de síntomas se realiza un paso previo al diseño de intervenciones terapéuticas específicas, objetivos de próximos estudios.

Los resultados obtenidos en la investigación muestran una presencia significativa tanto de síntomas depresivos como de ansiosos en los cuidadores familiares de pacientes oncológicos tratados médicamente en la unidad de cancerología del Hospital Universitario de Neiva. El 58% de ellos presenta síntomas ansiosos, el 64% de los cuidadores presenta síntomas depresivos en un nivel bajo y el 31% en un nivel de moderado.

En este estudio se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas como sector, género, escolaridad, estado civil, estrato socioeconómico, oficio actual,

parentesco, edad del cuidador, horas de cuidado diario, tiempo de cuidado en meses y cuidado antes o después del diagnóstico. Los resultados confirman la relación entre la frecuencia de aparición de síntomas ansiosos y depresivos y características sociodemográficas como género, estrato económico y oficio actual.

Debido a la novedad de este estudio se abren las puertas para nuevas investigaciones sobre cuidadores, por lo mismo, se hace evidente su relevancia y permitirá apoyar teóricamente a investigaciones venideras.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer ha sido y continúa siendo objeto de múltiples investigaciones por parte de la comunidad científica, forjando un trabajo interdisciplinario entre disciplinas que van desde la Biología y la Farmacología hasta la Psicología, con el objeto de que sus aportes contribuyan en la solución de las diversas complicaciones que esta enfermedad ocasiona.

El cáncer no sólo afecta a los enfermos que lo padecen si no también repercute, de alguna forma, en sus familiares y seres queridos². Barreto y cols.³, afirma que el sufrimiento de cáncer por parte de algún miembro de la familia supone una fuente de estrés importante que implica alteraciones emocionales y funcionales. En general, el cuidador experimenta un aumento de la sintomatología depresiva, ansiosa y psicósomática, una restricción de roles y actividades, un incremento de la tensión en la relación de pareja y una disminución de la salud física⁴. Así, el cáncer es una situación compartida entre pacientes y familia.

En Neiva, como en la mayor parte del territorio nacional existe una importante población que padece de cáncer, convirtiéndose en un problema de salud pública con fuertes repercusiones sociales, culturales, políticas y económicas.

² WEITZNER MA., Jacobsen PB, Wagner, H, Friedland, J, Cox, C. The caregiver quality of life index-cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Qual Life Res*, 1999; 8, 55-63.

³ BARRETO P, Molero M, Pérez MA. Evaluación e intervención psicológicas en familias de enfermos oncológicos. En F.Gil, editor. *Psicooncología*. Barcelona: Nova Sidonia; 2000, p. 137-71.

⁴ WEITZNER MA., op cit

Estos procesos cancerosos constituyen estados perturbadores de la salud que provocan reacciones a nivel físico pero también psicológico y social a quien lo padece y a su entorno familiar.⁵

Si se define salud como una ausencia de enfermedad en términos de bienestar físico, psicológico y social, es fácil entender como el cáncer puede verse como un alterador dramático de todos esos ejes. En el caso del bienestar físico es claro afirmar que manifestaciones dramáticas de la enfermedad como el dolor es un modificador de este bienestar, constituye un motivo de sufrimiento para miles de personas alrededor del mundo; el cual entre muchas de las alteraciones produce *dependencia* del paciente para realizar las actividades cotidianas, sobre todo en su fase paliativa cuando padecen este síntoma en un nivel crónico. Aunque la enfermedad en el paciente con cáncer puede disminuirse a través de fármacos y terapias, es necesario el acompañamiento permanente de una persona, debido a la alteración física y emocional en el paciente que lo sufre. La percepción singular que el familiar le da a la enfermedad no solo se resume en la observación del estado físico del paciente a quien cuida, sino que también esta basada en las interpretaciones que cada persona le da a la enfermedad de acuerdo a sus representaciones sociales, ambiente cultural y creencias personales, estas hacen que el familiar afronte su situación de una manera particular; siendo este afrontamiento de la enfermedad asertivo o no; derivando en alteraciones emocionales que pueden desestabilizar su funcionalidad.

El cuidador familiar de un paciente oncológico surge por la necesidad de este de dar a su familiar apoyo y atención, que fomente la homeostasis perdida debido a este tipo de alteraciones. El cuidador es necesario y vital en la vida del paciente ya que suministra un cuidado interpersonal, forjador de relaciones diádicas y confiables, contrario en cierta medida al tratamiento médico que en sí, es un

⁵ L. ANTÓN APARICIO, M. MOSQUERA PENA. Impacto Del Cáncer En La Dualidad Individuo Familia: Fenómeno Del Big Bang Pág. 231

proceso técnico y “seco”. Por tanto es pertinente la presencia de un cuidador para la atención adecuada del paciente, la participación activa del cuidador en la enfermedad del familiar hacen que este propenda por una adaptación a las nuevas condiciones que determinarán el ajuste y aceptación del enfermo.

Los familiares ante la enfermedad de un ser querido, como ante situaciones altamente estresantes, han de hacer frente a dos cuestiones: Satisfacer las necesidades físicas y emocionales del paciente y tratar de mantener el funcionamiento familiar con la máxima normalidad posible. En consecuencia la implicación de un cuidador informal en la atención del enfermo es definitiva y primordial, ya que son ellos los que pasan la mayor parte del tiempo al lado del paciente, ya sea en el hospital o en su hogar. Además, son el principal punto de apoyo a la hora de paliar los efectos de las pérdidas de funciones motoras, cognitivas, entre otras, que pueden producirse en el paciente. El familiar y los demás integrantes de la familia se convierten en el principal punto de apoyo emocional y de cuidados del paciente, siendo muy difícil sustituirla.

En el momento que se recibe el diagnóstico, la vida familiar cambia y así, las habilidades y recursos de los familiares. En este momento se produce un fuerte impacto emocional, en ocasiones tan grande como el del propio enfermo: sentimientos de impotencia, ira, culpa, tristeza, ansiedad, injusticia, dudas y miedos salen a flote. Estos sentimientos son experimentados frecuentemente en las personas muy allegadas al paciente, en este caso sus familiares cuidadores. La enfermedad contribuye a crear cierta perturbación emocional en el paciente que la sufre, pero además se irradia en las personas más cercanas, que probablemente llegara a provocar consecuencias adversas en el estado emocional de estos.

Un factor importante que se genera cuando una persona padece de una patología oncológica son los nuevos roles que debe desempeñar a raíz de esta enfermedad.

El paciente oncológico experimenta un grado de dependencia, de tal forma que los miembros de la familia deben reaccionar a cambios sutiles en la condición del individuo, y gradualmente asumir más tareas que la persona enferma ya no es capaz de realizar⁶ . Esto genera la búsqueda de una ayuda extra y por tanto la necesidad de un cuidador, quien debe desempeñar una labor de cuidado y protección al paciente a su cargo. Por lo general estos cuidadores son familiares o personal sanitario. Con relación a los familiares, ellos asumen nuevas actividades relacionándose con el enfermo, como atención y dedicación de tiempo extra, involucrarse en funciones íntimas del enfermo como ir al baño, cambio de ropa, entre otras. Con relación a la familia, La Dra. Lea Baider⁷ afirma que *“Los problemas psicológicos y la morbilidad aumentan con frecuencia entre los que brindan cuidados familiares a medida que la enfermedad avanza, en particular cuando los pacientes sufren dolores físicos y ahogos durante la larga trayectoria de la enfermedad. Con el avance de la enfermedad, la familia experimenta más agotamiento, depresión, un impacto más negativo sobre sus vidas cotidianas y su propia salud, y pasa mas tiempo intensivo ayudando a los pacientes a afrontar sus necesidades físicas básicas”*.

Se puede asumir que al dar estos cuidados, provoca en el cuidador una gran carga de trabajo, así como la disminución de las interacciones sociales y problemas económicos. En la mayoría de los casos la familia no se encuentra preparada para cubrir las demandas de cuidado, las cuales pueden llevar a que el cuidador termine dedicándole todo su tiempo al paciente.

⁶ Entrevista realizada a LEA BAIDER Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Responsable de Psicooncología de la Fundación FEFOC realizada por TANIA ESTAPE. fuente www.elpais.com (5/12/04)

⁷ Doctora en psicología médica, especialidad Psico-oncología, desde 1995, presidenta de la asociación internacional de psico-oncología (IPOS). En 2004, recibió el Arturo Sutherland Memorial Prize por su trabajo clínico de investigación y de enseñanza internacional en Psico-Oncología. Editora del libro Cáncer en Familia, profesora titular de medicina psicológica, directora de Psico-oncología en el Hospital Universitario Hadaza y en la escuela de Medicina de la Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel.

Cuando el paciente es trasladado a su casa, es necesaria la intervención de un familiar en el cuidado del enfermo, la continua fluidez y adaptación de roles en estas instancias requieren mucho trabajo y negociaciones por parte de cada miembro de la familia, aquí empieza un compromiso colateral, la mayoría de los familiares evaden su responsabilidad, debido a la sobrecarga de tareas que se van acumulando al realizar esta nueva labor, por esta razón es un solo familiar el que asume la responsabilidad de cuidador primario.

Por otra parte, las alteraciones en el estado emocional del cuidador se originan por lo complicado de tratar a los pacientes oncológicos; esto genera una serie de factores de sobrecarga psicofísica que pueden alterar la vida cotidiana de este.

Con relación a los estudios sobre estado emocional del cuidador familiar de pacientes oncológicos, aunque existe un alto índice de estudios sobre cuidado encontrados, estos se refieren al cuidado de otras patologías o situaciones como enfermedad de Alzheimer y cuidado de ancianos, enfatizándose en el estado de salud y habilidades del cuidador, dejando de lado el estado emocional del cuidador de pacientes oncológicos. En nuestro medio el conocimiento acerca de esta problemática es escaso, debido a que las alteraciones en el estado emocional son considerados como cambios “normales” debido al cuidado, sub-valorando este fenómeno, sin atender a posibles consecuencias; por tanto es necesario iniciar un estudio descriptivo, donde el objeto sea el estado emocional de cuidadores familiares de enfermos oncológicos, y así poder determinar características sociodemográficas y de este estado, cómo se relacionan; y que puedan indicar alteraciones en los procesos emocionales, aportes necesarios para su posterior control y extinción a través de programas de intervención y rehabilitación. A raíz de lo expuesto se planteó la siguiente pregunta de investigación, la cual encaminó el curso y desarrollo de este estudio:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y del estado emocional en los cuidadores familiares de pacientes oncológicos en tratamiento; atendidos en la Unidad de Cancerología de la E.S.E Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” de Neiva?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Identificar las características sociodemográficas y del estado emocional en los cuidadores familiares de pacientes oncológicos en tratamiento; atendidos en la Unidad de Cancerología del HUHMP E.S.E. de Neiva.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las características sociodemográficas de los cuidadores con un vínculo familiar, de pacientes oncológicos en tratamiento.

- Determinar los síntomas ansiosos en los cuidadores con un vínculo familiar relacionados con el cuidado de pacientes oncológicos en tratamiento.

- Establecer los síntomas depresivos asociados al cuidado de pacientes oncológicos en tratamiento, en los cuidadores con un vínculo familiar.

PROPÓSITOS

- Proporcionar un documento que se utilice de base para futuras investigaciones y programas de intervención relacionados con este tipo de problemática.

4. ANTECEDENTES

Este tipo de estudios e investigaciones donde el tema central es el cuidador (en su mayoría, de ancianos y de pacientes con Alzheimer) son novedosos. En Colombia los estudios aún son escasos; aunque los que se han realizado son muy importantes, como es el caso del estudio realizado por Carmen de la Cuesta Benjumea, Profesora Titular, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (Medellín – Colombia), en el año 2003, llamado “cuidado artesanal”⁸ con el que contribuye a la comprensión del fenómeno del cuidado familiar de pacientes con demencia. El estudio fue llevado a cabo en la Universidad de Antioquia y consistió en 22 entrevistas a 18 cuidadores familiares y 23 horas de observación participante en grupos de apoyo y domicilios de familiares. En el estudio determinó, que el cuidado se hace empíricamente, y los cuidadores familiares artesanalmente logran el cuidado. Según la investigadora el cuidado es artesanal, porque “lo hacen con las manos, lo crean cada día, está impregnado de inteligencia e ingenio, con el que se preserva la vida y la dignidad de sus familiares enfermos”.

También es importante resaltar la monografía hecha en la Universidad Nacional por las profesoras de enfermería Natividad Pinto Afanador, y cols en el año 2002; llamada “*El Reto De Los Cuidadores: Familiares De Personas En Situación Crónica De Enfermedad*”⁹ donde enfatizan sobre el rol que la familia debe asumir como cuidador, convirtiéndose en una de las principales responsabilidades además ofrecen pautas para el correcto cuidado tanto del paciente como del cuidador.

⁸ De la Cuesta, Carmen; Cuidado artesanal; Universidad de Antioquia.2003.

⁹ AFANADOR, Natividad. *El Reto De Los Cuidadores: Familiares De Personas En Situación Crónica De Enfermedad*. . citado 21 marzo de 2006, Disponible en www.enfermeria.unal.edu

Otra investigación relacionada con cuidadores fue la realizada en Bogotá llamada “*Cuidadores formales de personas mayores de sesenta años, pertenecientes a cuatro centros geriátricos de la ciudad de Bogotá y a tres del municipio de Chía y la salud mental: depresión*” El objetivo de esta investigación, fue llevar a cabo un estudio descriptivo sobre la salud mental: depresión, en un grupo de cuidadores de personas mayores de sesenta años. La muestra elegida intencionalmente la conformaron 50 cuidadores formales que laboraban en siete centros geriátricos, 3 del Municipio de Chía y 4 de la ciudad de Bogotá. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck. De acuerdo a los resultados, se encontró que el 42% de los cuidadores presentaba algún grado de depresión, lo cual indicó que su Salud Mental se encontraba afectada. Los resultados demostraron la necesidad de implementar programas encaminados al manejo adecuado de la depresión en los cuidadores formales.¹⁰

Pero es en otros países como en España, donde se ha dado mayor relevancia al tema, existiendo numerosos estudios al respecto, en este orden de ideas se pueden citar algunos de estos:

*Familia Y Cuidados De Salud. Calidad De Vida En Cuidadores Y Repercusiones Sociofamiliares De La Dependencia:*¹¹ Fue realizado por M. Victoria Delicado Useros de la Universidad de Alicante de España, en el año de 2002. Esta investigadora tomó como antecedentes el cuidado informal de la salud que ha sido abordado desde diferentes perspectivas poniendo de manifiesto la importante contribución económica y social que brinda la familia como sistema de soporte en situaciones carenciales. La autora afirma que han sido las mujeres

¹⁰ Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria ISSN: 0122 - 6916 Volumen 16 No. 2 abril - junio de 2002

¹¹ DELICADO, Victoria. *Familia Y Cuidados De Salud. Calidad De Vida En Cuidadores Y Repercusiones Sociofamiliares De La Dependencia: Ediciones Universidad de Alicante. Facultad de Psicología. Citado el 3 de febrero de 2005. disponible en www.imsermayores.csic.es/SENIOR/BASIS/Senior/Web/docu*

tradicionalmente quienes han asumido la atención y cuidado de personas dependientes, no sin consecuencias y costos para su salud y su vida. Entre sus objetivos se encuentran, describir el perfil sociodemográfico de cuidadores y el entorno familiar de pacientes inmovilizados en domicilio, identificar las consecuencias del cuidado, calidad de vida, sobrecarga y malestar psíquico de cuidadores y caracterizar la red de apoyo y recursos, entre ellos, la actuación de enfermería y su interacción con los cuidadores. El estudio se desarrolló en dos etapas: en la primera, el diseño se constituyó por un estudio observacional descriptivo sobre el cuidado. Y en la segunda, se desarrolló una investigación cualitativa a través de grupos de discusión con enfermeras. La población estuvo constituida por cuidadores de personas dependientes atendidas en su domicilio. Se entrevistaron 209 sujetos de Albacete y Provincia. La información se recogió en el año 2001 y 2002. Los instrumentos de medida utilizados fueron un cuestionario de elaboración propia, medida de calidad de vida con láminas COOP-WONCA, entrevista de carga del cuidador (ESC) y el cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ-12) para detectar malestar psíquico.

Sobre las características de los cuidadores la investigación precisa que los cuidadores son el 82,8% mujeres, la edad media es 58,7 años y el 25% tiene más de 69 años. La mayoría son amas de casa y su nivel educativo es bajo. El 45,5% son hijas de la persona cuidada y el 22,5% son cónyuges. La mayoría convive con el familiar que cuidan aunque un 25,4% rota en el cuidado. El 10,5% son cuidadoras pagadas. Los cuidadores varones tienen una edad media más elevada, predominan los jubilados, cónyuges de la persona cuidada. Más de la mitad de los cuidadores padecen alguna enfermedad importante.

La falta de tiempo, el cansancio y la reducción del tiempo de ocio son consecuencias que sufren la mayoría de los cuidadores. El 70,8% recibe ayuda de otros familiares y un tercio dispone de ayuda externa domiciliaria. Los profesionales sanitarios son los más citados entre quienes apoyan al cuidador. La

atención domiciliaria de enfermería se produce con una frecuencia medida de dos visitas por mes y una duración media de 22 minutos por visita. Las enfermeras conocen la problemática del cuidador pero, no le consideran sujeto de su cuidado, sino más bien un recurso con quien colaborar en la atención al paciente.

Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, un tercio de los cuidadores presentan valores de mala calidad de vida en varias de las dimensiones evaluadas. Un 40% de los cuidadores no presentan sobrecarga y un 31,4% presentan sobrecarga intensa. La prevalencia de malestar psíquico es de un 43,6% de los estudiados. Las variables que se asocian con un cuidador de más riesgo es la rotación en el cuidado, vivir en el medio rural, padecer enfermedades previas y haber sufrido cambios en las relaciones familiares.

Otra investigación realizada en España por un grupo de psiquiatras Entre ellos B. Rodríguez Vega, A. Ortiz Villalobos, C. Avedillo, Sánchez-Cabezudo, de la Universidad Autónoma de Madrid fue *Síntomas De Ansiedad Y Depresión en un grupo de Pacientes Oncológicos y en sus Cuidadores*.¹² El estudio consistió en Determinar la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de 534 pacientes oncológicos españoles y 371 cuidadores familiares. El método utilizado fue un cuestionario sociodemográfico así como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) con el fin de evaluar la presencia e intensidad de estos síntomas. En cuanto a los resultados se observó que el 15,7% de los pacientes dieron positivo en la sub-escala de ansiedad, incluida dentro de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), al utilizar un punto de corte mayor o igual a 11 y el 14,6% lo hicieron en la sub-escala de depresión. En cuanto a los cuidadores familiares el 36,4% de ellos obtuvieron altas puntuaciones en la sub-escala de ansiedad y el 9,2% lo hicieron en la sub-escala de depresión. Los resultados confirman la alta prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión

¹² RODRIGUEZ, Albero et al. *Síntomas De Ansiedad Y Depresión en un grupo de Pacientes Oncológicos y en sus Cuidadores* Departamento de Psiquiatría La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. (on line) 2005. Citado el 24 de marzo de 2005. disponible en www.scielo.isciii.es

en ambos grupos y por lo tanto, los autores recomiendan la necesidad de diseñar intervenciones terapéuticas que incluyan de forma sistemática una evaluación familiar para contribuir a que los pacientes y sus familias puedan hacer frente a este tipo de problemas.

Un estudio donde se caracterizó a los cuidadores de pacientes con demencia atendiendo a algunas variables sociodemográficas, determinando la percepción de sobrecarga, así como las quejas familiares más frecuentes que presentan fue el realizado por, Georgina Jocik Hung (MsC. En Psicología de la Salud, Lic. En Psicología); y otros de la Institución: Universidad de Granma. Bayazo Cuba. El estudio llamado "*Percepción De Sobrecarga En Cuidadores De Pacientes Con Demencia*"¹³ se utilizó un diseño metodológico no experimental transversal descriptivo. Para la selección de la población objeto de estudio se partió de considerar solamente a los cuidadores que no recibían remuneración por los cuidados del enfermo y que deseaban participar, quedando constituida por treinta cuidadores a los que se les aplicó una entrevista para determinar las variables sociodemográficas y las quejas familiares más frecuentes y la Escala de Zarit para determinar la percepción de sobrecarga en los cuidadores. Los resultados se analizaron a través de las medidas de resumen para variables cualitativas expresadas en porcentajes, obteniéndose un predominio de cuidadores menores de 60 años, del sexo femenino, escolaridad secundaria e hijos de los enfermos. La sobrecarga se percibió sobre todo en la esfera social, aunque las esferas psicológica y económica también se encontraron afectadas. Las quejas familiares más frecuentes fueron el vagabundeo, las conductas repetitivas y las reacciones catastróficas.

En la Escuela de Enfermería Pontificia universidad Católica de Santiago de Chile, se realizó la Tesis de Licenciatura en Enfermería por parte de Angélica Cazenave

¹³ JOCIK, Georgina. *Percepción De Sobrecarga En Cuidadores De Pacientes Con Demencia*. editado por red latinoamericana de gerontología 2004. (on line) citado por 22 de septiembre de 2004. disponible en www.gerontologia.org/portal/information.

G y Cols. Llamada *El Familiar cuidador de pacientes con Sida la toma de Decisiones en salud*¹⁴, el lugar de la investigación fue la Fundación Pro Dignidad del Hombre y Caritas Chile, Clínica Familia. Las autoras resumen su investigación así: *“El cuidado de personas con SIDA se realiza en el hogar, donde algún miembro de la familia ejerce el rol de cuidador, debiendo tomar decisiones en salud que afectan todas las áreas de vida de una persona. Es importante conocer los conflictos en la toma de decisiones en salud que tienen los familiares, para así poder plantear estrategias de intervención dirigidas a sus reales necesidades. Este es un estudio descriptivo, muestra de 38 familiares cuidadores de personas con SIDA que se atienden ambulatoriamente en la Clínica Familia. Se aplicó instrumento diseñado por O’Connor y Jacobsen. Se concluyó que los cuidadores son mujeres, en su mayoría madres, que vivían con su hijo(a) enfermo(a) y que el cuidador, se encontraba tomando decisiones en salud y en su mayoría presentaban conflictos con seguir cuidando o no al familiar enfermo, y con comunicar o no a otros la enfermedad. Los familiares vivían una etapa del proceso de cambio, en la que estaban receptivos a estrategias de ayuda; éstas debieran basarse en intervenciones orientadas a la necesidad de escuchar y apoyar, más que a la entrega de información”*.

En España en el Hospital Josep Trueta, de Girona se realizó un estudio sobre *“Alteraciones Emocionales y cambios de hábitos de salud en Familiares y amigos próximos de enfermos de cáncer hospitalizados”* este estudio realizado durante ocho meses, a partir de una muestra de 105 familiares y amigos implicados de manera directa en el cuidado de un enfermo de cáncer, alerta de los importantes trastornos de salud que provoca en los cuidadores más directos. El dato más relevante es que un **44,21%** de los acompañantes desarrollan trastornos de

¹⁴ CAZENAVE G., Angélica, FERRER S-G., Ximena, CASTRO B., Soledad *et al.* El familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud. . *Rev. chil. infectol.* [online]. mar. 2005, vol.22, no.1 [citado 21 Septiembre 2006], p.51-57. Disponible en la www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-0182005000100007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0716-1018.

ansiedad y un **23,1%** tienen claros síntomas de depresión. *"Lo cierto es que hemos encontrado casos de personas muy afectadas, casi incapaces de ayudar al enfermo a causa de sus propios trastornos"*, explica Josefa Soto, psico-oncóloga de la asociación Cataluña contra el Cáncer y autora del estudio.¹⁵

Los trabajos expuestos anteriormente en primera instancia muestran la relación que existe entre los estudios realizados y este estudio, ya que se han centrado en el cuidador como sujeto de estudio, enfocándose en aspectos emocionales y aspectos socio-familiares, campos como el primero que en esta investigación se abordará como parte esencial. Estos antecedentes también guían la investigación, debido a que con ellos se puede encaminar de una manera más asertiva la tesis expuesta. En segunda instancia la revisión de estos antecedentes ayudará a especificar y determinar la singularidad de esta investigación.

¹⁵ Tomado de la Entrevista realizada a LEA BAIDER Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Responsable de Psicooncología de la Fundación FEFOC realizada por TANIA ESTAPE. fuente www.elpais.com (5/12/04)

5. JUSTIFICACIÓN

La consulta de la literatura sobre cuidador familiar de enfermos oncológicos a nivel nacional e internacional vista en los antecedentes revisados, muestra que existen aportes teóricos desde las ciencias de la salud y más concretamente desde la enfermería, pero no desde la Psicología. Mostrando esta revisión de antecedentes un vacío conceptual en torno al análisis de la relación entre estados emocionales y cuidador familiar de enfermos oncológicos, poniendo de manifiesto la ausencia de estudios a nivel regional y nacional sobre este tema.

Por tanto es importante la realización de este estudio porque en Colombia este tipo de investigaciones son escasas, y los datos sobre caracterización sociodemográfica y del estado emocional en la región son insuficientes; comparados con la importancia social y de salud pública que tiene este tema en países de Europa, y algunos de América Latina.

La investigación se ha enfocado en el cuidador familiar de pacientes oncológicos, ya que estas son personas pertenecientes a un grupo social y familiar relevante dentro del proceso de la enfermedad.

La investigación también se justifica porque será un soporte teórico para futuras investigaciones que quieran enfocar su estudio en el cuidador, ya que brinda datos específicos que son base para la consecución de nuevos proyectos con un tema similar. De tal forma que este estudio sea la génesis de proyectos que busquen el mejoramiento de la calidad de vida de los cuidadores familiares, su desarrollo integral y funcional de manera que logren interactuar consigo mismo, con el otro y con su entorno.

Además resulta conveniente para las instituciones prestadoras de salud, pues estas se beneficiarían al poder poseer información pertinente y así puedan tener una perspectiva más amplia al abordar una intervención, programa o tratamiento integral con pacientes oncológicos, familia y su entorno social.

En este orden de ideas, la investigación es pertinente porque contribuirá a enriquecer el conocimiento psicológico sobre cuidadores, ya que se enfatiza en la obtención de datos sobre la caracterización de los síntomas depresivos y ansiosos, tema ampliamente abordado por la psicología. Por tanto también se argumenta la necesidad del trabajo del psicólogo(a) en el tratamiento multidisciplinario realizado al paciente oncológico y su familia, ampliando de esta manera la cobertura laboral del psicólogo egresado de la USCO en el área de la salud.

Por último pero no menos importante es que esta investigación psicológica posee novedad que amerita la indagación realizada, debido a que aunque se ha investigado acerca de la enfermedad como tal (cáncer), se ha relegado el papel del cuidador dándole menor importancia de lo que realmente merece, es por eso que identificar con claridad las características sociodemográficas y del estado emocional en el cuidador; es trascendental ya que se traducirá en el desarrollo integral para él, también se verá reflejado en la calidad de vida del paciente.

Es así, como la realización de este estudio fue motivado por los vacíos encontrados en la literatura, el interés profesional que se tiene por el tema, el contexto que rodea a los cuidadores familiares de la región donde el apoyo hacia ellos siendo necesario es escaso, y sobre todo el interés por indagar sobre las características sociodemográficas y del estado emocional de los individuos que tienen una característica particular dentro de la sociedad y es cuidar a un enfermo oncológico.

Por ende esta investigación realizada a través de un abordaje cuantitativo – descriptivo, se centró en la recolección de datos para la identificación y especificación de las características sociodemográficas y del estado emocional de los cuidadores de pacientes oncológicos; enfatizando en las posibles alteraciones emocionales como depresión y ansiedad (basado en anteriores estudios que indican mayor incidencia de estas alteraciones emocionales en los cuidadores), que se puedan dar y puedan tener graves consecuencias sobre su desarrollo psicológico y social, saber si dichas alteraciones pueden llegar a determinar el comportamiento del cuidador. De ahí la gran importancia que los profesionales de la psicología posean una información que les ayude a detectar y manejar focalmente a los cuidadores a través de la caracterización de los estados emocionales.

6. MARCO TEÓRICO

Para dar a la investigación, un sentido coherente y coordinado de conceptos y proposiciones que permitan abordar el problema e integrarlo dentro de un ámbito donde esta cobre sentido, se hace necesario el desarrollo del marco teórico, de tal forma que se incorporen los conocimientos previos relativos al problema a investigar.¹⁶

La investigación se guiará dentro de una perspectiva cognitiva desde la psicología, la cual trata de develar, el como las personas conocen, perciben e interpretan la realidad, teniendo cada individuo una manera personal de orientar la realidad, y procesar la información. La psicología cognitiva referencia los aspectos cognitivos involucrados en un síntoma o situación problema; por tanto investiga desde un ángulo totalmente cognitivo; explorando la modalidad atencional, patrones de aprendizaje del sujeto, memoria, formas de razonamiento. En general este enfoque realiza un estudio científico de las capacidades cognitivas, el proceso mental que esta hipotéticamente detrás del comportamiento de una persona, planteando que todas las personas actúan muy activamente en la construcción de la realidad y hacen una particular representación de ella.

La psicología cognitiva difiere de otras perspectivas psicológicas previas en dos aspectos principales.

O Acepta el uso del método científico, y rechaza la introspección como método válido de investigación, contrario a métodos fenomenológicos tales como la psicología de Freud.

¹⁶ SABINO Carlos. EL PROCESO DE INVESTIGACION, Editorial ENFASA. Bogota, 2000

O Plantea la existencia de estados mentales internos (tales como creencias, deseos y motivaciones) contrario a la Psicología conductista.

El enfoque cognitivo en psicología afirma que en cada síntoma o problema existe:

- Algún tipo de pensamiento perturbador (a raíz de un acontecimiento vital significativo para el sujeto) que se comporta como una experiencia activadora para el sujeto.
- Por tanto, el surgimiento de una perturbación anímico-emocional que trae consigo asociada creencias irracionales (lo que el sujeto piensa acerca de esto).
- Esta situación genera alguna forma de disfunción, manifestadas en la conducta y el estado emocional generalmente.

Como base para el desarrollo de la investigación, se ha considerado pertinente aclarar los conceptos generales relacionados con el estado emocional en los cuidadores familiares de pacientes oncológicos. Esto con el fin de prevenir errores, orientar el estudio, y en general tener un marco de referencia para interpretar los resultados del estudio. Se seleccionó la información más conveniente y relevante con el fin de delimitar el campo de la investigación.

Por tanto de acuerdo a las variables propuestas se entrará a definir de acuerdo a los temas más relevantes.

6.1. CÁNCER

El cáncer no es una sola enfermedad sino un grupo de más de 200 enfermedades distintas en las que se produce un crecimiento anormal de las células, hasta

convertirse en masas de tejidos llamados tumores. Estos se clasifican en benignos o no cancerosos y malignos o cancerosos.

Las células del cáncer atacan el tejido sano y nunca dejan de multiplicarse. El cáncer tiene un comportamiento distinto en cada persona, según su tipo. Puede darse a cualquier edad, pero es más probable que afecte a personas de edad avanzada; por lo general a partir de los 55 años. El cáncer también puede presentarse en niños, y de hecho, es la segunda causa principal de muerte en niños de edades comprendidas entre 1 y 15 años. Un efecto colateral generado por el cáncer es el dolor, (uno de cada tres pacientes con cáncer lo refiere como síntoma).

El dolor está definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño real o potencial de un tejido corporal.¹⁷

Dado que el dolor es un síntoma o queja subjetiva (sensación interna del paciente) no hay una forma clara de distinguir el dolor asociado o no a un daño de un tejido. No obstante, la presencia de dolor implica en general un proceso patológico y, por lo tanto, el dolor oncológico es aquél atribuible al cáncer o secuela del tratamiento utilizado para combatir la enfermedad tumoral.

A partir de esta experiencia los pacientes generan algunas alteraciones de tipo psicológico. Se sabe que existe una serie de variables psicológicas que contribuyen a percibir la experiencia del dolor de forma diferente de unos pacientes a otros. Estas variables incluyen la propia personalidad del paciente, el sufrimiento emocional con el que afronta el problema, así como el ambiente social que lo rodea. Todo ello conduce a situaciones de ansiedad y depresión que con

¹⁷ Según la IASP (International Association For The Study of Pain)

frecuencia se asocian a la clínica del dolor empeorando su control si no se tienen en cuenta.

La labor psicológica y social en el paciente con dolor oncológico debe empezar erradicando la idea de que padecer cáncer es sinónimo de enfermo terminal o muerte inminente, desterrar la idea social de la connotación negativa de la palabra cáncer y dolor.

El diagnóstico de un cáncer puede producir cambios psicológicos importantes en el paciente y en su familia, dependiendo del tipo de tumor diagnosticado, de los tratamientos médicos administrados, de sus sistemas de apoyo, del estilo empleado por cada uno para afrontar los problemas que la vida plantea, de la historia de enfermedades que haya padecido y de un sinnúmero de factores más. El cáncer tendrá efectos psicológicos diferentes según la edad del paciente. El cáncer en un adulto puede suponer una interrupción temporal de sus actividades profesionales, domésticas, sociales y familiares, generando sentimientos de impotencia y depresión; en el niño supondrá una interrupción en la actividad escolar, interrumpiéndose así su rutina académica.

Existen unas reacciones psicológicas muy comunes ante la enfermedad entre ellas están: reacciones iniciales como el impacto psicológico del tratamiento contra el cáncer; etapa de supervivencia y alteraciones en la imagen corporal: impacto psicológico. Es por ello que la experiencia con el cáncer es muy personal, afectando a cada paciente y a cada familia de un modo diferente.

6.2. SITUACIÓN DE LA ENFERMEDAD TERMINAL.

El cáncer en una fase avanzada o paliativa puede verse como una enfermedad terminal, pero hay que aclarar que en algunos tipos de cáncer, aunque las fases son I o II, la necesidad de un cuidador es importante debido a la complejidad de la

enfermedad mostradas a través de diversas sintomatologías, pero se abordará al cáncer como enfermedad terminal debido a que generalmente las fases oncológicas avanzadas reúnen los criterios bien definidos para poder catalogar a un enfermo oncológico como terminal o paliativo, los criterios son:

1. Diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva e incurable
2. Falta de respuesta al tratamiento específico
3. Pronóstico de vida no mayor a 6 meses
4. Numerosos síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes
5. Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico

La inestabilidad y complejidad que el cáncer genera en el paciente oncológico terminal debido a su deterioro físico y psicológico, hace necesario la presencia de un cuidador, ya que el primero entra en un estado de dependencia parcial o total de acuerdo al avance de la enfermedad. Por tanto el cuidador se hace indispensable en la vida del enfermo.

6.3. CUIDADOR

Para hablar de cuidador es necesario remitirse a la definición dada por la O.M.S. (1990) de cuidado, y particularmente del cuidado de enfermos paliativos “Los cuidados paliativos(...) afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso natural (...) ni aceleran ni posponen la muerte, proporcionan alivio para el dolor y otros síntomas angustiantes, integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado, ofrece un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan dignamente como sea posible hasta que mueran. Ofrecen un sistema de soporte a la familia para hacer frente a la enfermedad y a su propio duelo”¹⁸

¹⁸ Definición citada por Aniorte Hernández, N; “Experiencia en el cuidado a un enfermo próximo al cáncer”

En ese orden de ideas, el cuidador es aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su domicilio y en su vida diaria, estas personas en muchas ocasiones tienen que interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en su salud desde todas las órdenes¹⁹.

6.3.1. ENFERMOS QUE AMERITAN ATENCIÓN DEL CUIDADOR:

Los Cuidados incluyen la atención de pacientes terminales que sufren padecimientos que los llevarán a la muerte a corto plazo, generalmente en un contexto de dolor de difícil control. Una proporción importante de ellos, padecen **enfermedades oncológicas**; otro grupo que requiere atención es el de aquellos que sin ser oncológicos, también tienen una pobre expectativa de vida, como es el caso de los pacientes con SIDA en fases avanzadas, o insuficiencias orgánicas no trasplantables (renal, hepática, cardíaca, etc.); algunos padecimientos geriátricos (demencias), etc. Por el grado de avance y complejidad de sus padecimientos, se encuentran fuera de todo intento curativo, es decir, los tratamientos médicos hasta hoy conocidos no son útiles en la resolución definitiva de estas enfermedades. Derek Doyle: afirma que *“El paciente terminal teme más a lo desconocido que a lo conocido, al desinterés que a la ineptitud profesional, al proceso de fallecer que a la muerte misma”* Por ello se necesita de una atención eficaz y personalizada de estos enfermos²⁰.

¹⁹ Percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia. Monografía Autores: MsC. Georgina Jock Hung (MsC. En Psicología de la Salud, Lic. En Psicología); Lic. Bárbara Rivero Sánchez (Lic. En Psicología); Lic. Ana María Ramírez Bello (Lic. En Psicología)

²⁰ Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. En: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford UK: Oxford University Press 1999: 3-11.

6.3.2. ESTADOS DEL CUIDADOR:

Las labores del cuidado propiamente dicho no provocan estados alterados del comportamiento, estado físico y emocional del cuidador, ni todos los cuidadores experimentarán los sentimientos negativos que se asocian con el cuidado. De todos modos, al esforzarse por darle el mejor cuidado posible a un familiar o amigo, los cuidadores muchas veces sacrifican sus propias necesidades físicas y emocionales. Además, las vivencias emocionales y físicas del cuidado pueden llevar a una situación límite, incluso a las personas más capaces. Los sentimientos resultantes de ira, ansiedad, tristeza, aislamiento, agotamiento y también la sensación de culpa por albergar esos sentimientos pueden ser una carga muy pesada.

Todas las personas tienen en algún momento sentimientos negativos que surgen y desaparecen con el tiempo, esos sentimientos cobran una mayor intensidad cuando la persona asume la labor de cuidar a un enfermo con cáncer, y hace que ellos se sientan totalmente fatigados, que lloren con frecuencia, que se altere su estado físico y/o comportamental o que se enojen fácilmente con su ser querido o con otras personas, estos efectos pueden ser una señal de advertencia de inestabilidad²¹. Hay que empezar a preocuparse por unos posibles efectos emocionales, físicos y comportamentales negativos que desbordan la capacidad de resistencia de la persona.

El cuidador familiar por lo general es quien suministra atención continua a un paciente oncológico, debido a la dependencia de este; pero la ambigüedad de la frase "paciente terminal" implica dificultades para usarla. Mucho más importante que la ambigüedad es la perspectiva negativa y pasividad con la que frecuentemente se aborda el problema. El concepto "terminal" lleva implícita la idea de que todo está terminado, y que no hay tiempo u oportunidad para hacer más, y que cualquier iniciativa de tratamiento activo está injustificada.

²¹ tomado de <http://nccam.nih.gov> National Institute for Complementary and Alternative Medicine

En la actualidad se ha tratado de abolir esta expresión y cambiarla por paciente avanzado o paliativo, ya que no todo está terminado, aunque la expectativa de vida es corta para el paciente, existen procedimientos paliativos que hacen que la vida siga pero disminuyendo el grado de dolor producido por la enfermedad, además de propender por el bienestar psicológico del enfermo.

6.3.3. PROBLEMAS ESPECIALES DE LOS CUIDADORES

Existen una serie de factores que pueden contribuir de cierta manera a alterar los estados emocionales, además de los físicos y comportamentales en los cuidadores.

6.3.3.1. Los cuidadores y el paciente oncológico

Los investigadores han comprobado que las personas que cuidan a pacientes oncológicos tienen el doble de probabilidades de alterar los estados nombrados con anterioridad, por ejemplo en el campo emocional tienden a *deprimirse* con más frecuencia que quienes cuidan a pacientes que no son terminales. Mientras más grave sea el estado de dependencia, como el que provoca el cáncer terminal, más probable será que el cuidador sea víctima de la depresión. Es indispensable que los cuidadores, sobre todo los que se ven en este caso, reciban apoyo continuo y seguro.

6.3.3.2 Cuidar a un paciente oncológico puede ser demasiado agobiante.

No es igual a otros tipos de cuidado. Los cuidadores no sólo tienen que dedicar muchas más horas semanales al cuidado, sino que también tienen más problemas laborales, estrés personal, problemas de salud física y mental, tienen menos

tiempo para hacer las cosas que disfrutaban, menos tiempo para dedicar a otros familiares y más conflictos familiares que aquellos otros cuidadores que atienden a pacientes no oncológicos terminales. Aunque los cuidadores siempre se ven afectados por el deterioro de la capacidad física y a veces mental de un ser querido, la atención a cierta clase de conductas contribuye aún en mayor medida a provocar síntomas de desesperación. Los síntomas asociados con el cáncer, hacen que cada día traiga una nueva crisis y hacen difícil que el cuidador pueda descansar u obtener ayuda.

6.3.3.3 La falta de sueño contribuye a la presencia de algunas alteraciones.

Aunque esto admite muchas variaciones, la mayor parte de las personas necesitan ocho horas diarias de sueño. La falta de sueño como consecuencia de cuidar a un ser querido puede conducir a una alteración tanto física como mental. Lo más importante que hay que recordar es que el cuidador necesita dormir, aunque no sea posible lograr que el paciente descanse durante toda la noche.

6.3.3.4. Las alteraciones pueden persistir aún después de ingresar al paciente en un centro especializado.

La decisión de ingresar al ser querido en un centro especializado es muy angustiada. Si bien muchos cuidadores logran descansar y recuperarse, la soledad, los sentimientos de culpa y la supervisión de la atención que se le brinda en el centro al ser querido pueden ser nuevas fuentes de estrés. Muchos cuidadores se sienten deprimidos al ingresar al paciente, y algunos se siguen sintiendo deprimidos por mucho tiempo.

A veces se cree que el estrés resultante de la atención al paciente desaparecerá una vez que se interrumpa el cuidado directo. Sin embargo, los investigadores han comprobado que algunas personas que eran cuidadores siguen padeciendo de depresión y soledad incluso tres años después del fallecimiento del familiar

enfermo. Al tratar de recuperar la normalidad, es posible que los "ex cuidadores" necesiten ayuda para dichas alteraciones.

6.3.3.5. Burn-out o síndrome del cuidador quemado.

Este síndrome fue primeramente descrito en Estados Unidos en 1974²². Consiste en un profundo desgaste emocional y físico que experimenta la persona que convive y cuida a un enfermo crónico incurable tal como el enfermo oncológico terminal. El cuidador que puede sufrirlo es aquel que llega a dedicarle casi todo su tiempo (incluso dejando de trabajar para cuidarle), generalmente en solitario durante ya muchos años y con estrategias pasivas e inadecuadas de resolución de problemas.

Se considera producido por el estrés continuado de tipo crónico (no el de tipo agudo de una situación puntual) en un batallar diario contra la enfermedad con tareas monótonas y repetitivas, con sensación de falta de control sobre el resultado final de esta labor, y que puede agotar las reservas psicofísicas del cuidador.

Incluye desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia los enfermos a los que se cuida, desmotivación, depresión-angustia, trastornos psicósomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales, agobio continuado con sentimientos de ser desbordado por la situación.

²² García Piñal, 2004, Flórez, 1996.

6.4. ESTADO EMOCIONAL

6.4.1. EMOCIÓN

Las emociones son una respuesta individual interna que informa de las probabilidades de supervivencia que ofrece cada situación. En cada instante se experimenta algún tipo de emoción o sentimiento. El estado emocional varía a lo largo del día, en función de lo que ocurre y de los estímulos que se perciben. No obstante Las emociones son experiencias muy complejas y para expresarlas se utilizan una gran variedad de términos, además de gestos y actitudes. Se puede decir, que las emociones no son entidades psicológicas simples, sino una combinación compleja de aspectos fisiológicos, sociales, y psicológicos dentro de una misma situación polifacética, como respuesta orgánica a la consecución de un objetivo, de una necesidad o de una motivación por ejemplo supervivencia.

De tal forma que todas las reacciones emocionales están acompañadas por alteraciones fisiológicas momentáneas, como en el caso del aumento del ritmo del corazón durante un acceso de ira. El miedo, por ejemplo, puede desencadenar manifestaciones violentas, como el temblor de los miembros o una momentánea pérdida de voz.

Llinas afirma que *“las emociones representan la plataforma premotora que impulsa o frena la mayoría de nuestras acciones”*²³ en este orden de ideas las emociones vienen siendo la base de nuestro comportamiento. Un ejemplo un tanto literal de los estados emocionales se puede ver en culturas como la judeocristiana, donde estaban manifestados o representados en “los pecados capitales” (orgullo, ira, ambición, lujuria, pereza y gula)

²³ LLINAS, Rodolfo R. EL CEREBRO Y EL MITO DEL YO, Bogota Editorial Norma, 2002.

Para la neurociencia Las emociones están “entre las mas antiguas propiedades del cerebro, “se efectúan en el rinencéfalo”²⁴ por tanto los estados emocionales, para esta ciencia o mejor para algunos autores fueran simples respuestas estereotipadas comunes a todos los seres humanos; así “los pecados capitales” son probablemente “liberados por péptidos modulares, de tal forma que la caracterización universal puede ser reconocida por la mayoría de las culturas”.²⁵ Pero más que estrictas y secas explicaciones fisiológicas hay que tener en cuenta que los estados emocionales se relacionan con las acciones ya que como se afirmo anteriormente los primeros son disparadores de la acción y de su contexto, además de presentarse a través de manifestaciones motoras (expresiones faciales) que exteriorizan el contexto a los demás, advirtiendo una acción determinada, aunque es de aclarar que estos patrones motores pueden ser imitados o suprimidos sin un estado de emoción previo²⁶

Para Llinas los estados emocionales contextualizan el comportamiento motor de tal forma que el dolor como malestar y el miedo son estados emocionales que se generan en el cerebro y no un evento que ocurre en algún sitio particular del cuerpo, en otras palabras para este autor los receptores periféricos y las vías neurales que generan la percepción central del dolor definen pero no son el proceso de generación del dolor, las sensaciones son eventos intrínsecos²⁷

Aunque los aportes de las neurociencias son importantes dentro del flanco propositivo de dar respuestas a los interrogantes surgidos y no completamente develados de determinado problema en este caso las emociones; no hay que limitarse a una teoría periférica de las emociones, como posiblemente lo quiere mostrar las neurociencias “radicales”. Sobre este tema Sastre en su libro

²⁴ loc. cit.

²⁵ LLINAS, Rodolfo R, op. Cit, pág. 183.

²⁶ loc. cit.

²⁷ LLINAS, Rodolfo R, op. Cit, pág.186.

“Bosquejo de una teoría de las emociones” escribe lo siguiente: *“¿Cómo admitir que unas triviales reacciones orgánicas puedan dar cuenta de unos estados psíquicos cualificados? ¿Cómo unas modificaciones cuantitativas y, por ende, casi continuas en las funciones vegetativas pueden corresponderse con una serie cualitativa de estados irreductibles entre sí? Por ejemplo, las modificaciones fisiológicas que corresponden a la ira sólo difieren por su intensidad de las que a la alegría (ritmo respiratorio un tanto más rápido, ligero aumento del tono muscular, incremento de los intercambios bioquímicos, de la tensión arterial); y, sin embargo, la ira no es una alegría más, sino otra cosa, al menos en tanto que se presenta ante la conciencia. No serviría de nada mostrar en la alegría una excitación que predispone a la ira, ni citar a esos subnormales que pasan continuamente (balanceándose en un banco, por ejemplo, y acelerando su balanceo) de la alegría a la ira. El que está encolerizado no está «ultra alegre». Incluso si ha pasado de la alegría a la ira (y nada permite afirmar que no haya intervenido mientras tanto una multitud de acontecimientos psíquicos) la ira es irreducible a la alegría”.*²⁸ Es por esto que para abordar las emociones, y para el desarrollo de esta investigación se hace necesario abordar este concepto desde un enfoque más allegado a la psicología como lo es el enfoque cognitivo, que como se manifestó al inicio de este marco teórico trata de develar, la percepción e interpretación que hacen las personas, de la realidad, teniendo cada individuo una manera personal de orientar la realidad, y procesar la información.

6.4.2. LAS EMOCIONES BÁSICAS.

Son las que solo se explican a través de su origen filogenético y de sus bases biológicas. Están determinadas por las siguientes características:

- O Desempeñan una función de supervivencia de la especie.
- O Ayudan a la adaptación del individuo al medio ambiente;

²⁸ SARTRE, Jean Paul. BOSQUEJO DE UNA TEORIA DE LAS EMOCIONES. Pág. 10

- O Deben existir en todas las culturas; en cambio otras emociones pueden variar de una cultura a otra;
- O El niño las posee desde que nace;
- O Tienen ciertos correlatos neurofisiológicos y anatómicos.
- O Las cinco emociones básicas son: **Felicidad, Tristeza, Ira, Asco y Sorpresa.**

6.4.3. EXPERIENCIAS EMOCIONALES BÁSICAS

Las emociones pueden agruparse, en términos generales, de acuerdo con la forma en que afectan nuestra conducta: si nos motivan a aproximarse o evitar algo.

Robert Plutchik, quien identificó y clasificó las emociones en 1980, propuso que los animales y los seres humanos experimentan 8 categorías básicas de emociones que motivan varias clases de conducta adoptiva.²⁹

Temor, sorpresa, tristeza, disgusto, ira, esperanza, alegría y aceptación; cada una de estas nos ayudan a adaptarnos a las demandas de nuestro ambiente aunque de diferentes maneras.

Según Plutchik, las diferentes emociones se pueden combinar para producir un rango de experiencias aún más amplio. La esperanza y la alegría, combinadas se convierten en optimismo; la alegría y la aceptación nos hacen sentir cariño; el desengaño es una mezcla de sorpresa y tristeza. Estas derivaciones de las emociones básicas son propias de los seres humanos.

²⁹ Tomado de la monografía "las emociones" de Gilda Isabel Valera Guerrero".
WWW.MONOGRAFIAS.COM

La intensidad emocional varía en un individuo a otro. En un extremo se encuentran las personas experimentan una intensa alegría y en el otro extremo están los que parecen carecer de sentimientos, incluso en las circunstancias más difíciles. En el campo de la sicopatología esta labilidad emocional es tratada como una situación que puede afectar la estabilidad del individuo que la “*padece*”.

Casi todas las emociones tienen una manifestación conductual que incluye expresiones faciales, postura y tonos de voz, tales como sonreír, gritar, correr, entre otros. Pudiendo ser tangibles ya que se manifiestan a través de un comportamiento motor, no verbal, originado por el estado de activación. Este componente es el mas observable y, por lo tanto, mensurable del proceso emocional. Es importante aclarar que el medio ambiente Influye poderosamente, el cual, refuerza dichas manifestaciones conductuales.

6.5. TEORIAS COGNITIVAS DE LA EMOCIÓN

6.5.1. TEORIAS DE ATRIBUCIÓN:

Tratan de explicar cómo surge el sentimiento. Estas teorías se basan en la existencia de la activación fisiológica, pero su interés no se centra en el análisis de la misma sino en los procesos cognitivos, que son los que explicarán el sentimiento emocional concreto que resulta en cada caso. El ejemplo más citado es la teoría bifactorial de Schachter y Singer, según la cual “***El sentimiento surge por el hecho de que el sujeto atribuye una causa emocional a la activación que percibe en una determinada situación***”

Valins y Mandler dos autores que tratan sobre teorías de la emoción; el primero habla sobre la activación “verdadera” o “falsa” que puede afectar a la conducta o a la atención, facilitando así de forma indirecta el proceso de atribución emocional. Según Mandler, las situaciones más relevantes en las que ocurre una atribución emocional son situaciones en las que se produce una interrupción de actividades

que conducen a metas relevantes para el sujeto. La activación se considera, en este caso, una información más a tener en cuenta que puede iniciar la atribución, pero también puede ocurrir a consecuencia de una atribución. Esto significa que en Mandler la emoción puede ser causa o síntoma de una activación percibida. En su caso no hay una secuenciación fija de los procesos implicados.

6.5.2. TEORIAS DE APRECIACIÓN:

Según esta teoría las emociones son elicítadas por procesos de apreciación cognitiva, procesos que no necesariamente son conscientes y que determinan las reacciones fisiológicas, expresivas, tendencias a la acción y estados de sentimientos, es decir, las reacciones de las diferentes componentes del proceso emocional.

El modelo de Lazarus es uno de los modelos de esta tradición, que se centra en el concepto de apreciación subjetiva. Para Lazarus, las emociones no son únicamente el resultado de procesos de apreciación de determinados acontecimientos relevantes para el individuo, sino de los recursos de afrontamiento disponibles en dicha situación. En una versión reciente de su teoría, Lazarus utiliza un análisis centrado en temas relacionales fundamentales, que ponen en correspondencia un número limitado de dimensiones de apreciación con otro número limitado de emociones. En cierta manera, con este análisis, Lazarus se acerca a la teoría de emociones básicas.

Existen otros autores que postulan la existencia de tantas emociones como posibles procesos de apreciación. Un ejemplo de esta postura es el modelo de Scherer. Desde esta posición teórica se rechaza la teoría de emociones básicas, aunque se admite la existencia de familias y de prototipos de emociones. Scherer ha propuesto el concepto de emociones modales, en este caso las diferentes emociones se explican por procesos de apreciación universales recurrentes, por.

Ej. La tristeza en el caso de pérdida, o la ira en el caso de obstaculizarse metas relevantes.

Un aspecto importante de la teoría de Scherer es que hace una diferenciación entre el proceso emocional que implica diferentes componentes y el estado subjetivo, el sentimiento como uno de estos componentes. El sentimiento se entiende en este caso como una meta - representación en el sentido de que integra y refleja lo que sucede en todas las demás componentes. Sólo parte de esta representación es consciente y se puede expresar en palabras.

En general las teorías de la emoción se pueden resumir en que en 1880, William James formuló la primera teoría moderna de la emoción; casi al mismo tiempo un psicólogo danés, Carls Lange, llegó a las mismas conclusiones. Según la teoría de James-Lange, ***“los estímulos provocan cambios fisiológicos en nuestro cuerpo y las emociones son resultados de ellos”***.

La teoría de Cannon-Board, propuso que las emociones y las respuestas corporales ocurren simultáneamente, no una después de la otra. Esto señala un aspecto muy importante: lo que ve (escucha o en todo caso percibe) desempeña un papel importante en la determinación de la experiencia emocional que tiene.

6.5.3. ASPECTOS FISIOLÓGICOS DE LAS EMOCIONES

Las emociones van siempre acompañadas de reacciones somáticas. Entre las que están:

- Las alteraciones en la circulación.
- Los cambios respiratorios.
- Las secreciones glandulares

El encargado de regular los aspectos fisiológicos de las emociones es el Sistema Nervioso. El sistema nervioso autónomo acelera y desacelera los órganos a través

del simpático y para-simpático; la corteza cerebral puede ejercer una gran influencia inhibitoria de las reacciones fisiológicas; de este modo algunas personas con entrenamiento logran dominar estas reacciones y llegan a mostrar un auto control casi perfecto.

6.5.4. ASPECTOS SOCIALES DE LAS EMOCIONES

Las emociones van acompañadas de diversas expresiones del cuerpo, existen una serie de reacciones emocionales que pueden ser llamadas sociales, porque en la producción de las mismas intervienen personas o situaciones sociales. Estas emociones sociales son:

- **Cólera:** se produce por la frustración de no obtener lo que necesitamos o deseamos.

- **Temor:** se produce como reacción ante la llegada rápida, intensa e inesperada de una situación que perturba nuestra costumbre.

- **Emociones agradables:** existen una serie de emociones sociales que tienen el carácter de ser agradables y liberadoras de tensión y excitación en las personas. Estas son: gozo, júbilo, amor y risa.

Los estados emocionales dependen tanto de la actividad fisiológica, como del estado cognitivo del sujeto ante tal activación.

6.5.5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS EMOCIONES

Frustraciones y conflictos.

La frustración se produce cuando aparece una barrera o interferencia invencible en la consecución de una meta o motivación.

La frustración y los conflictos son un quehacer ordinario de nuestras vidas. Ellos no sólo interactúan entre sí, sino que viene hacer una de las fuentes más importantes del comportamiento humano. Y de tal modo, que la manera como el individuo los resuelva, dependerá, en gran medida su salud mental.

En primer lugar, tenemos las frustraciones de origen externo, que pueden ser "físicas", como la imposibilidad de encender el carro antes de salir del trabajo, y "sociales", como la falta de dinero para llevar a una fiesta a una amiga, o las negativas de la misma a acompañarnos.

En segundo lugar, tenemos frustraciones de origen interno: que son, entre otras, la inadaptación emocional y la falta de tolerancia a las mismas. De este modo el logro y el fracaso, así como la dependencia e independencia, son las principales fuentes internas de frustración y de acción.

La repetición de la frustración tiende a desarrollar la distancia entre su causa y la reacción; y puede llegar el momento en que se ha perdido la noción del origen de la frustración.

Con relación a los conflictos pueden considerarse de cuatro tipos.

Cuando la elección debe ser hecha entre varias alternativas agradables, como la elección de carrera.

Cuando la elección debe hacerse ante un solo camino, cuyo recorrido deseamos o no deseamos.

Cuando se representan dos metas a elegir, pero una de ellas es desechada pero no totalmente.

Y finalmente cuando debe hacerse una elección entre dos cosas malas.

Si el conflicto es grave y prolongado puede acabar creando en nosotros no sólo una gran tensión, sino también puede quebrar o trastornar nuestra salud mental.

Las emociones tienen un carácter universal y adaptativo, así como tienen un papel importante en el bienestar psicológico de los individuos y cumplen una función importante en la comunicación social. Además de ser importantes para el bienestar y malestar de los individuos. Las emociones están íntimamente relacionadas con diversos sistemas fisiológicos de cada persona.

Las emociones influyen sobre la salud y la enfermedad a través de sus propiedades motivacionales, por su capacidad para modificar las conductas "saludables" (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y "no saludables" (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo, etc.)

La experiencia emocional, lo que pensamos y sentimos durante una reacción emocional, se suele clasificar según tres ejes o dimensiones fundamentales:

Placer-desagrado, intensidad y grado de control. En otras palabras, las emociones suelen provocar sensaciones muy agradables o muy desagradables, pueden ser más o menos intensas y el grado de control que tenemos sobre ellas es también variable³⁰

Desde un punto de vista psicológico, la alegría, el miedo, la ansiedad, o la ira son emociones naturales que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas. Poseen un sustrato biológico considerable. Son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con

³⁰ Cano-Videl(1995). Orientación en el estudio de la emoción. artículo tomado de www.apsique.com Ramón Areces.

los demás. A su vez, las emociones pueden actuar como poderosos motivos de la conducta.³¹

Hoy en día hay datos suficientes para afirmar que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla³²

Por ejemplo, en periodos de estrés en los que tenemos que responder a una alta demanda de nuestro ambiente, desarrollamos muchas reacciones emocionales negativas y, cuando nos encontramos bajo estos estados emocionales negativos, es más probable desarrollar ciertas enfermedades relacionadas con el Sistema Inmune, o adquirir determinados hábitos poco saludables, que a la larga pueden minar la salud³³. En cambio, el buen humor, la risa, la felicidad, ayudan a mantener e incluso a modular la enfermedad hasta recuperar la salud.

Se han estudiado mucho más las emociones negativas (y sus relaciones con trastornos de salud) que las positivas. Dentro de las primeras, una de las reacciones emocionales que más se ha estudiado es sin duda la ansiedad³⁴, como estado emocional asociado a múltiples trastornos, especialmente los trastornos de ansiedad y los trastornos psicofisiológicos. Una segunda emoción negativa que está siendo ahora más estudiada es la **ira**, por su relación con los trastornos cardiovasculares³⁵. Por último, la tristeza-depresión, como emoción natural, se considera que es precursora de **la depresión** como patología, la cual cursa por lo general con niveles altos de ansiedad³⁶.

³¹ *Ibíd.*

³² Martínez Sánchez y Fernández Castro, 1994. Fernández Abascal y Palermo, 1999.

³³ Cano-Videl(1995). Orientación en el estudio de la emoción. artículo tomado de www.apsique.com Ramón Areces.

³⁴ *Ibíd.*

³⁵ *Ibíd.*

³⁶ Sanz, 1991.

La ansiedad, la tristeza-depresión y la ira son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y alta activación fisiológica. Son las tres emociones más estudiadas hoy en día y se les conoce como "emociones negativas". Estas reacciones son experimentadas por todos los seres humanos en múltiples situaciones, son bastante independientes de la cultura, se considera que preparan al individuo para dar una respuesta adecuada a las demandas de la situación, etc., Por todo ello, se consideran adaptativas para el individuo. Sin embargo, en ocasiones encontramos reacciones patológicas en algunos individuos, debido a un desajuste en la frecuencia, o intensidad. Cuando tal desajuste acontece, puede sobrevenir también un trastorno de la salud, tanto mental (trastorno de ansiedad, depresión mayor, etc.) como física.

6.5.6. REACCIONES DE EMOCIONES NEGATIVAS

En primer lugar, las reacciones de ansiedad, de tristeza-depresión y de ira que alcanzan niveles demasiado intensos, o frecuentes, cuando se mantienen en el tiempo, tienden a producir cambios en la conducta, de manera que se olvidan los hábitos saludables (ejercicio físico, etc.) y se desarrollan conductas adictivas (tabaquismo, etc.), o que ponen en peligro nuestra salud. Por ejemplo, existe relación positiva entre ansiedad y consumo de tabaco, así como entre tabaquismo y cáncer.

En segundo lugar, estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos, que pueden deteriorar nuestra salud si se cronifican.

En tercer lugar, esta alta activación fisiológica puede estar asociada a un cierto grado de inmunodepresión, lo que vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico.

6.6. ANSIEDAD

La ansiedad puede ser considerada como una reacción natural que se produce ante ciertos tipos de situaciones en las que el individuo podría necesitar más recursos. Las situaciones en las que se desencadena la reacción de ansiedad tienen en común, por lo general, la previsión de posibles consecuencias negativas o amenazantes para el individuo. Esta reacción supone una puesta en marcha de diferentes recursos cognitivos (atención, percepción, memoria, pensamiento, lenguaje, etc.), fisiológicos (activación autonómica, motora, glandular, etc.) y conductuales (alerta, evitación, etc.) Tales recursos tendrían como objetivo el afrontamiento de las posibles consecuencias negativas, pudiendo paliar, reducir, o eliminar tales consecuencias.

Pero aun siendo la ansiedad una emoción natural, de carácter esencialmente adaptativo, que previene situaciones que requieren estar alerta, en las que se puede necesitar más recursos cognitivos, conductuales, o fisiológicos, sin embargo, puede estar en la base de muchos procesos que pueden llevar a la enfermedad. Cuando un ser humano mantiene altos niveles de ansiedad, durante tiempos prolongados, su bienestar psicológico se ve seriamente perturbado; sus sistemas fisiológicos pueden verse alterados por un exceso de actividad; su sistema inmune puede verse incapaz de defenderle; sus procesos cognitivos se alteran, hay una disminución del rendimiento; la evitación de situaciones que provocan reacciones intensas de activación y temor puede afectar a la vida personal, familiar, laboral, o social del individuo.

Para Sigmund Freud la ansiedad era un síntoma; señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos, era considerada como una reacción del Yo a las demandas inconscientes del Ello que podían emerger sin control. De tal forma que la ansiedad es una consecuencia de los conflictos intrínsecos - psíquicos de carácter generalmente inconsciente.

Dentro de la corriente conductual Wolpe, J. (1981) se entiende por ansiedad "aquella pauta o pautas de respuesta autonómica que constituyen una parte característica de las respuestas de los organismos a los estímulos nocivos" mientras que Skinner, B. (1979) enmarcado en el neo-conductismo la define como "miedo a un evento inminente, es más que expectativa...", "la ansiedad implica respuestas emocionales ante un estímulo aversivo condicionado". Pero dentro del enfoque cognitivo en la cual se conduce esta investigación, se puede citar a Beck (1985), quien define a la ansiedad como un *"estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos molestos tales como tensión o nerviosismo, y síntomas fisiológicos como palpitaciones cardíacas, temblor, náuseas y vértigo"*

6.6.1. TEORÍAS SOBRE ANSIEDAD.

Los diversos enfoques que estudian el comportamiento humano, han tratado de explicar a la ansiedad como fenómeno, de tal forma que tendencias como la psicodinámica, la equipara al concepto de angustia, diferencia entre angustia real y angustia neurótica. La primera es "una reacción a la percepción de un peligro exterior, esto es, de un daño esperado y previsto. Esta reacción aparece enlazada al reflejo de fuga y podemos considerarla como una manifestación del instinto de conservación".³⁷ La segunda o angustia neurótica "en la que el peligro no desempeña papel ninguno o solo mínimo..." y "puede producirse sin causa ninguna aparente y en una forma incomprensible".³⁸ La etiología de la angustia neurótica se halla en una desviación de la libido de su aplicación normal, lo cual engendra un estado conflictivo entre las fuerzas impulsivas del "Ello" y las represivas del "Yo". Esta amenaza hacia las defensas del Yo es lo que genera la percepción de peligro proveniente de los instintos que desemboca en síntomas ansiosos

³⁷ Freud, S. (1973). Obras Completas. Tomo II, 1905-1917. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, España Pág. 2367.

³⁸ *Ibíd.* Pág. 2372.

Para el Movimiento Existencialista "la ansiedad es la experiencia de la amenaza inminente de no ser"³⁹ de que el hombre es el animal que valora, el ser que interpreta su vida y su mundo en términos de símbolos y significados, e identifica esto con su existencia como Yo".⁴⁰ El génesis de la ansiedad reside en la amenaza a los valores, bien sea a la vida física a la psicológica o a algún otro valor como el patriotismo o el amor. También diferencian la ansiedad del miedo argumentando que "la ansiedad toca el nervio vital de la propia estima, en cambio, el miedo es una amenaza contra la periferia de la existencia, la ansiedad es ontológica; el miedo no".

Para el Conductismo la ansiedad clasifica simplemente como conducta que "solamente puede manifestarse cuando un estímulo precede de manera característica a un estímulo aversivo con un intervalo de tiempo suficientemente grande para permitir observar cambios en la conducta".⁴¹

También explican que "un estímulo que previamente no sea capaz de evocar respuestas de ansiedad puede adquirir el poder de hacerlo, si resulta que esta actuando sobre el organismo cuando la ansiedad está siendo evocada por otro estímulo. Entonces se convierte en un estímulo condicionado a la ansiedad, y la ansiedad por él evocada puede, en ocasiones posteriores condicionarse a otros estímulos"⁴²

Los teóricos conductistas no diferencian entre miedo y ansiedad ya que ambos se manifiestan fisiológicamente de la misma forma. Y se muestran de acuerdo al

³⁹ May, R. Angel, E; y Ellenberger, H. F. (1967). Existencia. Primera Edición. Editorial Gredos, S.A. Madrid

⁴⁰ May, R. Schachter, S. y otros. (1968). La Angustia Normal y Patológica. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

⁴¹ Skinner, B. (1974). Ciencia y Conducta Humana. Editorial Fontanella, S.A. Barcelona, España.

⁴² Wolpe, J. (1981). Psicoterapia por Inhibición Recíproca. Editorial Española Desclée de Brower. Bilbao, España.

afirmar que la ansiedad perturba el funcionamiento y no parece servir a ningún fin práctico.

6.6.2. ANSIEDAD DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO.

La ansiedad desde el enfoque Cognitivo visto a través de Beck, uno de sus representantes, distingue a la ansiedad del miedo afirmando que la primera es un proceso emocional y el miedo es un proceso cognitivo. El miedo involucra una apreciación intelectual de un estímulo amenazante; y la ansiedad involucra una respuesta emocional a esa apreciación;⁴³ tabla 1.

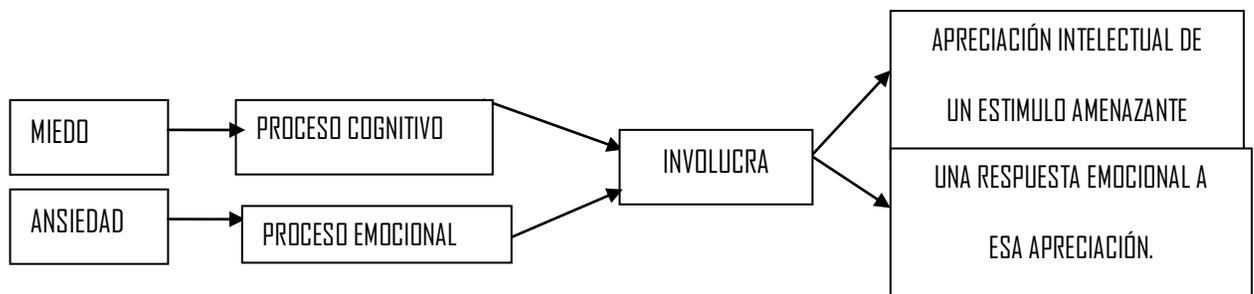


Tabla 1. Cuadro Comparativo Entre Ansiedad Y Miedo Según Teoría Cognitiva De Beck.

Beck afirma que "El elemento crucial en los estados de ansiedad, es un proceso que puede tomar la forma de un pensamiento automático o imagen que aparece rápidamente, como un reflejo, después de un estímulo inicial (por ejemplo: respiración entrecortada), aparentemente creíble y seguida por una ola de ansiedad".

Los individuos que experimentan ansiedad tienden a sobreestimar el grado de peligro futuro y la probabilidad de daño. "Desde luego, un pensamiento o imagen

⁴³ Beck, A.T., y Emery, G. (1985). DESORDEN ANSIOSO Y FOBIAS; UNA PERSPECTIVA COGNITIVA. Nueva York: Basic books.

específica no es siempre identificable. En tal caso es posible sin embargo, inferir que un esquema cognitivo con un significado relevante al peligro ha sido activado"⁴⁴

6.6.3. DIMENSIONES DE LA ANSIEDAD.

La ansiedad no es un fenómeno único, se manifiesta de manera similar a otras emociones, conjugando tres sistemas de respuesta o dimensiones.

6.6.3.1. SUBJETIVO-COGNITIVA: es el componente que tiene que ver con la propia experiencia interna, e incluye una serie de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. A esta dimensión pertenecen las experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, aprensión, obsesiones, y pensamientos intrusivos de tipo catastrófico.⁴⁵ Esta dimensión tiene como propósito percibir y evaluar los estímulos y/o las manifestaciones ansiosas para su evaluación y consecuente búsqueda de respuesta. De tal forma que la apreciación subjetiva de las otras dimensiones es lo que permite que determinada persona pueda saber que hay una alteración ansiosa.

6.6.3.2. FISIOLÓGICO-SOMÁTICA: la ansiedad se acompaña invariablemente de cambios y activación fisiológica **de tipo externo** (sudoración, dilatación pupilar, temblor, tensión muscular, palidez facial, entre otros), **a nivel interno** (aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, descenso de la salivación, entre otros), **e involuntarios o parcialmente voluntarios** (palpitaciones, temblor, vómitos, desmayos, entre otros). Estas alteraciones se perciben subjetivamente de forma desagradable y ayudan a conformar el estado subjetivo de ansiedad.⁴⁶

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Belloch, A. Sandín, B. Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología. Primera Edición. Editorial McGraw Hill/ Interamericana de España, S.A. Madrid.

⁴⁶ Ibid.

6.6.3.3. MOTOR-CONDUCTUAL: son los cambios observables de conducta que incluyen la expresión facial, movimientos y posturas corporales, aunque generalmente se refiere a las respuestas de evitación y escape de la situación generadora de ansiedad.⁴⁷

6.6.4. FUNCIÓN ADAPTATIVA DE LA ANSIEDAD.

Autores como Beck, McConnell, Sandín, Chorot, y Papalia, coinciden en afirmar que la ansiedad primeramente es una respuesta adaptativa que tiene como objetivo la preparación del organismo para satisfacer las demandas que le hace el medio.

Funciona como una señal de alarma ante la presencia de estímulos potencialmente nocivos para la homeostasis del individuo, el cual hace una evaluación subjetiva de la situación estímulo y actúa de acuerdo a los recursos que considere tener. Sin esta activación de alarma no sería posible asumir, de manera exitosa, los cambios de conducta necesarios para enfrentar la situación estímulo y recuperar el equilibrio. “Su función puede ser equiparada con la del miedo. La experiencia de miedo impele a la persona a hacer algo para terminar o reducir el miedo”⁴⁸

Por tanto la ansiedad es inicialmente una conducta adaptativa que beneficia; y que se torna desadaptativa por la intensidad y duración de los síntomas, así como por la incapacidad de responder debido a que el sujeto considera no poseer los elementos apropiados para cumplir satisfactoriamente con los requisitos de la demanda.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Beck, A.T., y Emery, G. (1985). DESORDEN ANSIOSO Y FOBIAS; UNA PERSPECTIVA COGNITIVA. Nueva York: Basic books.

6.6.5. ANSIEDAD EN EL CUIDADO

Los familiares y amigos que cuidan a un paciente con cáncer pueden también presentar ansiedad. Algunas veces es porque se preocupan por la enfermedad de la persona y su propia capacidad para manejar eficazmente todo el estrés relacionado. Algunas veces es porque la ansiedad de la persona que tiene cáncer les transmite ansiedad. La comunicación pobre entre la persona con cáncer y los familiares y amigos puede ser también una fuente de ansiedad para todos.⁴⁹

6.7. DEPRESIÓN.

La OMS en sus informes sobre salud mental afirma que alrededor de 140 millones de personas sufren de depresión, es así como se hace casi imposible no reconocer este problema, por ende en el mundo muchos centros académicos se han dedicado a estudiar la depresión, como se produce, causas, entre otros.

La depresión definiéndola de una manera sencilla es un trastorno en la afectividad o el estado de ánimo, compuesto por un cuadro de síntomas que abarcan desde el abatimiento y la inhibición hasta la llamada “depresión endógena” con una total apatía.

En los últimos años se ha definido a la depresión por sus características y no por sus supuestas causas u orígenes, como se concebía hace algunos años. Anteriormente se hablaba de "depresión endógena", aduciendo que el trastorno depresivo tendría un origen biológico por falla en los neurotransmisores. Como opuesto a éste, se diagnosticaban depresiones "psicogénicas o reactivas", en las cuales las causas del problema serían factores externos desencadenantes. También se hacía el diagnóstico "depresivo involucional", indicando que el origen

⁴⁹ Tomado de “Guía para el cuidado del paciente en el hogar”. Citado en [://www.fefoc.org/indepa.htm](http://www.fefoc.org/indepa.htm) 01/10/2005 16:06:52]

del problema era la edad de la persona y dependiendo de la gravedad de la depresión, se diagnosticaba como "depresión neurótica", si era más leve; o bien "psicótica" en su forma más severa. A pesar de todo, este enfoque del problema sigue siendo compartido por muchos especialistas.

Sin embargo todo este sistema clasificatorio provocaba una gran confusión, y los especialistas (médicos, psicólogos, psiquiatras) tenían grandes diferencias para decidir en que categoría ubicar a sus pacientes.

Pero no solamente existía ese problema, sino que también se presentaba otro, relacionado con el tratamiento. Ya que si la depresión era endógena, el tratamiento se haría en base a medicamentos; y si la depresión era reactiva, el tratamiento indicado se haría mediante una psicoterapia.

Beck manifiesta en sus últimos informes científicos *"el dividir la psicopatología en campos opuestos, es decir biológicos vs. Psicológicos; o psicofarmacología vs. Psicoterapia, puede ser conveniente en algunos casos y servir para ciertos propósitos prácticos, en rangos estrechos. No obstante, debe ser reconocido que este enfoque es limitado y, finalmente, contraproducente. Los trastornos mentales, como la depresión, no pueden ser considerados ni psicogénicos o bioquímicos, ni reactivos o endógenos"*.

De esta forma como lo indica Beck, la manera más sofisticada de considerar la depresión es reconociendo que los fenómenos psicológicos (como la depresión) y bioquímicos son características particulares de un mismo fenómeno.

No obstante, es necesario considerar que siempre que hay un proceso psicológico, al mismo tiempo hay un proceso bioquímico que lo acompaña. Entonces, de acuerdo con Beck, si hay un proceso psicológico anormal como la depresión, se puede afirmar que el proceso bioquímico también es anormal. **Por tanto, sería facilista decir que la bioquímica sola, causa el trastorno psicológico y viceversa.** Muy seguramente en este trastorno los dos procesos

intervengan y tengan que ver con la presentación de este, por tanto más que buscar las causas monopolizadas de la depresión es importante tener en cuenta los aportes de todas las ramas científicas que investigan sobre este fenómeno.

Para corroborar lo anterior es necesario remitirse a las investigaciones de Seligman, quien demostró que, después de un shock inevitable, los animales permanecían inmóviles y no hacían nada para evitar nuevos estímulos nocivos, de los cuales ellos podían escapar. Este fenómeno se denomina "**desamparo aprendido**", que desde un punto de vista psicológico, puede ser llamado **depresión**; y desde un punto de vista biológico se le denominaría "**depresión**" (sic) (baja de niveles de las catecolaminas). De este comentario se desprende, por lo tanto, que la conducta del animal no puede ser explicada por una causa única, ya sea la biológica o la psicológica.⁵⁰

El nuevo sistema de clasificación de los trastornos mentales es puramente descriptivo: define la depresión por la sintomatología presente, tanto somática, afectiva y cognoscitiva. Con estos criterios bien definidos es más fácil definir y diagnosticar la depresión al menos en teoría.⁵¹

6.7.1. CARACTERÍSTICAS O SIGNOS DE LA DEPRESIÓN (DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO)⁵²

Los síntomas o signos de la depresión se focalizan en cuatro áreas básicas: conductual, afectiva, cognitiva y neurovegetativa.

- a. La persona depresiva pierde el interés en casi todas las actividades usuales, y en las que antes le ocasionaban placer.

⁵⁰ Ruiz, Alfredo. Psicólogo y psicoterapeuta. Nuevos enfoques en el tratamiento de la depresión. Artículo tomado de www.inteco.cl, (22/6/05).

⁵¹ Ruiz, Alfredo. Op. Cit.

⁵² Ruiz, Alfredo. Op. Cit.

- b. Prefiere estar triste, desesperanzada, desanimada. A menudo recurre a expresiones como: "me siento dentro de un hoyo", "creo que toqué fondo".
- c. Hay trastornos del apetito, generalmente por disminución del mismo, junto con una pérdida significativa del peso. Otras personas muestran un aumento del apetito o de la ingestión de alimentos -aunque no haya apetito- y también del peso. En el caso de los niños, tienden a dejar de comer, estancándose en su proceso de crecimiento.
- d. Son comunes los trastornos del sueño: dificultades para quedarse dormido, sueño interrumpido, demasiado sueño (hipersomnía).
- e. El aspecto psicomotor sufre alteraciones: la persona puede sufrir episodios de agitación, incapacidad para permanecer tranquila, estallidos de queja o de gritos. En el otro extremo, hay lentificación psicomotora, que se traduce en un hablar muy pausado y en movimientos corporales lentos. Y en los niños se observa una importante disminución de la actividad.
- f. Casi invariablemente decae la energía. La persona experimenta una fatiga constante, hasta la tarea más pequeña puede parecer una tarea difícil o imposible de lograr.
- g. A esto se agrega un sentimiento de minusvalía. El individuo cree que todo lo ha hecho mal; y recuerda sus errores, magnificándolos. Se reprocha, incluso, detalles mínimos, y busca en el ambiente cualquier signo que refuerce la idea de que él no vale nada.
- h. Hay sentimientos de culpa, igualmente exagerados, sobre situaciones presentes o pasadas.
- i. Es frecuente que la persona tenga dificultades para concentrarse, y que le cueste tomar decisiones o recordar las cosas pasadas.
- j. Se presentan pensamientos constantes acerca de la muerte, que incluso llevan a elaborar ideas suicidas. Aunque puede sentir miedo de morir; no obstante estar convencido de que él y los demás estarían mejor si falleciera.

- k. También se presentan síntomas como: llanto frecuente, sentimientos de angustia, irritabilidad, mal genio, preocupación excesiva por la propia salud física, ataques de pánico y fobias.

Para autores como Dethlefsen⁵³ El depresivo sufre un sentimiento de culpabilidad y continuamente se hace reproches, trata de hacerse perdonar. Dethlefsen analiza tres situaciones que pueden o impulsan a un individuo a sufrir de depresión:

AGRESIVIDAD: se convierte en dolor corporal si no es conducida al exterior. Por ende puede afirmarse que la agresividad reprimida en el aspecto psíquico conduce a la depresión. La psiquiatría trata de inducir al depresivo a alguna actividad, pero esto el depresivo lo vive como una amenaza. El depresivo evita todo lo que no tiene el reconocimiento público y trata de disimular los impulsos agresivos y destructivos con una vida irreprochable. La agresividad dirigida contra uno mismo encuentra su expresión más clara en el suicidio.

RESPONSABILIDAD: La depresión es una forma extrema de huir de las responsabilidades. El miedo a asumir responsabilidad esta en primer termino en todas las depresiones que se producen precisamente cuando el paciente tiene que entrar en otra fase de su vida, por ejemplo, la depresión posparto.

RENUNCIA, SOLEDAD, VEJEZ, MUERTE. Estos cuatro conceptos están íntimamente interrelacionados. El paciente que sufre depresión es obligado forzosamente a afrontar la muerte. Todo lo que esta relacionado con la vida como el movimiento, cambio, relación social y comunicación, es arrebatado al depresivo y se le ofrece un polo opuesto a lo vivo: apatía, inmovilidad, soledad, pensamientos sobre la muerte

⁵³ Dethlefsen, T. y Dahlke, R.(1993). *La Enfermedad como Camino*.. Plaza & Janés.

6.7.2. CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESION SEGÚN EL NIVEL DEPRESIVO

Según el nivel depresivo existen diferentes clasificaciones, entre las cuales se encuentran:

Distimia. Cuando una persona sufre depresión leve ya sea recurrente o duradera, generalmente un sujeto es distímico cuando siempre está infeliz.

Depresión Circunstancial. Un episodio prolongado de tristeza desencadenado a través de una pérdida o desilusión.

Depresión Bipolar. Se caracteriza por un modelo de sube y bajas emocionales extremas que ocurren sin relación a las circunstancias o a los sucesos, asimismo la persona tiene la probabilidad de perder interés en todas las actividades y volverse retraída.

Depresión Mayor. Es un episodio de depresión que dura más de dos semanas y es tan severo que requiere tratamiento.

A nivel general los estados depresivos suceden después de una situación vital que el sujeto _evalúa como de pérdida. En Psicología a esta depresión se la llama reactiva, debido a que se puede hallar un detonante, en Psiquiatría se han estudiado casos de depresiones llamadas endógenas porque se trata de estados depresivos pero que no tienen una causa o es reactivo de algo en particular sino que aparecen imprevistamente. Por ejemplo la depresión dentro de los trastornos Bipolares, hay enfermedades orgánicas no necesariamente las graves que generan estados depresivos, ej. Hipotiroidismo, que además acompaña su sintomatología específica, con dificultades cognitivas, ej. Disminución de la capacidad atencional.

En aras de aporte a la investigación, y porque es un estudio psicológico se enfatizará en la depresión reactiva, sin desconocer factores neurológicos; el cuidado de un familiar enfermo con cáncer, puede ser un desencadenante claro, cuando la depresión se instala las representaciones del sujeto se expresan siempre de la misma forma, como negativas pesimistas, autodesvalorativas, interviniendo no solo en el área problema (pareja, trabajo, etc) sino a todas por igual.

Para la Psicología Cognitiva este tipo de actuación se la denomina sobregeneralización. Manifestándose directamente una creencia irracional y por tanto una idea irracional que hace que este individuo no tenga una explicación clara de estas ideas, las cuales degeneran en comportamientos sociales desfavorables, manifestando una disminución en las habilidades sociales.

6.7.3. ENFOQUE COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN:

MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN DE BECK

Siguiendo con el enfoque cognitivo que se le ha dado a esta investigación, es pertinente remitirse a Aarón Beck y examinar el modelo cognitivo de la depresión que el plantea. Aunque inicialmente este autor se formó en Psicoanálisis y luego a mediados de la década del '70 incorpora este nuevo enfoque de la depresión pero ya desde el campo de la Psicología y Psicoterapia Cognitiva. En sus estudios este autor comprobó que los pacientes depresivos reportaban contenidos de pensamiento negativo, que no se observaban en aquellos pacientes no deprimidos. Estos pensamientos estaban referidos a las siguientes temáticas:

Su modelo se basa en estos 3 postulados básicos:

- ***Acerca del si mismo:*** Así el sujeto depresivo se percibe y considera así mismo como desgraciado, torpe, carente de valor, inútil “bueno para nada”, fracasado, (sobregeneralización) tiende a rechazarse y cree que los demás lo rechazan a el.
- ***Sus propias experiencias:*** Todo lo que le pasa se valora como negativo, aparece la queja, incomprensión del entorno según el sujeto.
- ***Su futuro:*** No es promisorio, apenas se interesa por otra cosa que no sea el como se siente, tiene desesperanza, y no espera nada bueno de el.

La apatía se ha definido como un estado generalizado de indiferencia que envuelve todo el impulso vital y que se manifiesta por el desinterés en todas las actividades del sujeto.

6.7.4. SINTOMATOLOGIA DE LA DEPRESIÓN

6.7.4.1. SÍNTOMAS COGNITIVOS

En general, el curso del pensamiento de los pacientes con depresión se caracteriza por su tendencia al enlentecimiento. También es frecuente la dificultad de ideación o de generar ideas (que puede referirse como un estado de confusión), la pérdida de vivacidad y una disminución general para discurrir, pensar y concentrarse (inhibición del pensamiento), y a menudo la indecisión, las dudas, los escrúpulos morales y la monotonía de las ideas.

El contenido del pensamiento de los individuos con depresión se caracteriza por una tonalidad pesimista. Son también frecuentes los autorreproches y la valoración negativa de su persona y sus bienes.

6.7.4.2. SÍNTOMAS CONDUCTUALES

El cambio en la conducta habitual del paciente suele ser algo evidente tanto para el paciente como para las personas de su entorno. Clásicamente se han descrito síndromes clínicos en los que predomina la inhibición y otros en los que predomina la agitación. Sin embargo, en un mismo paciente pueden coexistir ambos síntomas.

Habitualmente, la inhibición motora se traduce en una disminución de la actividad. Aparece una disminución progresiva del rendimiento paralela a la apatía y a la abulia. En algunos casos, esto puede alcanzar el grado límite o la incapacidad absoluta para realizar cualquier actividad.

6.7.4.3. SÍNTOMAS SOMÁTICOS

En la constelación de síntomas somáticos que clásicamente son descritos en los síndromes depresivos destaca la alteración del ritmo circadiano del humor. Esta alteración se caracteriza por la variación diurna del estado de ánimo en forma de un empeoramiento matutino y una mejoría vespertina.

La alteración del sueño es uno de los síntomas que con frecuencia forman parte de las quejas de los pacientes con depresión. Puede ser referido como insomnio de conciliación (dificultar para iniciar el sueño), medio (dificultad para mantener el sueño, con frecuentes despertares nocturnos) y como despertar precoz (el paciente se despierta antes de lo habitual y ya no puede volver a conciliar el sueño).

Además, junto a la astenia y fatigabilidad, que suele ser más intensa durante las primeras horas del día, entre los síntomas vegetativos que pueden formar parte de la clínica de la depresión se encuentran, entre otros, los siguientes:

Cefaleas o dolores de cabeza. Otros dolores: Algias musculares generalizadas y poliartalgias atípicas. Síntomas gastrointestinales: La disminución del apetito suele ser el síntoma gastrointestinal más precoz. Aunque menos habitual, puede existir un aumento del apetito junto con ganancia de peso; esto suele relacionarse con la presencia de ansiedad y es más frecuente en mujeres. Pérdida de la libido: En general, la pérdida de la libido es uno de los primeros síntomas que aparecen en las etapas iniciales de la depresión, y suele ser uno de los últimos en recuperarse con la mejoría clínica. Trastornos del equilibrio. Otros síntomas: Sudoración, palpitaciones y/o parestesias.

6.7.4.4. SÍNTOMAS AFECTIVOS

La tristeza patológica, también denominada tristeza vital, humor depresivo o humor disfórico, es el síntoma nuclear del síndrome depresivo. Se caracteriza por su cualidad negativa, desagradable, displacentera, difícil de expresar y a veces difícil de percibir, y que envuelve al sujeto y a todo su mundo relacional intra e interpersonal.

La ansiedad, estado de alerta que se experimenta como un miedo intenso sin causa conocida, que puede manifestarse en la impresión subjetiva del paciente como si estuviese esperando algún acontecimiento terrible, acompañándose de fenómenos de inquietud, intranquilidad, desasosiego, desesperación y necesidad urgente de alivio o ayuda.

La irritabilidad se suele caracterizar por la reacción desproporcionada e injustificada ante cualquier estímulo, de forma violenta, denotando una hipersensibilidad morbosa, y a menudo con una actitud huraña por parte de los pacientes y tratando de evitar el contacto con los demás.

La anestesia del sentimiento o la incapacidad de expresar otros sentimientos u otras preocupaciones por su entorno. Los pacientes suelen estar invadidos por

una sensación de vacío interior que les impide experimentar interés por las personas que les rodean.

Esta revisión teórica proporciona un escenario donde se enmarca el estudio, facilitando la perspectiva temática, y permitiendo fundamentar el proceso investigativo del estudio.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Según resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud que establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y dentro de este artículo 11 que clasifica las investigaciones en determinadas categorías, la investigación a realizar es INVESTIGACION SIN RIESGO. “son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de la conducta”. Es una investigación de carácter descriptivo que utiliza escalas estandarizadas y un cuestionario de datos sociodemográficos para la recolección de datos y por lo tanto no existe ningún riesgo que implique la manipulación experimental en humanos.

La muestra fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Las muestras tomadas y los resultados, permanecen en el anonimato, y por ninguna razón ni medio se divulgará la identidad de quienes participaron en la investigación, esto con el fin de respetar el derecho a la confidencialidad.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ningún procedimiento fue iniciado sin previa información suministrada por el investigador acerca de lo que se iba a realizar al individuo sujeto objeto de estudio, esto se efectuó a través de un consentimiento informado (ANEXO 1), que notifica al individuo que participa en la investigación sobre la importancia, riesgos y

finalidad del estudio; sobre confidencialidad de la información y posibles usos. Para proceder en el proceso muestral y la valoración de cada persona, el consentimiento informado tuvo en cuenta los siguientes requisitos principalmente (Barcia y Pozo 1998)

VOLUNTARIEDAD: Los sujetos podían decidir libremente su participación sin ningún tipo de presión externa o persuasión por parte del equipo investigador.

INFORMACIÓN A LOS SUJETOS: Se les suministraba una breve descripción de la investigación y sus objetivos, aclarando las dudas que se suscitan.⁵⁴

COMPETENCIA: los sujetos participantes en la investigación tenían la capacidad de tomar la decisión sobre la participación en este proyecto y conocer los aspectos que podrían afectarlos al participar (confidencialidad de los datos y recepción de información de los resultados) ya que el riesgo es mínimo y por tanto el nivel de competencia exigible es bajo.

Con la firma de este documento el individuo autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Una vez leído, aceptado y firmado este documento, se procedió a la aplicación de los instrumentos.

⁵⁴ El consentimiento informado fue suministrado a los sujetos de forma escrita, pero se complementaba con una charla breve que abarcaba el resumen de la investigación (porque, para que, que fines tiene) y otras dudas que los sujetos hacían.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación se desarrolló aplicando el enfoque metodológico cuantitativo con un diseño descriptivo correlacional no experimental y transversal.

8.1. ENFOQUE:

Cuantitativo porque no pretende interpretar, ni comprender la experiencia humana sino cuantificar los datos obtenidos y analizarlos. Además es cuantitativo porque utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población ⁵⁵

8.2. TIPO DE DISEÑO:

Descriptivo porque estos estudios buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke 1989). Miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.⁵⁶ Tratan de medir de forma independiente los conceptos o variables a que se refieren sin establecer relaciones causa-efecto. Y correlacional porque este tipo de estudios tienen como propósito establecer el

⁵⁵ Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar. Metodología de la investigación. Tercera edición. McGraw Hill.2003. Pág. 4 705.

⁵⁶ *Ibíd.*

grado de relación que existe entre dos o mas conceptos o variables (en un contexto en particular)⁵⁷

Requieren de conocimiento previo teórico e investigativo para poder construir instrumentos de medida válidos y confiables.

El método se basa en indagación, registro y definición. Los estudios de tipo descriptivo trabajan sobre realidades existentes en este caso, el cuidado de pacientes oncológicos, describiendo las características sociodemográficas y del estado emocional.

Es importante tener en cuenta que en el desarrollo de este estudio descriptivo no hay control sobre las variables independientes, no hay manipulación experimental y menos una asignación aleatoria de los grupos, por consiguiente la investigación es No experimental como lo señalan Hernández, Fernández y Baptista “la investigación No experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables”.⁵⁸

8.3. POBLACIÓN, UNIVERSO Y MUESTRA

8.3.1. UNIVERSO

Son las y los cuidadores familiares de pacientes que padecen de cáncer y son atendidos en la Unidad de Cancerología de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, en un periodo comprendido desde enero de 2006, hasta junio de 2006.

⁵⁷ Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar Op. Cit Pág. 63.

⁵⁸ Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar. op cit

8.3.2. POBLACIÓN

Son las y los cuidadores familiares de pacientes que padecen de cáncer atendidos en la Unidad de Cancerología del Huila de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, en un periodo comprendido desde enero de 2006, hasta junio de 2006. Para la selección de la población se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con cáncer. De esta población encontrada se incluyeron los que cumplieron con los siguientes criterios:

- Edad: 18 años en adelante
- Grado de consanguinidad: primer grado, segundo grado, tercer grado
- No recibir remuneración por el cuidado
- Cuidadores de pacientes adultos
- Cuidadores de pacientes en tratamiento medico oncológico.

8.3.3 MUESTRA

Son los cuidadores que han sido seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia del universo.

8.3.4. TIPO DE MUESTREO

Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, en el cual no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser elegidos debido a que implica el empleo de una muestra integrada por las personas o los objetos cuya disponibilidad como sujetos de estudio sea más CONVENIENTE.

8.3.5. ELECCION DE LA MUESTRA

REVISIÓN ESTADÍSTICA DE ENFERMOS DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER.(N)

Revisión hecha para saber cual es la población que intervendrá en la investigación, para esto en primera instancia se revisaron las estadísticas suministradas por la auditoria de salud de la unidad de cancerológica del HUHMP. En estas estadísticas se discriminó a los pacientes ingresados desde enero de 2006 hasta junio de 2006. Se procedió a identificar el número total de pacientes; dando como resultado 379 pacientes. No se discriminó tipo de cáncer ni fase de tratamiento, sino que fuesen pacientes vigentes o en tratamiento actual, para tal fin se requirió realizar el paso siguiente:

REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS:

Esta revisión se la hizo para detectar pacientes activos o en tratamiento, además en esta revisión se recolecto información sobre direcciones, esto con el fin de ubicar al cuidador. También ayudó para detectar algunos criterios de inclusión como edad y sexo del paciente. La revisión dio como resultado 345 pacientes en tratamiento.

UBICACIÓN Y COMPROMISO:

Al ubicar al paciente se constató con el mismo o con la familia si este requería la ayuda de un cuidador. Esta labor se hizo con llamadas telefónicas o personalmente en la unidad de cancerología, cuando los pacientes iban a exámenes médicos. Resultando 332 pacientes que requerían de un cuidador permanente.

Se indago sobre el tipo de cuidador, si era familiar o cuidador pagado, esto como criterio de inclusión. 8 pacientes manifestaron tener a un cuidador pagado. Hasta este momento la población era de 324 cuidadores, se tuvo en cuenta otros factores como ausencia y negación a la participación en el estudio. Finalmente la población quedo establecida por 321 cuidadores familiares.

La muestra se obtuvo con el software estadístico STATS V1.1 y quedó compuesta por **70 personas**, con un error máximo aceptable de 9%, y un nivel de confianza de 90%

8.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

En el presente estudio la recolección de datos se hizo por medio de las siguientes técnicas e instrumentos, seleccionados porque se ajustaron a las teorías encontradas, a las variables seleccionadas y al tipo de población escogida.

8.4.1. ENCUESTA PERSONAL PARA RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La encuesta personal consiste en una entrevista que se establece entre dos personas, para obtener información sobre unos objetivos determinados. Es la que proporciona mayor abundancia en los datos, se observa el comportamiento en forma directa. A través de las encuestas se puede recoger gran cantidad de datos tales como actitudes, intereses, opiniones, conocimiento, comportamiento (pasado, presente y futuro), así como los datos de clasificación relativos a medidas de carácter demográfico y socio - económico. Así la encuesta se utilizo como técnica para la recolección de datos sociodemográficos, a través de un cuestionario.

8.4.2. INSTRUMENTOS

CUESTIONARIOS

Los cuestionarios constituyen un conjunto de preguntas estructuradas y enfocadas que se contestan generalmente con lápiz y papel. Es tal vez el instrumento más utilizado para recolectar información sobre una o más variables. Generalmente exploran varios aspectos o dimensiones de una variable

8.4.2.1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO (ANEXO 2)

En la investigación se utilizó un cuestionario sociodemográfico como instrumento para la recolección de la información pero con dos ítems finales de preguntas abiertas para recolectar datos sociodemográficos. La captación de la información se realizó con la colaboración expresa de los individuos encuestados.

Este cuestionario fue realizado por los autores de la investigación; para la validación el instrumento se presentó a tres jueces expertos para la revisión, corrección y aprobación, los tres jueces fueron dos docentes psicólogos del Programa De Psicología de la Universidad Sur colombiana y un medico del Hospital Universitario de Neiva

El cuestionario contiene 18 ítems, 12 de ellos sobre información personal y social del cuidador, 3 más sobre tiempo de cuidado al paciente y 2 ítems finales que son preguntas abiertas que indagan sobre percepción de la vida cotidiana y salud de los cuidadores, puesto que las respuestas son libres y diversas, se leyó cada una de ellas y después se realizó una categorización de acuerdo a las respuestas obtenidas; esto con el fin de codificar los datos y anexarlos en la base de datos realizada en Excel.

Para el ítem 17 del cuestionario sociodemográfico “¿ha cambiado de algún modo su vida cotidiana debido al cuidado que realiza su familiar?” las categorías quedaron establecidas de la siguiente manera:

1. *Tiempo de atención al paciente*: la demanda de atención y cuidado hacia el familiar enfermo reduce el tiempo habitual del cuidador modificando sus horarios y repercutiendo en sus actividades cotidianas como trabajo, estudio y labores domésticas entre otras. disminuyendo el tiempo extra utilizado para compartir con amigos o familiares
2. *Alteración de las relaciones de pareja*: el tiempo disminuido por la atención centrada al familiar enfermo, hacen que el miembro de la pareja que se dedica al cuidado del familiar demande menos atención a su pareja y se presenten dificultades en la relación, inclusive llegando a alterar la dinámica familiar, al respecto familiares cuidadores afirman “...el estar pendiente de mi mamá me ha distanciado de mi esposo...”, “deje mi trabajo y a mí esposo, me convertí en la cabeza de hogar...”
3. *Inestabilidad económica*: la atención al paciente implica nuevos gastos, por tanto la economía familiar se ve alterada.
4. *Perdida de trabajo*: el tiempo que demanda el cuidar al familiar hace que la inasistencia al trabajo sea frecuente y por tanto derive en abandono del cargo o despido de este. conllevando a acrecentar los problemas económicos.
5. *Desconocimiento de la enfermedad*: la mayoría de los cuidadores afirmaron su preocupación por la situación de su familiar, debido al desconocimiento de la enfermedad (etiología, proceso,) incitado además por creencias irracionales adquiridas en su entorno, a este respecto hubo cuidadores que

afirmaron “...uno escucha cáncer y se me viene el mundo encima...”, “...cuando supe que (mi familiar) tenía cáncer creía que se iba a morir rápidamente porque me dijeron que eso no tenía cura”. inclusive el desconocimiento sobre la enfermedad hizo que en algunos familiares surgieran ideas irracionales, generando posteriormente estados de angustia, alterando su estabilidad emocional, “*yo creo que el cáncer que tiene (mi familiar) puede ser contagioso...*” comparando al Cáncer con otras enfermedades como el sida que si lo es, todo esto producto del desconocimiento.

6. No

Para el ítem 18 *¿ha sentido que su salud se ha deteriorado desde el momento que comenzó a cuidar a su familiar?* que se refiere a salud percibida por el cuidador las categorías fueron:

1. *Dolores Corporales (Cabeza Y Muscular)*
2. *Perdida De Peso- Debilidad – Cansancio*
3. *Alteración de la Tensión arterial.*
4. *Aliteración Del Sueño*
5. *No*

8.4.2.2. ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESIÓN DE ZUNG (ANEXO 3)

DESCRIPCIÓN

La Escala Autoaplicada de Depresión de (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton,

ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

En la escala de depresión de Zung el individuo cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al individuo que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”, en otras se hace referencia a “su situación actual”⁵⁹, o a la semana previa⁶⁰.

La escala de Zung en Colombia ha sido validada por el Grupo de Investigación del Hospital Mental de Antioquia, como método de tamizaje, por tanto se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad. Mostrando adecuada sensibilidad, (89 y 93%) especificidad (25 y 40%) y fiabilidad. Además, esta prueba tiene una adecuada correlación con la escala de Hamilton para depresión (0.60-0.80) y no

⁵⁹ Conde V, Franch J. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn, 1984. P 62-76.

⁶⁰ Hamilton M, Shapiro CM. Depression. En: Peck DF, Shapiro CM (eds). Measuring human problems. New York: Wiley, 1990; p. 27, 37.

es influenciada por sexo, género, ingreso económico, estado marital ni nivel de educación.⁶¹ Todas estas conclusiones proporcionadas por el grupo mencionado.

Además en Colombia se han hecho diversos estudios, donde se ha utilizado esta escala, mostrando validez para utilizarla en esta investigación^{62_63_64_65_66_67_68_69}

INTERPRETACIÓN

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como la sumatoria de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

⁶¹ Grupo Hospital Mental de Antioquia. Servicio de Farmacodependencia. Manual de Aplicación, Calificación e interpretación. Segundo Taller sobre Aplicación de Instrumentos Clínicos Investigativos en la Adicción. Hospital Mental de Antioquia, sept., 1988.

⁶² Prevalencia De Depresión, En Estudiantes De Medicina De La U. Del Valle Carlos Aiberto Miranda Bastidas. Tomado de Revista Colombiana Df Psiquiatría Vol XXIX / V 3 2000

⁶³ Propuesta De Una Versión Abreviada De La Escala De Zung Para Depresión Luis Alfonso Díaz, M.D., M.Sc. tomado de: Colombia Médica Vol. 36 N° 3, 2005 (Julio-Septiembre)

⁶⁴ Factores De Riesgo Asociados Al Síndrome Depresivo En La Población COLOMBIANA Carlos Gómez Restrepo¹, Nelcy Rodríguez Malagón² Rev. Col. Psiquiatría, Vol. XXVI, No. 1, 1997.

⁶⁵ La Depresión Como Factor De Riesgo Asociado A La Aparición Del Síndrome Coronario En Pacientes Atendidos En Cardiodiagnosticos S.A. Barranquilla, Edgar Navarro Lechuga I semestre del 2003.

⁶⁶ Factores Asociados Al Intento De Suicidio En La Poblacion Colombiana. Carlos Gómez-Restrepo, M. D. y cols. Tomado de revista colombiana de psiquiatría vol XXXI, N° 4, 2002

⁶⁷ Mezquita ME, González RE, Zuluaga D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Rev Colomb Psiquiatr* 2003; 32: 341-356.

⁶⁸ Caracterización De La Depresión En Jóvenes Universitarios. Marcela Arrivillaga Quintero Y Cols Pontificia Universidad Javeriana-Cali. 2003

⁶⁹ González A, Campo A, Haydar R. Síntomas depresivos en estudiantes de psicología. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1999; 45: 234-239.

Conde y cols⁷⁰ proponen los siguientes puntos de corte:

AUSENTE	< 35
DEPRESIÓN LEVE	36-51
DEPRESIÓN MODERADA	52-67
DEPRESIÓN GRAVE	> 68

En esta investigación se utilizará esta puntuación y el síndrome de depresión se definió con un puntaje en la escala de Zung de 36 puntos o más.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92).

Validez:

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.60 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

En población geriátrica disminuye su validez, tanto para cuantificar la intensidad / gravedad de la depresión, como a efectos de cribado o detección de casos,

⁷⁰ Conde V, Franch J. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn, 1984. p 62-76.

debido al elevado peso relativo que tienen los síntomas somáticos en el puntaje total. En nuestra investigación esto es poco relevante ya que la población diana a la cual se le aplicara el cuestionario es variable en cuanto a la edad y no se especifica solo en ancianos. Orientadas más hacia el paciente geriátrico, se han desarrollado versiones abreviadas, con menor peso de los síntomas somáticos, que han tenido una difusión muy limitada.

8.4.2.3. ESCALA HETEROAPLICADA DE ANSIEDAD DE ZUNG. (ANEXO 4)

Fue diseñada por Zung⁷¹ en 1971 con objeto de disponer de un instrumento que permitiera la comparación de casos y datos significativos de pacientes con ansiedad. Según su autor, debería permitir el seguimiento, cuantificar los síntomas, ser corta y simple y estar disponible en dos formatos.

En realidad se trata de dos escalas, una heteroadministrada (*Anxiety Status Inventory*) la cual utilizaremos en la investigación (ASI) y otra autoadministrada (*Self-rating Anxiety Scale*) (SAS).

Las 2 escalas constan de los mismos 20 ítems, pero adaptados a la forma de administración de cada una. 5 hacen referencia a síntomas afectivos y 15 a síntomas somáticos de ansiedad. Se hará referencia a la ASI que es la que presentamos en esta investigación.

Los ítems deben ser valorados por el examinador en una entrevista con el paciente y utilizando tanto las observaciones clínicas como la información aportada por el paciente. Las preguntas deben hacer referencia a un periodo anterior de una semana, con objeto de estandarizar los datos.

⁷¹ Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971.

Cada ítem debe valorarse de forma independiente, como una unidad. Cada puntuación debería ser el promedio de un amplio rango de respuestas observadas u obtenidas y no necesariamente la máxima severidad.

Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. Un ítem es anotado como positivo y presente cuando el comportamiento es observado, cuando es descrito por el paciente como que le ha ocurrido o cuando él mismo admite que el síntoma es todavía un problema. Por el contrario, es presentado como negativo o ausente cuando no ha ocurrido o no es un problema, el individuo no da información sobre el mismo o cuando la respuesta es ambigua tras una investigación adecuada.

Esta escala en Colombia ha sido utilizada en algunos estudios indicando la validez para utilizarla en esta investigación.⁷²

INTERPRETACIÓN

La puntuación total es la suma de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor grado de ansiedad. La puntuación media obtenida en pacientes con trastorno de ansiedad es de $62 \pm 13,8$. En otras patologías psiquiátricas como esquizofrenia, depresión, trastornos de la personalidad o trastornos transitorios la puntuación osciló entre $49,4 \pm 15,9$ y $52,6 \pm 13,6$. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Los resultados no parecen influenciarse por la edad, pero sí por el sexo, la clase social, la profesión, la religión y la nacionalidad⁷³.

⁷²Restrepo, Carlos Gómez. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. Artículo tomado de revista colombiana de psiquiatría vol XXI N° 4 2002. Pág. 271.

⁷³Merz WA, Ballmer U. Demographic factors influencing psychiatric rating scales (Zung SDS and SAS). Pharmacopsychiatry 1984

Se ha utilizado en estudios sobre patologías psiquiátricas⁵, farmacológicos, cuadro médicos no psiquiátricos⁷⁴ y en población normal como ancianos y pilotos para valorar la ansiedad.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Validez:

La correlación entre la puntuación de cada ítem y el total oscila entre 0.34 y 0.65.

Fiabilidad:

Los coeficientes de correlación fueron estudiados por Zung. Entre ASI y SAS es de 0,66 y entre ASI y *Taylor Manifest Anxiety Scale* de 0,33.

Los puntos de corte a utilizar son⁷⁵

SIN ANSIEDAD	35
ANSIEDAD BAJA	36-51
ANSIEDAD MODERADA	52-67
ANSIEDAD GRAVE	68-80

El síndrome de ansiedad se definió con un puntaje en la escala de Zung de 36 puntos o más.

⁷⁴ Linares A, Rodrigo L, Pérez R, Sánchez JL, Rodríguez A, Arribas JM. Pronóstico de los pacientes con síndrome del intestino irritable. Estudio prospectivo con seguimiento de un año. Rev Esp Enf Digest 1990;

⁷⁵ Estos puntos de corte fueron utilizados en la investigación FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN LA POBLACION COLOMBIANA. Carlos Gómez-Restrepo, M. D. y cols. Tomado de revista colombiana de psiquiatría vol XXXI, N° 4, Pág. 277. 2002

9. PROCEDIMIENTO

La investigación fue elaborada través de tres fases, en primera instancia se elaboró un proyecto teórico del estudio; consistió en la realización de la estructura de la investigación, cuyo objetivo fue la Presentación escrita del proyecto el cual estuvo conformado por: Planteamiento del problema, Objetivos, Justificación, Marco teórico, Diseño metodológico, Evaluación y Correcciones, el tiempo de ejecución de esta fase fue de dos semestres, iniciando en junio de 2005 y finalizando en diciembre de 2005.

La fase dos correspondió a la parte práctica de la investigación, donde se recolectaron los datos, para tal fin se presentó el proyecto en la Unidad de Cancerología del Huila, lugar donde se realizó el estudio. Después se seleccionó la muestra según la revisión de historias clínicas de pacientes oncológicos, y finalmente se aplicaron los instrumentos de evaluación. El tiempo de ejecución de esta fase fue de enero de 2006 hasta junio de 2006.

Finalmente una tercera fase que consistió en el análisis de los datos, para ello se eligió el método estadístico adecuado de acuerdo a la metodología de la investigación. Por tanto los datos obtenidos se introdujeron en Excel construyendo una base de datos, esto facilito la obtención de frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas y del estado emocional, esta información fue la base del posterior análisis de los datos. Donde también se utilizó el software estadístico STATS, versión 1.1 para encontrar diferencias significativas entre variables. Para hacer un análisis mas completo y buscar significancia estadística con $p \leq 0.05$ para las variables sociodemográficas y estado emocional se utilizo la correlación de Pearson. El tiempo de ejecución de la fase fue desde julio de 2006 hasta agosto de 2006.

10. RESULTADOS

Una vez se aplicaron las pruebas, se codificaron los datos y se interpretaron por medio de Excel y el Paquete Estadístico STATS v 1.1. Debido a que es un estudio descriptivo correlacional, se obtuvieron correlaciones de Pearson para observar la relación entre variables con el objetivo de identificar diferencias significativas.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CUIDADORES SEGÚN LA VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA

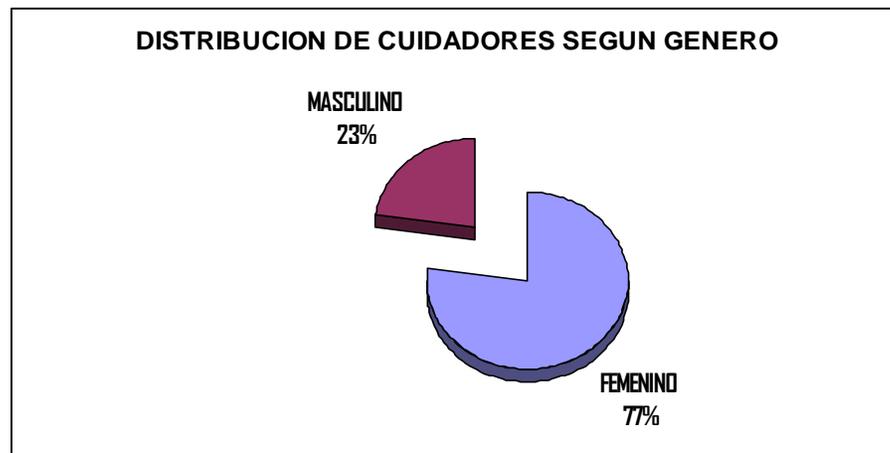


Figura N° 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES SEGÚN GENERO.

Teniendo en cuenta el género, se observó mayor presencia de las mujeres con un 77%, en tanto que el género restante, 23%, corresponde al sexo masculino. Aproximadamente las 4/5 partes de las cuidadoras familiares son mujeres.

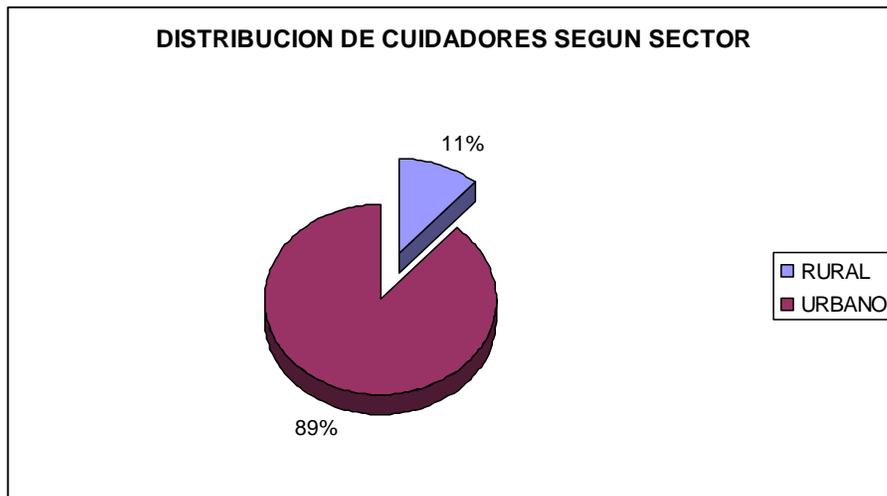


Figura N° 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES SEGÚN SECTOR.

Del total de cuidadores familiares, en su mayoría, se encuentran en el sector urbano con un 89%, mientras que en el sector rural habitan 11%. Indicando que el mayor porcentaje de los cuidadores se encuentran en la ciudad.

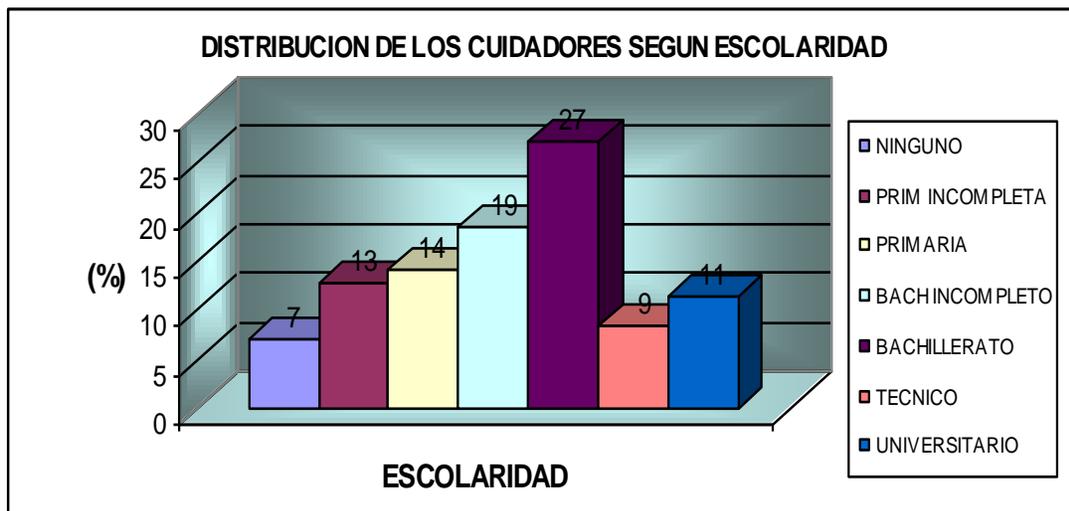


Figura N° 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES SEGÚN ESCOLARIDAD

La mayoría de los cuidadores han tenido algún tipo de estudio, solo el 7% de ellos tienen un grado nulo de educación, el grupo que predomina es el que obtuvo el grado de bachiller académico con un 27%. El 20% de los cuidadores cursan o han

cursado estudios superiores, en este grupo se destacan los universitarios/as con 11%.

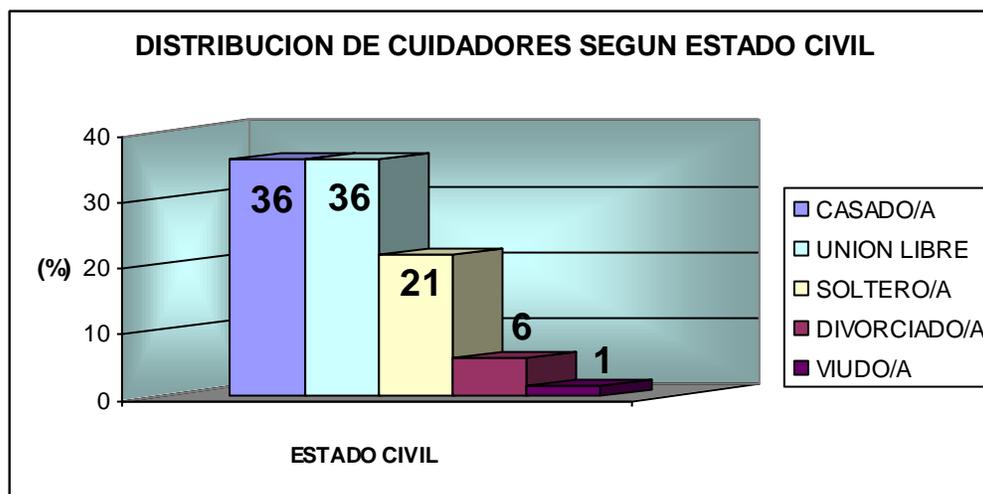


Figura N° 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES SEGÚN ESTADO CIVIL

Existe una paridad entre cuidadores casados y en unión libre con un 36%, posteriormente se encuentran los cuidadores solteros con un 27%, el 6% son divorciados y tan solo el 1% son viudos.

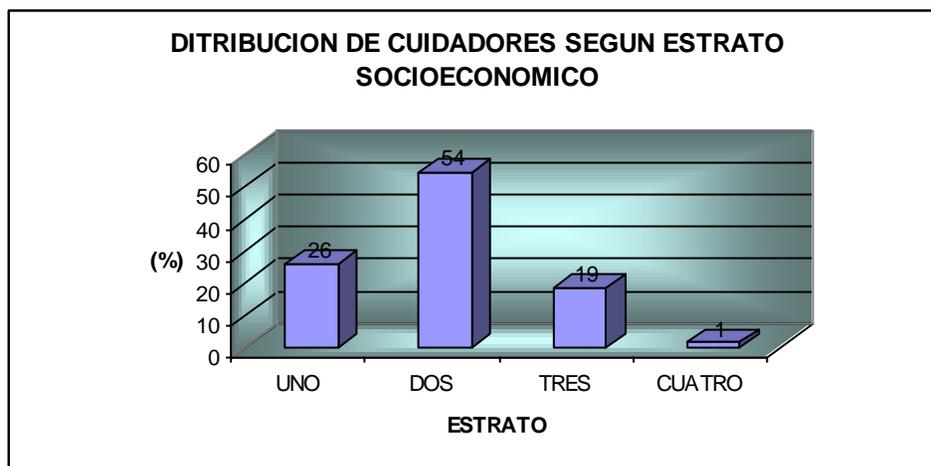


Figura N° 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES SEGÚN ESTRATO SOCIOECONOMICO

El 26 % de los cuidadores corresponden al estrato uno, el 54% de ellos se ubican en el estrato dos; siendo este el que mas predomina en la muestra, en el estrato tres 19% y un 1% en el estrato 4. En la muestra no se encontraron familias que correspondan a los estratos 5 y 6. Lo cual indica que la mayoría de las personas objeto de estudio se encuentran ubicados en los estratos socioeconómicos bajos.



Figura Nº 6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES SEGÚN OFICIO ACTUAL

El oficio que predomina en los sujetos de estudio, es el de ama de casa con un 49%, le siguen oficios varios con un 20% (en este grupo se incluye sub-empleos como vendedor ambulante u otros empleos de medio tiempo, este tipo de ocupación no es estable sino ocasional es decir, hay momentos en que trabajan y otros en que no), es importante resaltar que el ser estudiante universitario/a no es un oficio remunerado económicamente, es una labor u oficio que demanda tiempo como los otros, un 13% de los cuidadores son estudiantes universitarios.

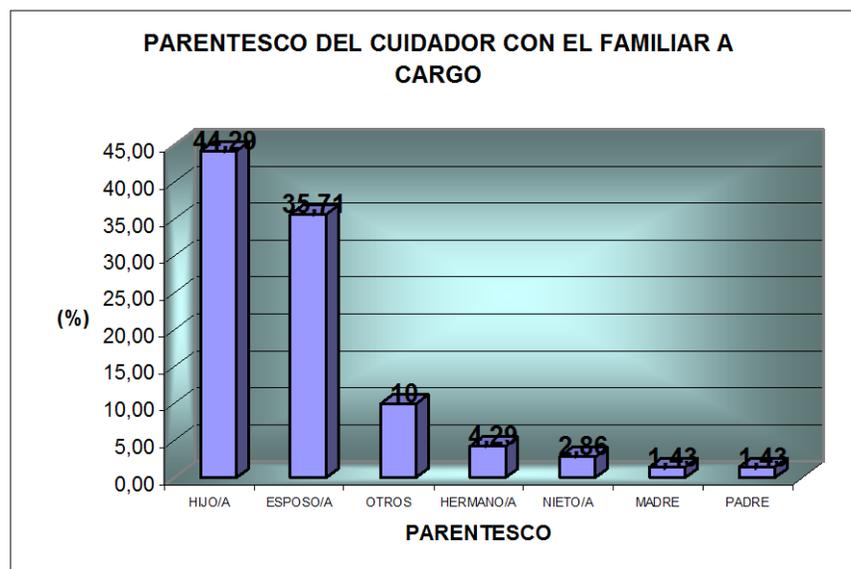


Figura Nº 7 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES SEGÚN PARENTESCO CON EL PACIENTE.

El parentesco familiar que predomina entre los cuidadores y el enfermo a cargo, son los hijos o hijas con un 44,29%, en seguida están los esposos o esposas con 35,71%, sigue el grupo de otros con 10% (aquí se incluyen sobrinos, nueras, yernos, primos y abuelos), los nietos/as ocupan el 2,86% y finalmente con similar porcentaje se encuentran la madre y el padre del enfermo oncológico con 1,43% para cada uno de ellos.

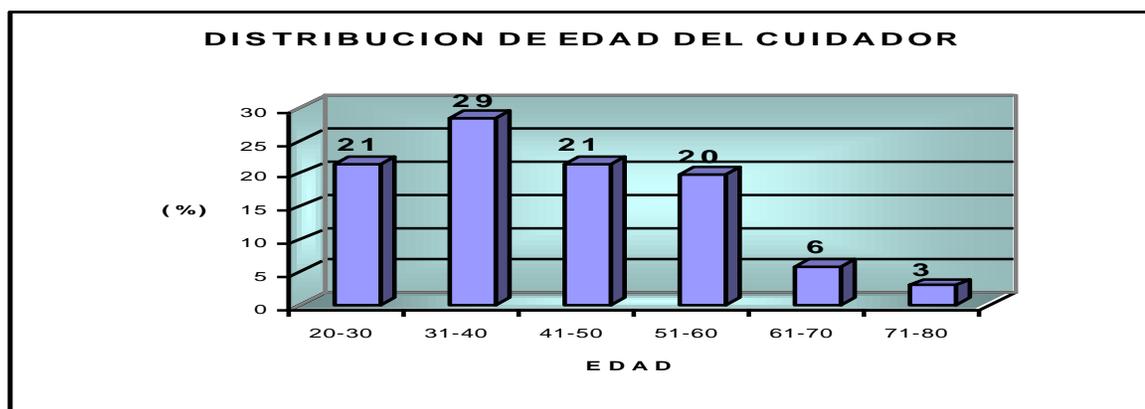


Figura Nº 8 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES SEGÚN EDAD

La edad promedio de los cuidadores es de 42. *Es importante anotar que la muestra de cuidadores que va de los 71 a los 80 años de edad es muy pequeña para que represente a su categoría y poder generalizar los resultados.*

El mayor porcentaje de cuidadores se concentra dentro del rango que va de los 31 a los 40 años con un porcentaje de 29, siguiéndolo en orden descendente el rango de los 20 a los 30 años y de los 41 a los 50 años con un 21 %, la distribución de edad de los 60 años en adelante tiene un porcentaje total de un 9 % lo que significa que los adultos mayores poseen una diferencia significativa por su menor presencia en el cuidado de los pacientes oncológicos.

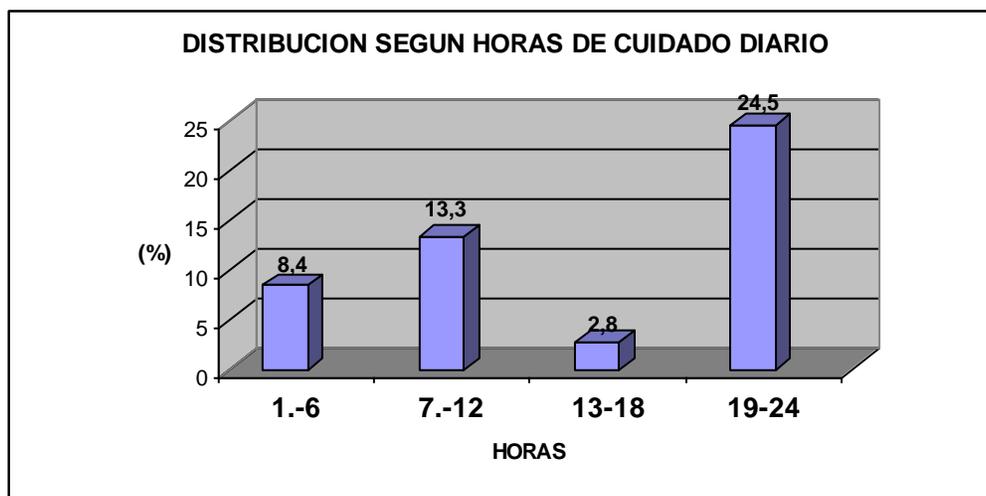


Figura N° 9 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES SEGÚN HORAS DE CUIDADO DIARIO.

Los cuidadores en promedio cuidan al familiar 16 horas diarias, tomando como base intervalos de 6 horas en el tiempo de cuidado diario, se estableció que la mayor presencia de cuidadores se encuentra dentro del espacio de las 19 a las 24 horas diarias con un porcentaje de 24.5, posteriormente se encuentra que el 13.3 % de los cuidadores dedican de 7 a 12 horas de su tiempo diario al cuidado, en seguida está el 8.4% del total de los cuidadores que cuidan a su familiar de 1 a 6

horas diarias. por último, podemos observar que en menos proporción de cuidadores pero en una gran cantidad de horas, se encuentra el 2.8% con un tiempo de cuidado que va de las 13 a las 18 horas diarias, esto nos indica que en general, los cuidadores dedican una gran cantidad de su tiempo al cuidado total o parcial del familiar enfermo.

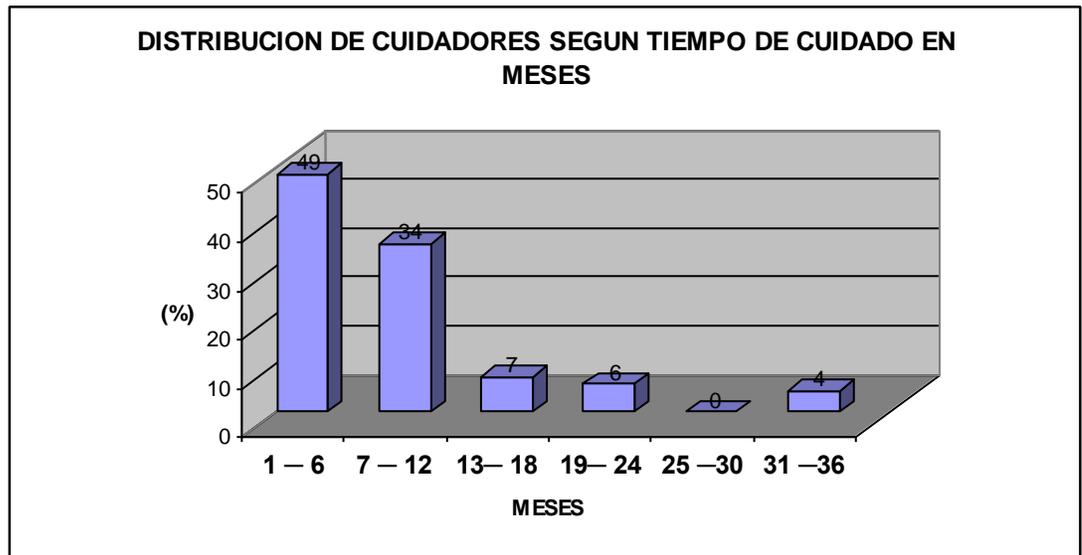


Figura N° 10 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES SEGÚN TIEMPO DE CUIDADO EN MESES.

Los meses que han atendido los cuidadores al familiar en promedio es de 9, pero de acuerdo al rango en meses se estableció que un gran número de los cuidadores, un 49%, viene cuidando a su familiar en un intervalo que va de los 1 a los 6 meses, se evidencia también que un 34% de los cuidadores llevan de 7 a 12 meses en el cuidado de su familiar; por último sumando los porcentajes de los cuidadores en el espacio que va de los 13 a los 36 meses dio como resultado total un 17%, indicándonos que existe una menor proporción de personas que vienen cuidando su familiar una cantidad considerable de meses.

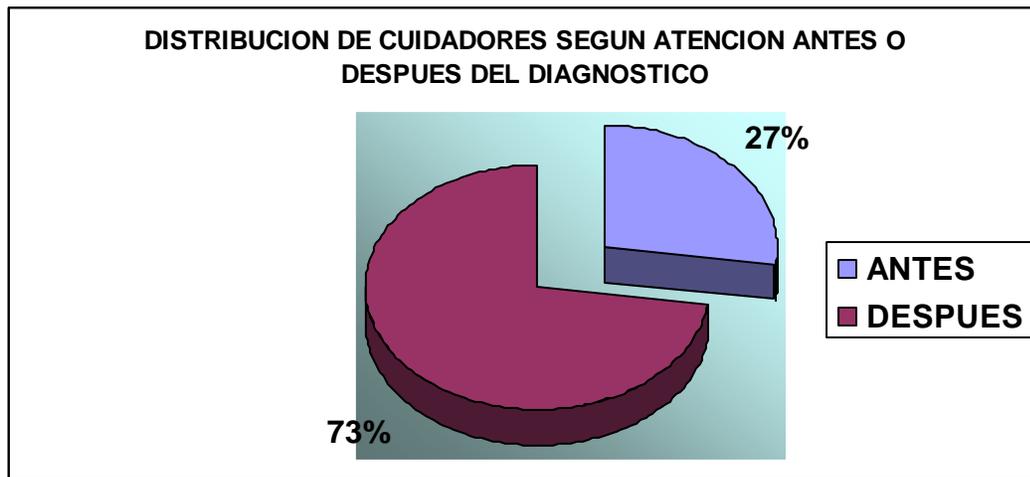


Figura Nº 11 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES SEGÚN ATENCION ANTES O DESPUÉS DEL DIAGNOSTICO.

El 73% de los cuidadores familiares de pacientes oncológicos comenzaron a cuidar su familiar después de recibir el diagnóstico médico de cáncer, mientras que el 27% ya cuidaba a su familiar desde antes que se supiera el diagnóstico. Al respecto es evidente que la mayoría de los cuidadores asumieron el cuidado de su familiar después de confirmar la patología, es después de esta confirmación cuando inicia un proceso terapéutico en el paciente donde está incluido citas médicas, terapias y otras intervenciones que demandan la compañía de otro en este caso de un familiar, pero también existen cuidadores que atienden a sus familiares enfermos desde antes del diagnóstico, en la muestra el 27%; el cuidado antes del diagnóstico se debe a diversos factores como edad avanzada del paciente, otras enfermedades, inclusive a la enfermedad oncológica que aunque sin diagnosticarla manifiesta algunos síntomas que en ocasiones son discapacitantes (dolor crónico) y que obliga a que otra persona atienda al enfermo.

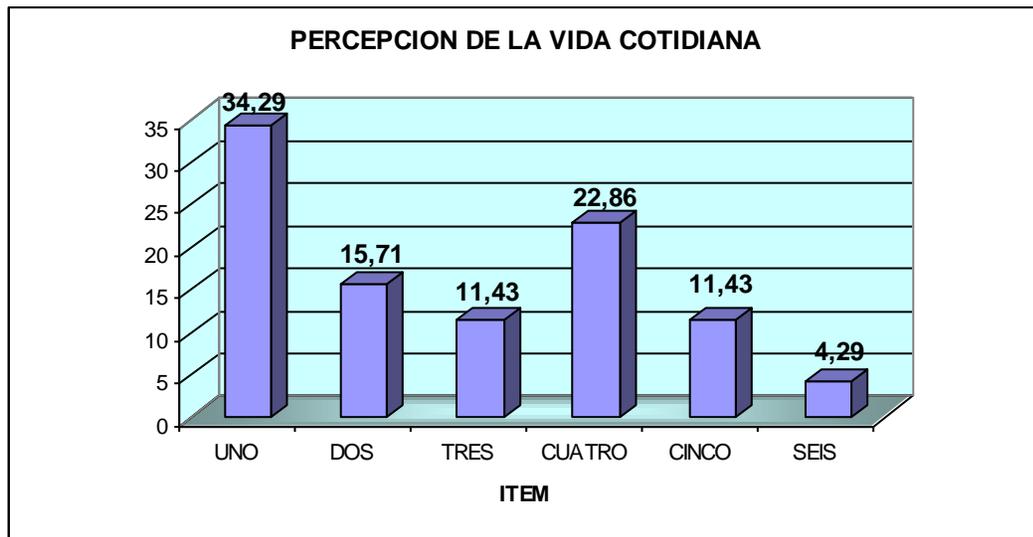


Figura Nº 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES SEGÚN PERCEPCION DE LA VIDA COTIDIANA

La percepción de la vida cotidiana por parte de los cuidadores se dividió en los siguientes ítems para efectos de claridad en los conceptos:

A la pregunta ¿ha cambiado de algún modo su vida cotidiana debido al cuidado de su familiar? si__ no__ (si su respuesta es sí) ¿cómo?

1. Tiempo de atención al paciente
2. Alteraciones en las relaciones de pareja
3. Inestabilidad económica
4. Pérdida del trabajo
5. Desconocimiento de la enfermedad
6. No

De acuerdo a los datos obtenidos, y tomando en cuenta los más relevantes, se estableció que: con un porcentaje alto, el 34.29% de los cuidadores, había cambiado su vida cotidiana por el tiempo dedicado a su familiar, mientras el

22.86% señaló que la pérdida de trabajo fue una consecuencia negativa, debido a la atención al familiar, el 15.71% expresó que hubo un cambio importante en las relaciones de pareja. Entre los ítem 3 y 5 existe una paridad en el porcentaje con 11.43%, mientras que el ítem 6 el porcentaje es significativamente menor que los demás, reflejando que las quejas subjetivas en la vida cotidiana de los cuidadores familiares son significativas, interfiriendo en su desempeño social.

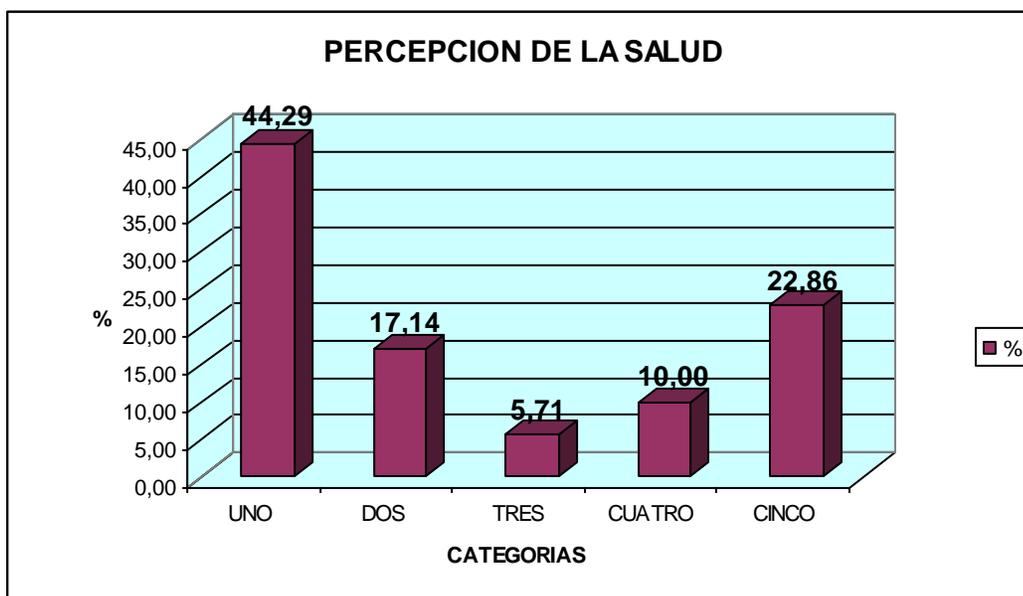


Figura Nº 13 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES SEGÚN PERCEPCION DE LA SALUD.

La percepción de la salud por parte de los cuidadores se dividió en los siguientes ítems para efectos de claridad en los conceptos:

A la pregunta ¿ha sentido que su salud se ha deteriorado desde el momento que comenzó a cuidar a su familiar? si__no__ (si su respuesta es si) ¿cómo?

1. Dolores corporales (muscular y de cabeza)
2. Pérdida de peso (debilidad , cansancio)

3. Alteración de la tensión
4. Alteración del sueño
5. No

Los cuidadores indicaron que a partir del proceso de cuidado a su familiar han notado alteraciones en su salud, con un porcentaje importante, el 44.29% expresó dolores corporales, el 22.86% expresaron no haber sentido alteraciones en su salud, el 17.14% evidenció pérdida de peso, el 10% alteración del sueño y el 5.71% alteración en la tensión, lo que en general indica que el 77.14% de los cuidadores indican queja subjetiva en su estado de salud derivado del cuidado al familiar oncológico.

MANEJO DE LAS VARIABLES ANSIEDAD Y DEPRESION

Para poder analizar las variables ansiedad y depresión, se utilizaron dos escalas de depresión y de ansiedad de Zung, el individuo cuantifica la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). La primera esta conformada por 20 frases, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Para los criterios de diagnóstico de la depresión, esta escala se basa en cuatro grupos de síntomas:

- ☞ Psicoafectivos
- ☞ Psicomotores
- ☞ Afectivos
- ☞ Somáticos (Fisiológicos).

Para ansiedad la escala esta conformada por dos grupos de síntomas:

- ☞ Afectivos
- ☞ Somáticos

DISTRIBUCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS EN LA MUESTRA (N=70)

El análisis estadístico de los datos obtenidos de la prueba de zung se realizó en dos niveles. Por una parte utilizando los puntos de corte, se obtuvieron los grados de depresión y ansiedad (ausente, baja, moderada y grave) permitiendo realizar estadígrafos de frecuencia (Fr). Por otro lado se utilizaron los puntajes numéricos obtenidos por los sujetos de modo que al ser utilizados en escalas de intervalos, permitieron desarrollar comparativos y correlacionales estadígrafos.

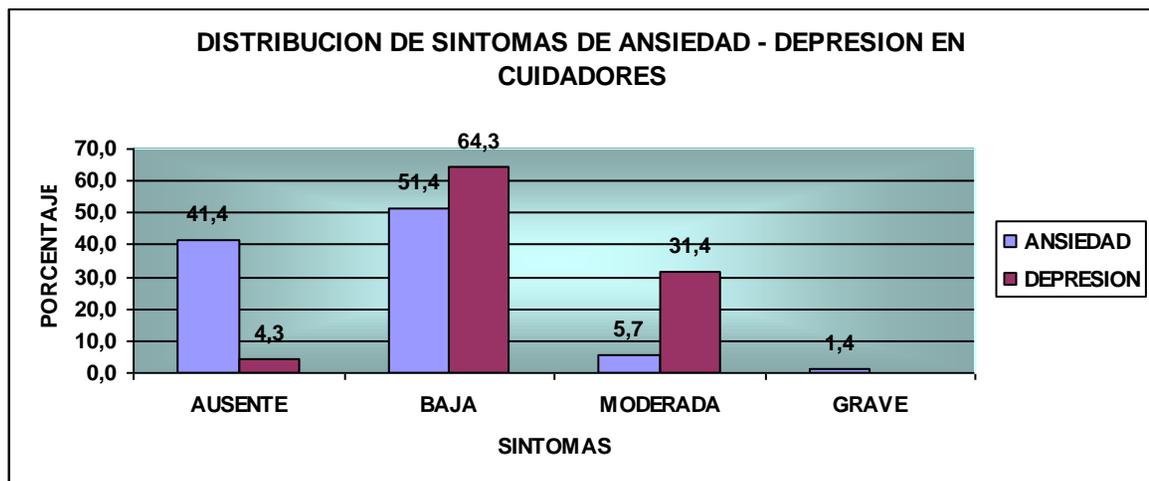


Figura N° 14 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES.

De acuerdo a la distribución porcentual los niveles de ansiedad en los cuidadores se distribuyen así; un 41,4% de los cuidadores aunque manifiestan algunos síntomas, el nivel de ansiedad es ausente, pero el 51,4% puntúa en el nivel de ansiedad bajo de acuerdo a los puntos de corte propuestos, en este nivel es donde se encuentra la mayoría de los cuidadores, en los síntomas se presentan con mayor frecuencia que en el ausente, e indica un síndrome ansioso; el 5,7% de

los cuidadores manifiestan niveles de ansiedad moderados y solo un 1,4% presenta nivel de ansiedad grave. A nivel general prevalecen en los cuidadores niveles de ansiedad ausentes y bajos (92,8%) mostrando que la ansiedad en los sujetos de este estudio es baja. no obstante de acuerdo a los puntos de corte para síndrome ansioso (>36) el 58% de ellos manifiesta este síndrome. Con relación a los niveles de depresión el 4,3% de los cuidadores manifiestan niveles de depresión ausentes, mientras que el 64,3% de ellos manifiestan un nivel de depresión bajo, el 31,4% muestra un nivel de depresión moderado, no presentándose niveles de depresión graves. Es importante resaltar que aunque en los cuidadores existe un mayor porcentaje en el nivel bajo, el 31% de ellos manifiesta niveles moderados de depresión. El punto de corte para depresión es >36 por tanto el 95% de los cuidadores manifiestan síndrome depresivo.

RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

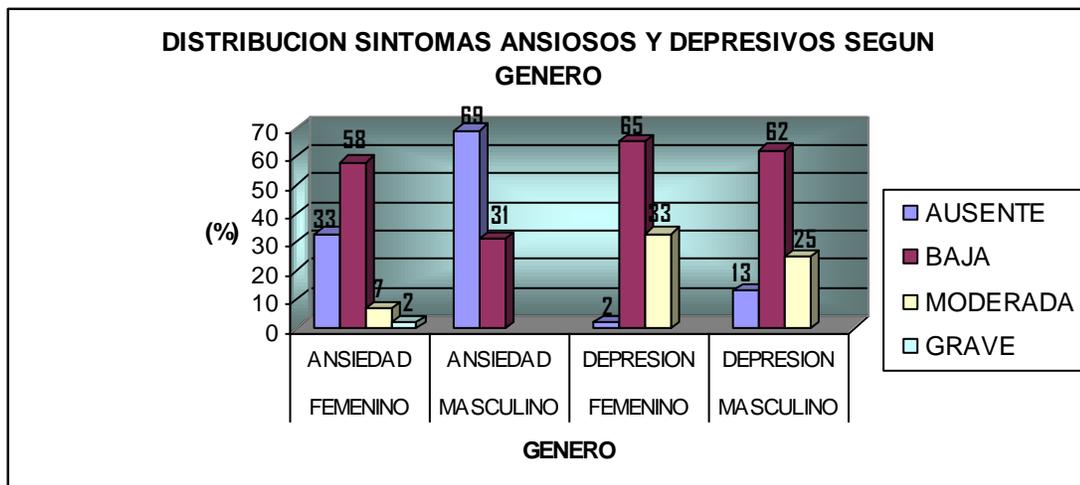


Figura N° 15 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS SEGÚN GENERO.

Teniendo en cuenta los síntomas ansiosos y depresivos según el género, se pudo establecer que; para ansiedad: en las mujeres el 33% presentan síntomas ausentes, 58% presentan síntomas ansiosos bajos, 7% manifiestan síntomas moderados y 2% síntomas graves. El 58% de los hombres presentan síntomas ausentes y el 31% de ellos manifiestan síntomas bajos.

Para depresión en las mujeres el 2% manifiestan síntomas ausentes, el 65% de ellas presentan síntomas depresivos bajos y el 33% presentan síntomas moderados. En los hombres, 13% de ellos manifiestan síntomas ausentes de depresión, 62% presentan síntomas depresivos bajos y 25% síntomas moderados.

EDAD DEL CUIDADOR	40,17±12,53	49,19±16,39	2,35	*0,022
EDAD DEL PACIENTE	61,43±12,93	48,69±13,12	3,45	*0,001
TIEMPO DE CUIDADO EN MESES	8,65±8,47	10,81±8,58	0,89	0,37
HORAS DE CUIDADO DIARIO	16,87±7,86	15,81±8,28	0,47	0,64
ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG				
DEPRESIÓN (AFECTIVO)	5,80±0,96	5,81±0,83	3,76	0,97
DEPRESIÓN (SOMATICO)	19,02±3,56	16,06±3,27	2,97	*0,004
DEPRESIÓN (COGNITIVO)	18,30±2,73	17,5±3,70	0,94	0,35
DEPRESIÓN (PSICOMOTOR)	4,89±1,20	4,19±1,22	1,21	0,046
DEPRESIÓN TOTAL	48±5,40	43,56±7,36	2,65	0,01
ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG				
ANSIEDAD (AFECTIVO)	11,68±3,52	9±2,92	2,78	*0,007
ANSIEDAD (SOMATICO)	26,60±5,66	22,19±4,29	2,87	*0,005
ANSIEDAD TOTAL	38,28±8,27	31,19±6,30	3,16	*0,002

Tabla 2: Análisis de datos por promedios en género.

*Diferencia significativa a $p. < 0.05$ y desviación estándar (media±SD)

Se hallaron diferencias significativas al comparar los géneros femenino y masculino en: edad del cuidador; las mujeres son mas jóvenes que los hombres, pero estos en promedio cuidan a enfermos oncológicos menores que los que cuidan las mujeres; con relación a la depresión, en los síntomas somáticos existe una diferencia alta, indicando niveles mayores en las mujeres, al igual que en los síntomas psicomotores de depresión; los niveles de depresión totales, muestran también una diferencia significativa, siendo mayores en el genero femenino. Las

mujeres son propensas con mayor frecuencia a tener síntomas depresivos. En los niveles afectivo y somático de la ansiedad, las mujeres tienen mayor frecuencia de síntomas ansiosos.

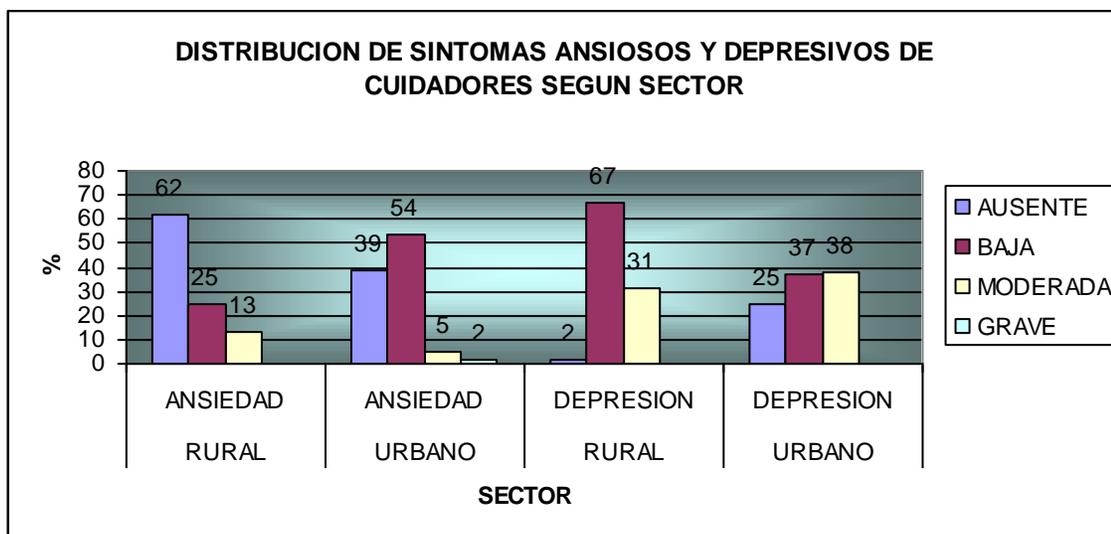


Figura N° 16 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS SEGÚN SECTOR.

De acuerdo al sector los niveles de ansiedad se presentan de la siguiente forma; en el sector rural el nivel de ansiedad ausente se presenta en un 62%, el nivel de ansiedad bajo en un 25% y el 13% de los cuidadores del sector rural puntúan en un nivel de ansiedad moderado. En el sector urbano el nivel de ansiedad ausente se presenta en un 39%, el nivel bajo de ansiedad se presenta en un 54%, el 5% de los cuidadores del sector urbano manifiesta un nivel de ansiedad moderado y solo el 2% de ellos presentan nivel de ansiedad grave. En general se puede observar que los niveles de ansiedad tienen mayor frecuencia en los cuidadores del sector urbano, pero un porcentaje mayor de acuerdo al nivel moderado se presenta en los cuidadores del sector rural. Teniendo en cuenta que el nivel moderado implica mayor presencia de síntomas es importante resaltar que los cuidadores del sector rural tienen un porcentaje significativo en este nivel.

Los niveles de depresión en el sector rural se manifiestan así; el 2 % presenta nivel ausente, el 67% nivel bajo, y moderado con 31%; en el sector urbano el nivel de depresión ausente se manifiesta con 2%, el bajo con 37%.

	RURAL	URBANO	t	p*
EDAD DEL CUIDADOR	42,63	42,18	8,55	0,93
EDAD DEL PACIENTE	48,88	59,76	2,13	0,037
ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG				
DEPRESIÓN (AFECTIVO)	5,38	5,85	1,36	0,18
DEPRESIÓN (SOMATICO)	17,50	18,45	0,68	0,5
DEPRESIÓN (COGNITIVO)	18,88	18,02	0,78	0,44
DEPRESIÓN (PSICOMOTOR)	4,38	4,77	0,84	0,4
DEPRESIÓN TOTAL	46,13	47,10	0,42	0,68
ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG				
ANSIEDAD (AFECTIVO)	9,88	11,23	1	0,32
ANSIEDAD (SOMATICO)	24,38	25,74	0,63	0,53
ANSIEDAD TOTAL	34,25	36,97	0,86	0,39

Tabla 3: Análisis de datos por promedios en sector.

*Diferencia significativa a $p. < 0.05$

Con relación al sector, aunque los cuidadores del sector urbano tienen un promedio mayor en el nivel de depresión y en el de ansiedad, con relación a los del sector rural; no existe una diferencia significativa entre estos dos grupos. Por otra parte, los cuidadores rurales cuidan a enfermos más jóvenes que los del sector urbano; en este aspecto si se encontró una diferencia significativa.

ESCOLARIDAD

GRADO MÁXIMO ALCANZADO	NINGUNO	PRIM INCOMPLETA	PRIMARIA	BACH INCOMPLETO	BACHILLERATO	TECNICO	UNIVERSITARIO
EDAD DEL CUIDADOR	59,2	45,78	46,2	43,38	37,26	48,00	28,25
EDAD DEL PACIENTE	67	56,22	61,5	53,92	60,53	51,17	60,25
TIEMPO DE CUIDADO EN MESES	13	7,78	7,6	5,46	10,11	18,33	7,00
HORAS DE CUIDADO DIARIO	15,8	23,33	17,8	16,23	15,21	16,00	12,63
ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG							
DEPRESIÓN (AFECTIVO)	6,4	5,89	5,7	5,77	5,89	5,17	5,75
DEPRESIÓN (SOMÁTICO)	20,2	19,22	17,3	18,15	18,63	15,33	19,38
DEPRESIÓN (COGNITIVO)	19,8	19,00	17,1	17,23	18,95	17,33	17,38
DEPRESIÓN (PSICOMOTOR)	4,4	4,89	4,9	4,54	4,79	4,50	4,88
DEPRESIÓN TOTAL	50,8	49,00	45	45,69	48,26	42,33	47,38
ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG							
ANSIEDAD (AFECTIVO)	10,8	12,67	11,6	11,23	10,84	8,50	11,00
ANSIEDAD (SOMÁTICO)	26,6	29,22	25,7	23,46	25,53	22,33	26,75
ANSIEDAD TOTAL	37,4	41,89	37,3	34,69	36,37	30,83	37,75

Tabla 4: Análisis de datos por promedios en escolaridad

Como datos relevantes, la tabla de escolaridad muestra que las personas con bajo o nulo nivel de escolaridad, son las que mayor edad tienen, a diferencia de los estudiantes universitarios, los cuales en promedio, tienen una edad de 28 años; los individuos que han realizado estudios técnicos dedicaron un promedio de 18 meses en la atención a su familiar, seguidos por los que no han tenido ningún tipo de escolaridad, con 13 meses; los estudiantes universitarios han dedicado en promedio 7 meses, sin embargo ellos son los que menos horas al día atienden al enfermo, a diferencia de los individuos con bajo nivel de escolaridad quienes dedican más horas en atender al familiar.

Se evidenció, que los individuos con escolaridad nula o baja son los que tienen mayor nivel de depresión, mientras que los de niveles más altos de escolaridad tienden a menores niveles de depresión; con relación a la ansiedad, puntúan en un nivel alto los individuos que asistieron a la escuela pero no culminaron

estudios, este grupo al igual que el grupo que no realizo ningún estudio se ubican en el nivel bajo de escolaridad.

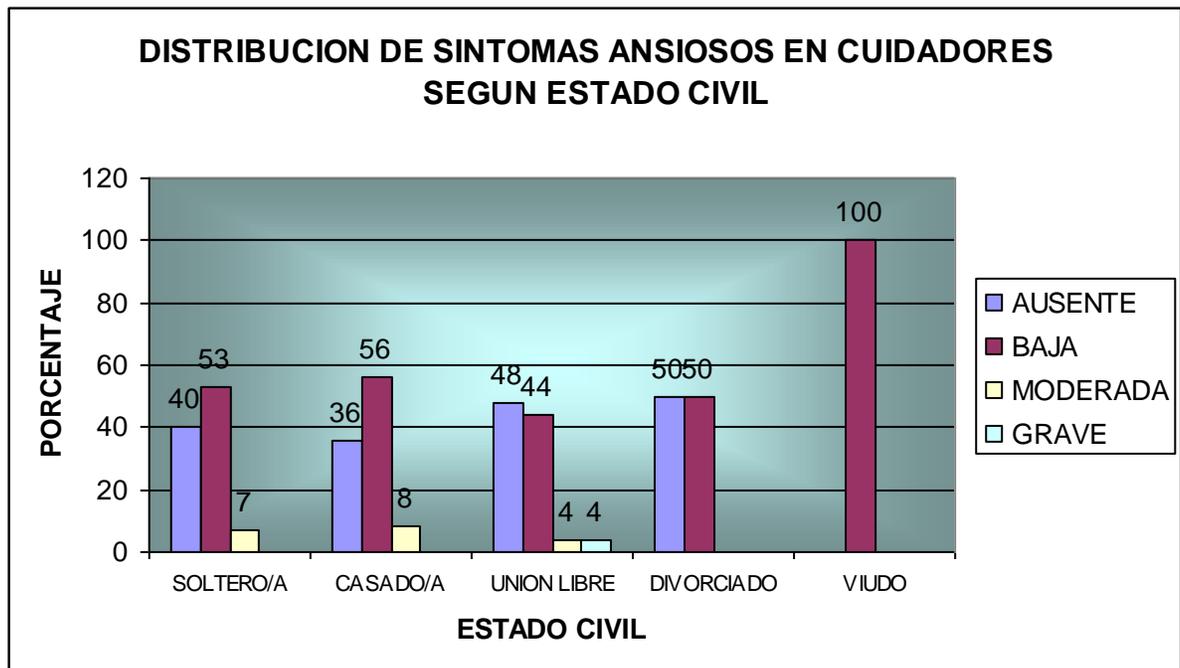


Figura Nº 17 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS SÍNTOMAS ANSIOSOS SEGÚN ESTADO CIVIL.

El nivel de ansiedad bajo se presenta de manera general en todos los estados civiles de los cuidadores, teniendo una mayor frecuencia en los solteros y casados, sin que haya una diferencia significativa; el nivel de ansiedad ausente también se presenta en todos los estados a excepción del viudo, con mayor frecuencia en los cuidadores con unión libre y menor en los casados.

Finalmente los niveles moderados se presentan con menor frecuencia en los cuidadores solteros, casados y en unión libre, con porcentajes de 7, 8 y 4% respectivamente

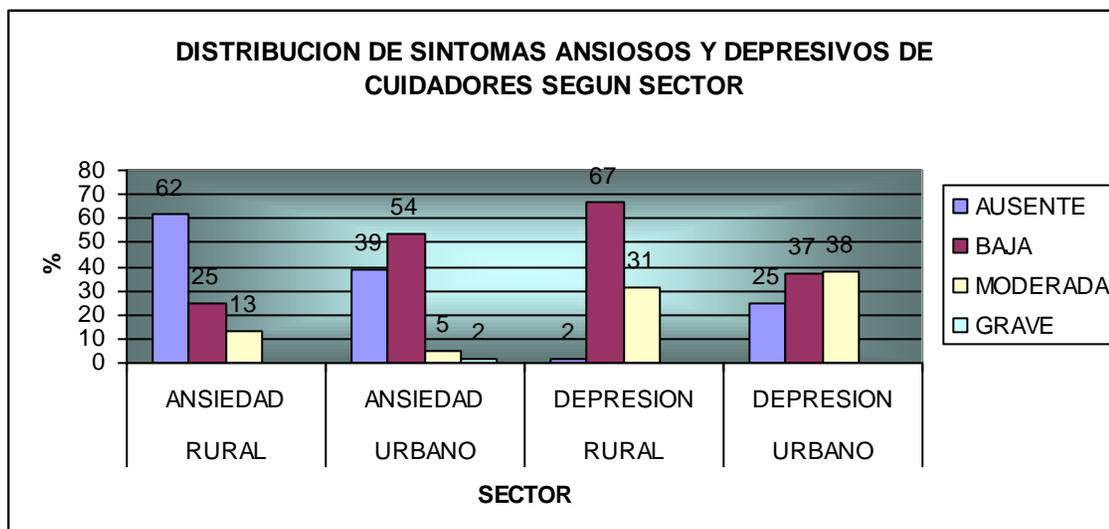


Figura N° 18 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS SEGÚN ESTADO CIVIL.

La presencia de síntomas depresivos bajos es una constante en los cuidadores de acuerdo a su estado civil, sin embargo existen algunas diferencias importantes en los niveles moderados, que están presentes con un porcentaje alto de un 44% en los cuidadores casados y con un 40% en unión libre.

ESTADO CIVIL	CASADO/A	DIVORCIADO/A	SOLTERO/A	UNION LIBRE	VIUDO/A
n	25	4	15	25	1
DEPRESIÓN TOTAL	47,40	43,00	47,00	47,20	47
ANSIEDAD TOTAL	36,88	34,25	37,33	36,16	43

Tabla 5: Análisis de datos por promedios en estado civil.

De acuerdo al estado civil de los cuidadores los casados/as son los individuos con mayor nivel de depresión con 47,40 puntos, aunque no existen diferencias significativas en los otros estados civiles, los síntomas ansiosos se presentan con mayor frecuencia en los solteros también sin que hayan diferencias significativas con los otros, no se tomo en cuenta el estado civil viudo porque dentro de la

muestra solo un cuidador calificado en este estado, por tanto no es pertinente generalizar con esta frecuencia.

ESTRATO SOCIOECONÓMICO

ESTRATO SOCIOECONOMICO	UNO	DOS	TRES	CUATRO
n	18	38	13	1
EDAD DEL CUIDADOR	42,78	43,47	39,38	22
EDAD DEL PACIENTE	57,72	58,74	58,46	65
TIEMPO DE CUIDADO EN MESES	9,56	8,37	11,38	2
ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG				
HORAS DE CUIDADO DIARIO	19,83	14,82	16,92	24
DEPRESIÓN (AFECTIVO)	5,83	5,84	5,69	5
DEPRESIÓN (SOMATICO)	18,94	18,32	17,08	25
DEPRESIÓN (COGNITIVO)	18,61	18,03	18,00	14
DEPRESIÓN (PSICOMOTOR)	4,72	4,79	4,54	5
DEPRESIÓN TOTAL	48,11	46,97	45,31	49
ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG				
ANSIEDAD (AFECTIVO)	12,00	11,37	9,08	9
ANSIEDAD (SOMATICO)	27,44	25,55	23,31	23
ANSIEDAD TOTAL	39,44	36,92	32,38	32

Tabla 6: Análisis de datos por promedios en estrato socioeconómico.

Los promedios en los niveles de depresión de acuerdo a los estratos socioeconómicos presentes en el estudio son: para el estrato 1, de 48,11; en el estrato 2 el promedio es de 46,7; y el estrato 3 promedia con 45,31 puntos, se observa que a menor estrato socioeconómico, existe mayores niveles de depresión, aunque no haya una diferencia significativa entre ellos.

DIFERENCIA SIGNIFICATIVA PARA DEPRESIÓN TOTAL SEGÚN EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO

Estrato socioeconomico	t	p
Estrato uno – estrato tres	1.24	0.225

Tabla 7: Diferencia significativa entre Depresión total del estrato uno y estrato tres, mayor y menor promedio respectivamente.

El promedio en los niveles de ansiedad es de 39.44 para el estrato uno, para el estrato dos es de 36.92, y para el estrato tres es de 32.38, al igual que en los niveles de depresión, los de ansiedad son mayores a medida que disminuye el estrato socioeconomico. existiendo una diferencia significativa entre ellos.

DIFERENCIA SIGNIFICATIVA PARA ANSIEDAD TOTAL SEGÚN EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO

Estrato socioeconomico	t	p
Estrato uno – estrato tres	2.69	0.01
Estrato dos – estrato tres	2.11	0.04

Tabla 8 : Diferencia significativa del nivel de ansiedad en el estrato socioeconomico.

Debido a que en la muestra seleccionada solo se encontro una persona para el estrato cuatro, no se generalizaron los sintomas para dicho estrato.

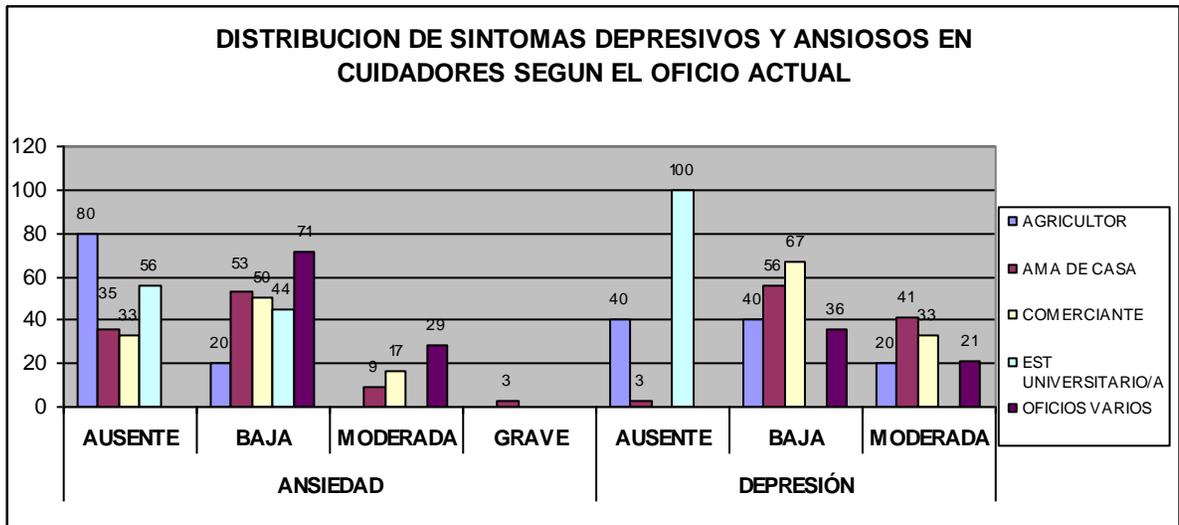


Figura Nº 19 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS SÍNTOMAS ANSIOSOS SEGÚN OFICIO ACTUAL.

Según el oficio actual en que se desempeñan los cuidadores, en ansiedad son los cuidadores con oficios varios los que presentan mayores síntomas ansiosos, mientras que para depresión, las amas de casa con un 56% en el nivel bajo, y moderado con un 41% son las cuidadoras con mayor frecuencia de aparición de síntomas depresivos. Los estudiantes presentan niveles ausentes de depresión en un 100%. Los comerciantes dentro de la distribución porcentual sobresalen en depresión con un 67% en nivel bajo y el 33% restante en un nivel moderado. Los agricultores son los menos propensos a manifestar síntomas ansiosos, pero para depresión existe un 20% de ellos que manifiesta síntomas moderados de depresión

OFICIO ACTUAL	AGRICULTOR	AMA DE CASA	COMERCIANTE	DOCENTE	EST UNIVERSITARIO/A	OFICIOS VARIOS	PENSIONADO/A
n	5	34	6	1	9	14	1
EDAD DEL CUIDADOR	47,60	43,82	40,33	48	23,11	47,86	60
EDAD DEL PACIENTE	47,20	64,06	51,50	60	57,00	53,36	53
TIEMPO DE CUIDADO EN MESES	13,00	8,50	11,50	4	8,56	9,21	7
HORAS DE CUIDADO DIARIO	17,60	18,50	15,67	16	12,33	14,43	24
ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG							
DEPRESIÓN (AFECTIVO)	5,60	5,85	5,17	7	5,44	6,07	7
DEPRESIÓN (SOMATICO)	14,60	19,06	18,33	22	17,89	17,93	19
DEPRESIÓN (COGNITIVO)	17,20	18,65	18,50	13	17,44	17,50	22
DEPRESIÓN (PSICOMOTOR)	3,80	4,97	3,83	5	4,67	4,93	4
DEPRESIÓN TOTAL	41,20	48,53	45,83	47	45,44	46,43	52
ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG							
ANSIEDAD (AFECTIVO)	8,60	11,97	10,50	7	10,22	10,79	12
ANSIEDAD (SOMATICO)	20,20	27,12	25,50	29	23,78	24,79	25
ANSIEDAD TOTAL	28,80	39,09	36,00	36	34,00	35,57	37

Tabla 9: Análisis de datos por promedios en oficio actual.

Teniendo en cuenta el oficio actual de los cuidadores, el grupo predominante es el de las amas de casa con un promedio de edad de 43 años, utilizan 18 horas diarias en la atención al paciente, es decir las $\frac{3}{4}$ partes del día; además han cuidado al familiar durante 8 meses en promedio. El nivel de depresión es de 48.53, resaltando los síntomas somáticos y cognitivos, en ansiedad el nivel es de 39.09, siendo los síntomas somáticos los más frecuentes. El segundo grupo más representativo es el de los cuidadores que realizan oficios varios, el promedio de edad es de 47 años, cuidan a su familiar 14 horas diarias $\frac{2}{4}$ partes del día aproximadamente. Han cuidado 9 meses en promedio al paciente y su nivel de depresión es de 46.43 sobresaliendo los síntomas somáticos y cognitivos. Para ansiedad el nivel es de 35,57 siendo los síntomas somáticos los más altos. Los estudiantes universitarios siguen en orden de tamaño de la muestra, el promedio de edad es de 23 años, utilizan 12 horas del día en promedio para cuidar al enfermo y lo han cuidado durante 8 meses aproximadamente, el nivel de depresión es de 45.44 y el de ansiedad de 34.

En todos los oficios de los cuidadores, se destacan los síntomas cognitivos y somáticos para depresión, mientras que para ansiedad los síntomas mas frecuentes son los somáticos. Es importante señalar que las amas de casa presentan mayores niveles de depresión y ansiedad con relación a los otros oficios, al contrario de los agricultores que poseen los menores niveles de depresión y ansiedad.

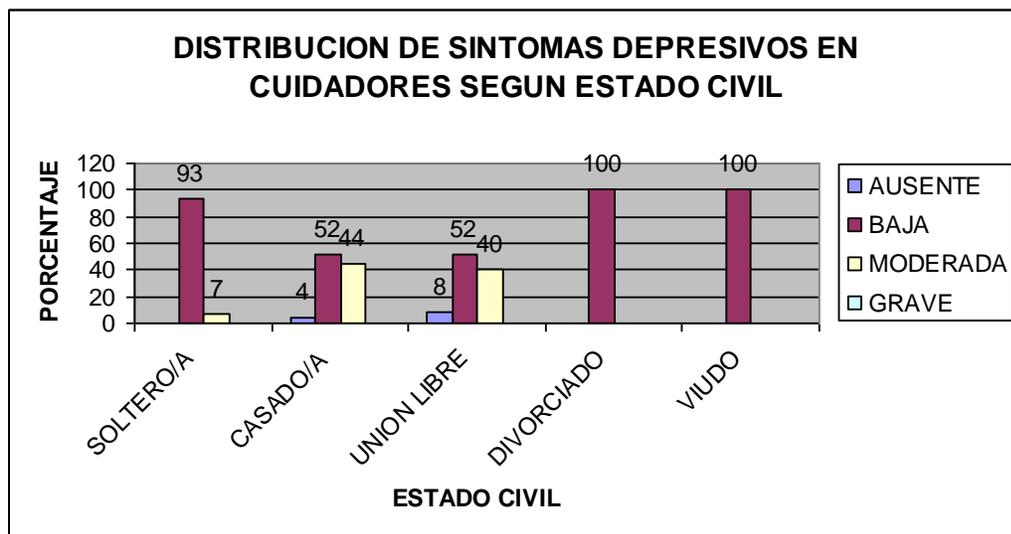


Figura Nº 20 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS SÍNTOMAS ANSIOSOS SEGÚN PARENTESCO.

Teniendo en cuenta el parentesco, el nivel ausente es común en todos los cuidadores a excepción de padre/madre, existiendo mayor presencia de este nivel en hermano/a con 67% y otros con 47%, el nivel de ansiedad bajo también está presente en todos los cuidadores, resaltándose en los hijos/as con 61.3% y esposos/as con 48%, el nivel moderado de ansiedad se presenta en esposos/as con 4% e hijos/as con 6.5%, el 4% de los cuidadores esposos manifestaron 4% en el nivel de ansiedad grave, siendo los únicos que puntuaron en este nivel. Debido

a que en la muestra la frecuencia de padre/madre es de 2 no se generalizo en este aspecto.

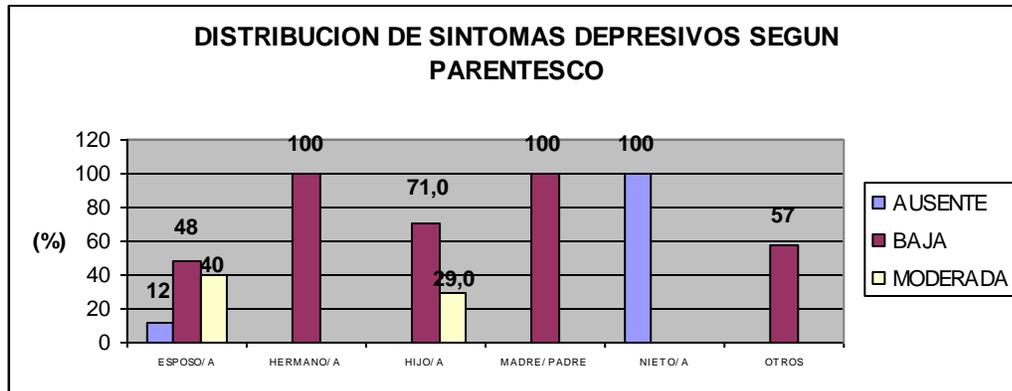


Figura Nº 21 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN PARENTESCO.

De acuerdo al nivel de depresión en los cuidadores según el parentesco con el paciente, el nivel ausente se presenta en esposos/as con un 12% y nieto/a con 100%, el nivel bajo es el que predomina, en esposos/as con 48%, hermanos/as con 100%, los hijos/as con 71%, los padres con 100% y otros con 57%, el nivel moderado de depresión se presenta en esposos con un 40% y en los hijos/as con 29%.

PARENTESCO CON EL PACIENTE

PARENTESCO CON EL PACIENTE	ESPOSO/A	HIJO/A	OTROS/AS	HERMANO/A	NIETO/A	MADRE	PADRE
n	25	31	7	3	2	1	1
EDAD DEL CUIDADOR	51,32	36,10	42,85	50,67	42,23	62,00	43,00
EDAD DEL PACIENTE	51,28	64,61	58,51	51,33	58,51	38,00	72,00
TIEMPO DE CUIDADO EN MESES	9,04	8,52	9,14	17,67	9,14	6,00	1,00
HORAS DE CUIDADO DIARIO	17,52	16,77	16,63	20,00	16,62	24,00	24,00
ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG							
DEPRESIÓN (AFECTIVO)	6,00	5,81	5,80	5,33	5,80	5,00	6,00
DEPRESIÓN (SOMÁTICO)	17,48	19,26	18,34	16,67	18,34	22,00	20,00
DEPRESIÓN (COGNITIVO)	17,60	18,52	18,11	17,00	18,11	14,00	18,00
DEPRESIÓN (PSICOMOTOR)	4,76	4,84	4,73	3,00	4,73	7,00	5,00
DEPRESIÓN TOTAL	45,84	48,42	46,98	42,00	46,98	48,00	49,00
ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG							
ANSIEDAD (AFECTIVO)	10,64	11,52	11,07	9,33	11,07	16,00	15,00
ANSIEDAD (SOMÁTICO)	24,96	26,55	25,58	21,67	25,58	31,00	28,00
ANSIEDAD TOTAL	35,60	38,06	36,66	31,00	36,67	47,00	43,00

Tabla 10: Análisis de datos por promedios en parentesco con el paciente.

Los esposos y los hijos de los enfermos son los que prevalecen dentro de la muestra, para los primeros la edad promedio es de 51 años, su familiar a cargo en este caso, su cónyuge, tiene en promedio 51 años también, han cuidado un promedio de 9 meses a su familiar y las horas diarias de atención en promedio son de 17, lo que significa que las 3/4 partes del día cuidan a su familiar; el nivel de depresión para los cuidadores esposos es de 46 puntos, un nivel alto dentro de los síntomas somáticos y cognitivos que puntúan de una manera similar, estando por encima de los síntomas afectivos y psicomotores, el nivel de ansiedad puntúa con 35.

El segundo grupo representativo dentro de la muestra, son los hijos de los enfermos oncológicos, quienes tienen un promedio de edad de 36 años y su familiar a cargo, en este caso padre o madre de 65 años, con un promedio de cuidado de 8 meses, con 16 horas diarias, o las 2/3 partes del día, el nivel de

depresión en los hijos es de 48 puntos, al igual que los esposos es un nivel alto, cabe anotar que sobresalen los síntomas somáticos (19 puntos) y los cognitivos (18 puntos). Con relación a la ansiedad, los hijos obtuvieron en promedio 38 puntos, que representa un nivel bajo.

Teniendo en cuenta que dentro de la muestra existió una cuidadora madre al igual que un cuidador padre, no es apropiado hacer una generalización sobre estos grupos, aunque se hace necesario afirmar que se observó en ellos niveles de ansiedad y depresión altos.

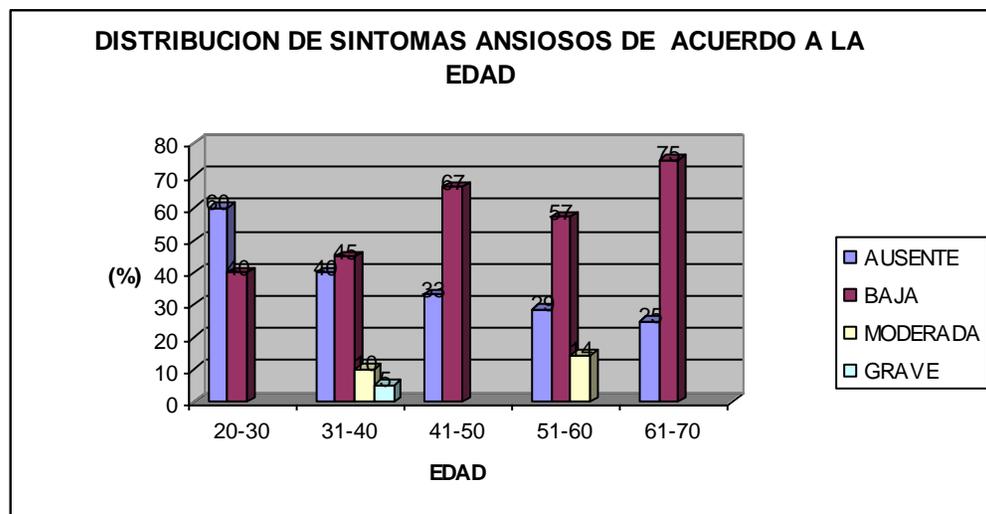


Figura N° 22 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS SÍNTOMAS ANSIOSOS DE ACUERDO A LA EDAD.

Con relación a la edad, se observa una tendencia decreciente del nivel ausente a medida que la edad de los cuidadores aumenta, siendo de un 60% en cuidadores de 20 a 30 años y de 25% en cuidadores de 61 a 70 años, así mismo se da otra tendencia en el nivel bajo, el cual aumenta cuando mayor es la edad del cuidador, así en los cuidadores de 20 a 30 años el porcentaje es de 40 y en los cuidadores de 61 a 70 años es de 75%, el nivel moderado puntúa en cuidadores de 31 a 40

años con 10% y en cuidadores de 51 a 60 años es de 14%. El nivel grave de ansiedad se presenta en edades de 31 a 40 años con 5%.

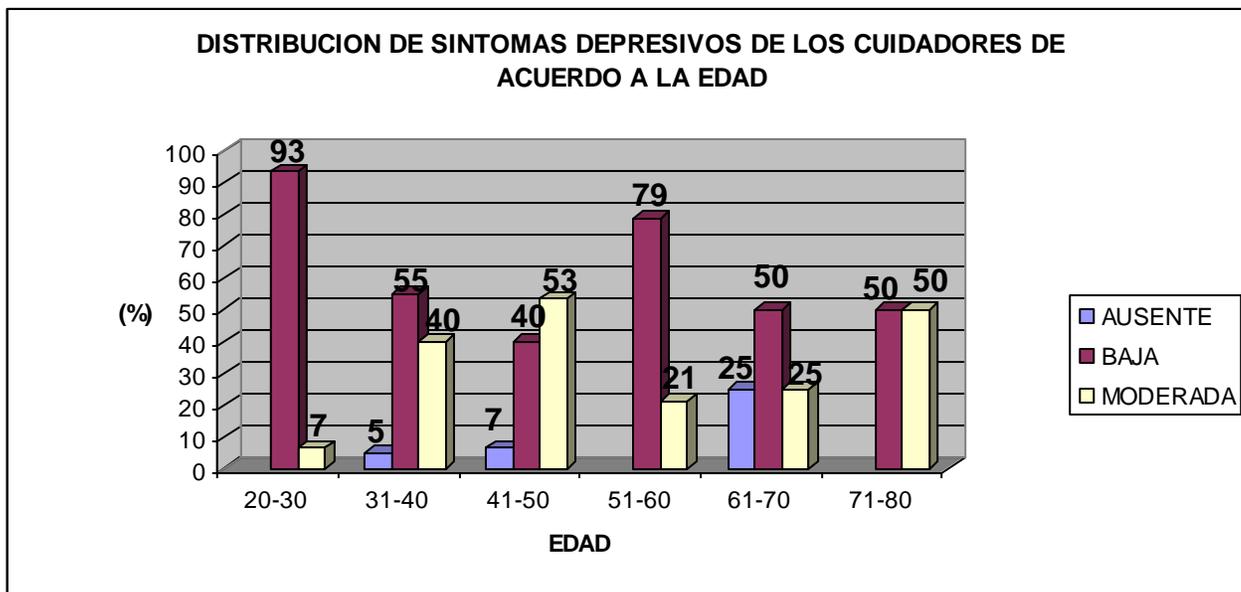


Figura Nº 23 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN EDAD.

Para el nivel de depresión en cuidadores de acuerdo a la edad se observa que el nivel ausente se presenta en el rango de edad de 31-40 años con 5%, de 41 a 50 años con un 7% y de 61 a 70 años con 25%, el nivel bajo en edades de 20 a 30 años se presenta con un 93% siendo este el rango con mas alto porcentaje para este nivel, entre 51 a 60 años el porcentaje para nivel bajo es alto con 79%, a diferencia que en ansiedad el nivel moderado de depresión se presenta en todos los rangos de edades, siendo menor en el rango que va de los 20 a 30 años con 7% y mas alto de 41 a 50 años.

HORAS DE CUIDADO DIARIO

	HORAS DE CUIDADO DIARIO
EDAD DEL CUIDADOR	0,38
EDAD DEL PACIENTE	0,14
TIEMPO DE CUIDADO EN MESES	-0,10
HORAS DE CUIDADO DIARIO	1,00
ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG	
A FECTIVO(DEP)	-0,12
SOMATICO(DEP)	0,25
COGNITIVO(DEP)	-0,17
PSICOMOTOR(DEP)	0,27
DEPRESION TOTAL	0,10
ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG	
A FECTIVO(SOM)	0,26
SOMATICO(SOM)	0,33
ANSIEDAD TOTAL	0,33

Tabla 11: Análisis de datos en horas de cuidado diario de acuerdo a la correlación de Pearson >0.25

De acuerdo a la correlación momento de pearson se evidenció que a mayores horas de cuidado mayor es la probabilidad de aparición de síntomas tanto depresivos como ansiosos en los cuidadores. Los síntomas depresivos mas frecuentes son los somáticos y psicomotores, mientras que para ansiedad los síntomas somáticos y afectivos también son frecuentes. (El punto de corte en la escala de pearson para ser significativo es de 0.24)

HORAS DE CUIDADO DIARIO	3	4	24
EDAD DEL CUIDADOR	26,00	39,33	47,26
ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG			
DEPRESIÓN (AFECTIVO)	7,00	5,00	5,85
DEPRESIÓN (SOMATICO)	13,00	15,00	19,12
DEPRESIÓN (COGNITIVO)	13,00	15,67	18,71
DEPRESIÓN (PSICOMOTOR)	3,00	3,33	5,09
DEPRESIÓN TOTAL	36,00	39,00	48,76
ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG			
ANSIEDAD (AFECTIVO)	7,00	10,33	11,68
ANSIEDAD (SOMATICO)	16,00	19,67	27,06
ANSIEDAD TOTAL	23,00	30,00	38,74

Tabla 12: Análisis de datos por promedios en horas de cuidado diario.

Realizando promedios, se confirma lo anterior, se compararon los cuidadores que atienden hasta 4 horas al día con aquellos que atienden 24 horas al familiar, los resultados son; los primeros tienen un promedio en el nivel de depresión de 37.5, en comparación con los que atienden todo el día a su familiar quienes presentan un nivel de depresión de 48,76 observándose una diferencia significativa ($n= 0,01$).

TIEMPO DE CUIDADO EN MESES

Tiempo de cuidado en meses	Síntomas depresivos promedio	Síntomas ansiosos promedio
1 – 12	46.60	35.82
13 – 24	44.25	36.25
25 - 36	39.50	29.00

Tabla 13: Análisis de datos por promedios en tiempo de cuidado en meses.

Teniendo en cuenta un rango de 12 meses en el tiempo de atención por parte del cuidador familiar se observó que de 1 a 12 meses de cuidado los individuos presentan en promedio un nivel de depresión de 46,60, y de 35,82 para ansiedad; de 13 a 24 meses el promedio de depresión es de 44,25, de ansiedad es de 36.25 y en un tiempo de cuidado de 25 a 36 meses el promedio para depresión es de 39 y para ansiedad de 29.

De acuerdo a los resultados obtenidos se estableció, que al aumentarse el tiempo de cuidado disminuye la presencia tanto de síntomas depresivos como ansiosos, teniendo en cuenta que la sintomatología depresiva se presenta con mayor frecuencia que los síntomas ansiosos en los cuidadores.

	TIEMPO DE CUIDADO EN MESES
EDAD	0,10
EDAD DEL PACIENTE	-0,14
TIEMPO DE CUIDADO EN MESES	1,00
HORAS DE CUIDADO DIARIO	-0,10
A FECTIVO(DEP)	-0,25
SOMA TICO(DEP)	-0,40
COGNITIVO(DEP)	0,19
PSICOMOTOR(DEP)	-0,34
DEPRESION TOTAL	-0,23
A FECTIVO(SOM)	-0,34
SOMA TICO(DEP)	-0,16
ANSIEDAD TOTAL	-0,24

Tabla 14: Análisis de datos por promedios en tiempo de cuidado en meses de acuerdo a la correlación de Pearson significativa >0.25

Realizando una correlación de pearson se confirma lo dicho anteriormente; porque existe una correlación negativa, lo que significa que a mayor tiempo de cuidado en meses, menor es el nivel de ansiedad, y depresión que se presenta en los cuidadores.

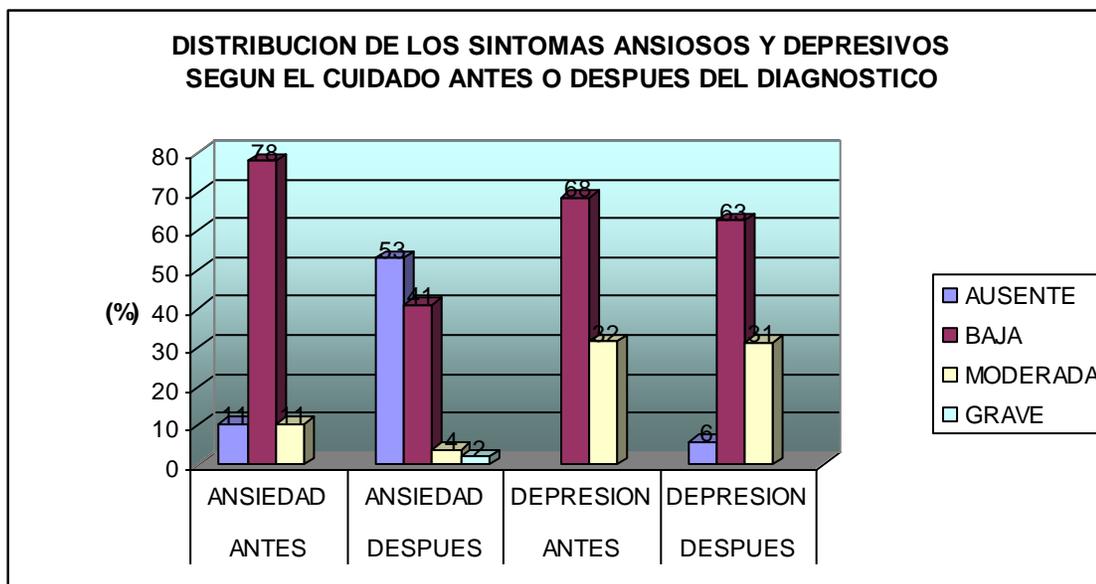


Figura N° 24 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS SEGÚN CUIDADO ANTES Y DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO.

Los cuidadores que atendían al familiar antes de que supieran el diagnóstico médico, tienden a presentar mayores síntomas de ansiedad principalmente en el nivel bajo con 78% y 11% en el nivel moderado; mientras que los cuidadores que cuidaron al paciente post diagnóstico, muestran menores niveles de ansiedad, sobresaliendo el nivel ausente con 53%, para depresión sobresale el nivel bajo con 68% para antes y 63% para después, es importante señalar que el nivel moderado de depresión puntúa levemente mayor en cuidadores pre- diagnóstico, sin que haya una diferencia porcentual relevante, pero si es importante tener en cuenta que en este nivel los porcentajes son mayores que para ansiedad, los individuos manifiestan mayores síntomas de depresión que de ansiedad con relación al cuidado pre o post diagnóstico.

CUIDADO ANTES O DESPUES DEL Dx	ANTES	DESPUES	t	p
n	19	51		
EDAD DEL CUIDADOR	44,37	41,43	0,79	0,43
EDAD DEL PACIENTE	64,58	56,25	2,31	0,024
ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG				
DEPRESIÓN (AFECTIVO)	6,00	5,73	2,09	0,28
DEPRESIÓN (SOMATICO)	20,32	17,61	2,88	0,005
DEPRESIÓN (COGNITIVO)	17,53	18,33	1,01	0,32
DEPRESIÓN (PSICOMOTOR)	5,05	4,61	1,34	0,18
DEPRESIÓN TOTAL	48,89	46,27	1,6	0,11
ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG				
ANSIEDAD (AFECTIVO)	12,53	10,53	2,14	0,035
ANSIEDAD (SOMATICO)	27,32	24,94	1,57	0,12
ANSIEDAD TOTAL	39,84	35,47	1,98	0,05

Tabla 15: Análisis de datos por promedios antes – después del diagnóstico.

La edad de los pacientes oncológicos cuidados, en esta variable presenta una diferencia significativa, teniendo en cuenta que las personas que necesitaron cuidado antes del diagnóstico tienen un promedio de edad de 64 años, y los que necesitaron cuidado después tienen un promedio de edad de 56 años.

Se evidenció que los cuidadores que atendían a su pariente antes del diagnóstico de cáncer, generaron mayores síntomas depresivos especialmente a nivel somático, a diferencia de los que atendieron a su familiar después de conocer el diagnóstico. Cabe anotar que los niveles de depresión en los dos casos son altos sin que haya una diferencia significativa entre ellos; sin embargo en los niveles de ansiedad se encontró que es mayor en los individuos que cuidaron a su familiar desde antes del diagnóstico.

11. DISCUSIÓN

Este es el primer estudio realizado a nivel regional que permite establecer un diagnóstico general de síntomas depresivos y de ansiedad además del perfil sociodemográfico de los cuidadores familiares de enfermos oncológicos con ayuda de una batería conformada por dos cuestionarios estructurados y una encuesta sociodemográfica. Los resultados obtenidos demuestran que la sintomatología depresiva y ansiosa es frecuente en los cuidadores de pacientes oncológicos. se observaron factores sociodemográficos asociados con la alta frecuencia de aparición de síntomas ansiosos y depresivos en la muestra especialmente en mujeres, individuos de estratos bajos y de acuerdo al tiempo de cuidado, además se noto que la percepción subjetiva que los cuidadores tienen sobre su estado de salud es mala o regular, al igual que su vida cotidiana, en esta ultima la característica mas notoria fue la perdida del empleo debido al tiempo extra dedicado a la atención hacia el familiar.

Los hallazgos de la investigación muestran una presencia significativa tanto de síntomas depresivos como de ansiosos en los cuidadores familiares de pacientes oncológicos tratados médicamente en la unidad de cancerología del Hospital Universitario de Neiva. Para ansiedad El 51,4% puntúa en el nivel bajo, el 5,7% de los cuidadores manifiestan niveles de ansiedad moderados y solo un 1,4% presenta nivel de ansiedad grave. A nivel general prevalecen en los cuidadores niveles de ansiedad ausentes y bajos (92,8%) mostrando que la ansiedad en los sujetos de este estudio es baja. no obstante de acuerdo a los puntos de corte para síndrome ansioso (>36) el 58% de ellos manifiesta este síndrome. Para síntomas depresivos en un nivel bajo el 64% de los cuidadores y el 31% de los sujetos muestra un nivel de depresión moderado, teniendo en cuenta el punto de corte; lo que significa de acuerdo a la muestra que un alto porcentaje de ellos presenta

síntomas depresivos con mayor frecuencia, concordando con la investigación hecha en España por Josefa Soto donde el 44% de los cuidadores familiares de enfermos oncológicos desarrollaron altos niveles de ansiedad y 23% de ellos tuvieron síntomas depresivos. Así se corroboró la existencia inherente de los síntomas clínicos de la depresión y de la ansiedad en los cuidadores, evaluados a partir de la escala heteroaplicada para la depresión y la ansiedad de zung que realiza una medición de los síntomas en términos de frecuencia.

En el estudio realizado se indago sobre variables sociodemográficas en los cuidadores, estas variables individuales pueden relacionarse con el estado emocional del individuo, cuando esta relación es alterada por un evento extraño, en este caso el cuidar a un familiar enfermo, hace que se desencadenen una serie de alteraciones emocionales, entre ellas la depresión y ansiedad, en este estudio se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas como sector, género, escolaridad, estado civil, estrato socioeconómico, oficio actual, parentesco, edad del cuidador, horas de cuidado diario, tiempo de cuidado en meses y cuidado antes o después del diagnóstico

Como hallazgos significativos se puede hacer alusión a varios que se evidenciaron en el estudio, como la mayor presencia de las mujeres en el proceso de cuidado de un familiar enfermo, en este caso, oncológico. Es evidente que las mujeres asumen la labor de cuidado de un familiar que padece de cáncer ya que, el cuidado, la organización y la atención esta más asociado con el carácter femenino y domestico; “un trabajo de mujeres, natural y socialmente esperado”⁷⁶ en consecuencia a esto se vio reflejado el mayor índice de aparición de síntomas depresivos en el sexo femenino. Esta característica también puede atribuirse a factores sociales o psicológicos. Una de las hipótesis al respecto es que las

⁷⁶ Citado Por De La Cuesta, Carmen; Cuidado Artesanal. V James. Unwaged Cares And The Provision Of Health Care. En Field D Y Taylor S. (Editores). Sociological Perspectives On Health, Illness And Health Care. London: Blackwell Science; P. 211-229.

mujeres generalmente buscan ayuda o tratamiento clínico y están más dispuestas a reportar su depresión (Téllez 2000). Por otro lado, se encuentra que las mujeres pueden estar más propensas por causas situacionales biológicas como por ejemplo síndrome premenstrual, cambios hormonales, estrés, problemas de funcionamiento de la tiroides, entre otros.

Como punto a resaltar está, la mayor presencia de cuidadores familiares en el área urbana a diferencia de la rural, en donde el porcentaje es significativamente bajo, lo que nos puede llevar a concluir, teniendo en cuenta los testimonios de los cuidadores, que las personas en el sector rural poseen otro tipo de alternativas de solución a la problemática de la enfermedad, diferente a la de remitirse inmediatamente al médico, además las condiciones económicas y geográficas son un punto importante en el momento de tomar algún tipo de decisión.

Relacionado con esta variable se encontró que los cuidadores del sector urbano son más propensos a generar síntomas depresivos, y en menor medida a generar síntomas ansiosos, a diferencia de los cuidadores del sector rural, quienes evidencian más presencia de niveles ansiosos que depresivos.

Otra variable señalada es el nivel de escolaridad de los cuidadores quienes casi en su totalidad han tenido algún tipo de estudio. Sin embargo en el proceso, se vio reflejado que el menor nivel de escolaridad puede actuar como factor de predisposición para la presencia de síntomas depresivos y ansiosos. Al respecto cuidadores con bajo nivel de estudio, manifestaron sentir angustia, cuando debían leer formulas medicas, o suministrar el medicamento, además se les hacia difícil comprender algunos términos, por ende es importante que los profesionales de la salud, utilicen términos mas claros y fáciles de entender.

El estrato socioeconómico fue una variable con mucha relevancia, debido a los resultados obtenidos, se demostró que la mayoría de cuidadores que presentaban

alta frecuencia de síntomas, se encontraban dentro de los estratos bajos, sin querer señalar que en los estratos superiores no existieran casos, sin embargo la frecuencia de aparición fue mucho menor e inclusive nula para el estrato 4, cuidadores de los estratos 5 y 6 no figuraron dentro de la población, esta situación podría deberse a que estos estratos tienen la posibilidad de pagar cuidadores formales. A esto podríamos sumar el hecho de que conjuntas a las situaciones sociales difíciles que deben afrontar las personas de los estratos bajos se les añade el proceso del cuidado, lo que puede generar en ellas algunas alteraciones emocionales.

Estos resultados pueden complementarse con la investigación realizada por María Jackeline Cedeño y Beatriz Arguello donde refieren que el bajo nivel educativo de los familiares y/o cuidadores y el bajo estrato socioeconómico guardan una relación directa con el poco conocimiento que tienen estos de la enfermedad. Lo cual puede dificultar la creación de estrategias para el tratamiento y cuidado de los pacientes, lo que provocaría alteración en los estados emocionales de las personas que los atienden y a su vez alteraría el funcionamiento familiar ulteriormente⁷⁷.

Con respecto a la variable del estado civil se observa un dato bastante relevante en donde los cuidadores que están casados se ven mucho más afectados en su vida cotidiana por el hecho de atender a su familiar, lo que se refleja en la aparición de los síntomas mencionados con anterioridad, muy de cerca están los cuidadores en unión libre, quienes presentan situaciones similares.

Dicho estado civil puede jugar un papel muy importante en el proceso de aparición de algunos de los síntomas, debido a la posible relación con responsabilidades socioeconómicas propias de esta condición, por ejemplo gastos

⁷⁷ CEDEÑO ACEVEDO, María Jackeline. Influencia de la falta de conocimiento de familiares y/o cuidadores sobre la enfermedad de Alzheimer en la calidad de vida de los pacientes diagnosticados en la ciudad de Neiva. 2003. Pág. 179.

domésticos entre otros, a la que se ven expuestas frecuentemente las personas casadas o en unión libre, y en mayor medida si lo son con el paciente a cargo. Al respecto los cuidadores esposos/as de los enfermos son junto con los hijos de los enfermos los que manifiestan mayores niveles de ansiedad y depresión, en este estudio un 40% de ellos mostraron síntomas moderados de depresión, un porcentaje alto, a esto se suma el tiempo que atendían a su cónyuge, con un promedio de 17 horas diarias. El vivir juntos y tener una relación sentimental, hace que los esposos dediquen la mayoría del tiempo a la atención, partiendo de la responsabilidad social y religiosa en algunos casos que como esposos tienen que tener hacia su cónyuge, pero el tiempo, dinero, espacio extra suministrado a la pareja por tener una enfermedad oncológica etc. lleva a la manifestación frecuente de síntomas ansiosos y depresivos que pueden alterar su vida cotidiana.

Con relación a los hijos(as) del enfermo, son ellos quienes prevalecen en cuanto a la aparición de los síntomas ya mencionados, viendo alterada su cotidianidad debido a la aparición de la enfermedad, explicaban que en la mayoría de los casos aunque existiesen mas hijos, siempre es uno en particular quien se hace cargo en su totalidad del enfermo familiar, en este caso el padre o la madre.

Teniendo en cuenta el oficio actual de los cuidadores, las amas de casa es el oficio que predomina, concordando con los resultados del estudio realizado por Victoria Delicado Useros de la Universidad de Alicante de España, en el año de 2002, además las amas de casa ocupan la mayor parte de su tiempo en atender al enfermo, $\frac{3}{4}$ partes de su día, y son ellas las que presentan mas altos niveles de ansiedad y depresión, el oficio de ama de casa le exige a la mujer permanecer en su hogar, es ella la que realiza las labores domesticas como limpiar, cocinar entre otras y sumado a esto la nueva "tarea" de cuidado al familiar enfermo. El agricultor por su parte presenta menores niveles de depresión, este oficio en contraposición al anterior requiere más actividad fuera de su hogar, lo que puede favorecer a la menor aparición de los síntomas depresivos y/o ansiosos.

La edad, otra variable presente en el estudio, evidenció que los cuidadores más jóvenes tienden a sufrir con menor frecuencia síntomas ansiosos y depresivos, en relación con los cuidadores adultos quienes muestran mayores niveles de depresión. Se puede inferir que esta diferencia en los niveles de frecuencia de síntomas se da porque los jóvenes cumplen un papel de acompañamiento al paciente, mientras que a los adultos, se les suman otras responsabilidades, entre ellas, las económicas, es en esta edad (30 - 50 años) cuando el individuo se ha organizado familiar y socialmente por tanto tiene que comprometerse más con su entorno familiar y social.

Teniendo en cuenta el cuidado del paciente antes o después del diagnóstico se reflejó que los cuidadores que atendieron a sus familiares antes del diagnóstico, lo hacían porque estos eran adultos mayores, que también demandaban atención debido a su avanzada edad. Los resultados arrojaron que los cuidadores pre-diagnostico atendían a familiares con un promedio de edad de 64 años. Estos mismos fueron quienes generaron más síntomas, en contraste con los que empezaron a cuidar a su familiar después de conocer el diagnóstico que tenían una edad promedio de 56 años.

A razón de la horas de cuidado, se evidencia la gran cantidad de tiempo que se le puede dedicar a un paciente oncológico (la mayoría de los cuidadores puntuaron entre las 19 y las 24 horas), el rango que va de las 19 a las 24 horas es una cantidad de tiempo bastante importante de dedicación diaria hacia un individuo, por tanto no se hace extraño que los cuidadores pierdan sus empleos, y se quejen de problemas económicos y de pareja, si se tiene en cuenta que la mayoría de cuidadores pasan de realizar sus labores cotidianas, a dedicarse por completo al cuidado del familiar enfermo, pues demanda un cuidado constante.

Con respecto al tiempo de cuidado en meses, se demostró que a mayor tiempo de cuidado, menores son las posibilidades de aparición de los síntomas depresivos y ansiosos. Al respecto es importante citar la teoría de la habituación que en conductismo afirma "...el descenso en la respuesta refleja se produce como consecuencia de la exposición repetida a un estímulo elicitor". Esto puede tener relación con el hecho del aprendizaje sobre la enfermedad, que se da a medida que pasa el tiempo de atención; el cuidador se va adaptando a la situación y construye mecanismos de afrontamiento que ayudan a estabilizar la homeostasis alterada debido al cuidado, otra razón es que los pacientes cuidados están en un proceso terapéutico, donde existe una recuperación física, se observó que de acuerdo al tiempo de tratamiento hacia los pacientes, es el proceso de recuperación emocional de los cuidadores por ende es importante afirmar que el tratamiento medico es vital no solo para buscar la salud del paciente sino también la salud emocional de este y de su familia. los cuidadores que han iniciado a cuidar a su familiar se encuentran en una situación nueva, donde desconocen muchas situaciones relacionadas con la enfermedad, entre ellas la etiología, el manejo al enfermo, y si a esto se suma nuevos roles como distribución de tiempo y de dinero, además los comentarios que escuchan sobre la enfermedad por parte de amigos, familiares, etc. , que en muchos casos son conceptos distorsionados y no profesionales, hacen que en el familiar se manifiesten con mayor frecuencia síntomas ansiosos y depresivos y a la vez estos pueden generar un síndrome que conllevara a la alteración de su estado emocional y por tanto desestabilizar su vida cotidiana.

Con relación a la percepción de la vida cotidiana, las quejas subjetivas de los cuidadores familiares son significativas, entre estas afirman que la demanda de atención y cuidado hacia el familiar enfermo reducen el tiempo habitual del cuidador, alterando las relaciones familiares y de pareja. Esta demanda de tiempo ha llevado a algunos cuidadores a perder su empleo, al respecto uno de ellos afirma; *"tuve que dejar de trabajar por acompañar a mi esposo..." "...perdí mi*

trabajo porque cuidar a mi esposa demandaba tiempo...comencé a llegar tarde a la oficina y finalmente me despidieron..." todas estas situaciones son consecuencias colaterales debido al cuidado y hacen que se altere la vida diaria del cuidador.

La somatización manifestada a través de las escalas de zung y de la entrevista sociodemográfica es significativa, sobre esta percepción que tienen los cuidadores acerca de su salud reportan que el atender al familiar ha incrementado la presencia de alteraciones físicas entre ellas dolores corporales y pérdida de peso. *"he tenido mucho cansancio, y dolores de cabeza, creo que es por acompañar a mi mama..."*. *"Últimamente no he podido dormir y se me ha subido la tensión pensando en la enfermedad..."* según los reportes de la mayoría de los cuidadores ellos afirman que aunque venían padeciendo enfermedades desde antes de cuidar al familiar como tensión alta y migraña, la nueva situación incremento los dolores físicos.

Por último, un factor que ha hecho mucho más difícil de llevar todo el proceso de la enfermedad, es el desconocimiento de la misma, la relacionan constantemente con sucesos negativos. Los cuidadores buscan información por otros medios y tan solo saben lo que les han dicho los conocidos o cuando alguien de su entorno social ha padecido la enfermedad y como se afirmó anteriormente esta información no puede ser la mas precisa y puede generar aun mas síntomas ansiosos y depresivos; no obstante es importante la educación por parte del personal de salud sobre la enfermedad hacia el enfermo y su familia, esta actividad pudiera disminuir niveles de ansiedad y depresión. Ya que despeja dudas, disipa mitos y confronta de una manera real al paciente, familia y la enfermedad conllevando a un acertado afrontamiento de la misma.

12. CONCLUSIONES

- ☑ A partir del estudio realizado se pudo identificar que existen síntomas depresivos y ansiosos significativos en los cuidadores de pacientes oncológicos ubicados en la unidad de cancerología del hospital universitario de Neiva.

- ☑ Según la investigación a nivel general se estableció que el 77% de los cuidadores son de género femenino, mientras que el 23% lo son del masculino. Además las mujeres presentan una asociación estadísticamente significativa con la aparición de síntomas ansiosos y depresivos.

- ☑ Teniendo en cuenta el oficio actual de los cuidadores son las amas de casa con un 49% quienes están en mayor proporción con respecto a los demás oficios.

- ☑ El 89% de los cuidadores habitan en el sector urbano en contraposición con el 11% que habita en el sector rural.

- ☑ Con respecto al estado civil de los cuidadores existió una igualdad importante entre las personas casadas y en unión libre, con un 37%.

- ☑ El 73% de los cuidadores familiares de pacientes oncológicos comenzaron a cuidar su familiar después de recibir el diagnóstico médico de cáncer, mientras que el 27% ya cuidaba a su familiar desde antes que se supiera el diagnóstico.

- ☑ Teniendo en cuenta la teoría de la habituación que en conductismo afirma que el descenso en la respuesta refleja se produce como consecuencia de la exposición repetida a un estímulo elicitor. se estableció que a mayor tiempo de cuidado en meses menor es la probabilidad de aparición de síntomas tanto depresivos, como ansiosos.

- ☑ La caracterización del cuidador se puede establecer de la siguiente manera:

“Mujer ama de casa, de 40 a 50 años de edad con un bajo nivel de escolaridad, que se encuentra dentro del estrato 2 y cuida 16 horas diarias a su familiar hace 9 meses aproximadamente”

- ☑ A partir de la percepción de los cuidadores, su vida cotidiana y su salud se vieron alteradas a raíz del cuidado a su familiar enfermo.

- ☑ En los cuidadores familiares, a menor nivel socioeconómico, mayor es la frecuencia de aparición de alteraciones de los estados emocionales.

- ☑ Dentro de los oficios realizados por los cuidadores, las amas de casa es el grupo con mayor frecuencia y son ellas las que manifiestan mayor presencia de síntomas depresivos y ansiosos, en relación a los demás oficios.

- ☑ Se evidenció que a menor nivel de escolaridad, mayor es la posibilidad de aparición de síntomas ansiosos y depresivos.

- ☑ Los síntomas somáticos y cognitivos, tanto para ansiedad como para depresión, fueron los más frecuentes en los cuidadores.

- ☑ Los resultados logrados en este estudio proporcionan las bases teóricas para diseñar e implementar estrategias alternativas psico-terapéuticas a nivel profiláctico de la depresión y ansiedad, en el cuidador familiar de enfermos oncológicos.

- ☑ Los resultados confirman la necesidad de considerar a los cuidadores de pacientes oncológicos como una población de alto riesgo en cuanto a la morbilidad de síntomas ansiosos y depresivos se refiere y, por tanto, surge la necesidad de incluirles en protocolos de atención psicológica en la Unidad De Cancerología Del Hospital Universitario De Neiva, teniéndolos en cuenta e incluyéndolos en el tratamiento.

13. RECOMENDACIONES

- ☑ El estudio realizado ofrece herramientas adicionales que reconocen la importancia de la participación del psicólogo en el tratamiento multidisciplinario, dirigido al paciente oncológico y su familia a través de procesos investigativos e interventores.

- ☑ Se recomienda desarrollar programas integrales donde se abarque la atención psicológica hacia cuidador, fomentando así estrategias de Intervención dirigidas a promover una adecuada Salud mental del familiar del paciente oncológico de las cuales el cuidador familiar desarrolle sus propios recursos de afrontamiento, facilitando que de manera independiente sea capaz de desarrollar soluciones adaptativas ante situaciones críticas, que se generen por la convivencia con el paciente oncológico, esta tarea puede ser desarrollada por practicantes de psicología y psicólogos(as) que laboran en el Hospital Universitario de Neiva.

- ☑ Por otra parte, se sugiere que el estudio se tome como punto de referencia, para su futura aplicación, teniendo en cuenta las necesidades y la diversidad de la población con la que se vaya a trabajar.

- ☑ Es importante educar al cuidador, ofreciendo orientación e información etiológica de la enfermedad en un lenguaje sencillo pero real por parte de profesionales médicos, así estarán psicológicamente preparados para afrontar los acontecimientos y cambios a que pueda dar lugar la enfermedad en el paciente.

- ☑ De igual forma, este estudio brinda elementos para la comprensión y análisis del comportamiento de los individuos cuando tienen relación directa con el cáncer, en este caso cuidadores de pacientes oncológicos; por tanto contribuye al fortalecimiento de una línea de investigación en la Universidad Sur colombiana (USCO), del programa de Psicología, donde el tema inicial sea *Cáncer Y Comportamiento Humano*.

14. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000.
- ✓ Beck, A.T., y Emery, G. (1985). Desorden Ansioso Y Fobias; Una Perspectiva Cognitiva. Nueva York: Basic books.
- ✓ Belloch, A. Sandín, B. Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología. Primera Edición. Editorial McGraw Hill/ Interamericana de España, S.A. Madrid.
- ✓ Comeche MI, Díaz MI, Vellejo MA. Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales. Fundación Universidad-Empresa. Madrid, 1.995.
- ✓ Cano-Videl (1995). Orientación en el estudio de la emoción, tomado de www.apsique.com
- ✓ Cedeño Acevedo, Maria Jackeline. Influencia de la falta de conocimiento de familiares y/o cuidadores sobre la enfermedad de Alzheimer en la calidad de vida de los pacientes diagnosticados en la ciudad de Neiva. 2003. Pág. 179.
- ✓ Conde V, Franch JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn SA, 1984.
- ✓ Conde V, Esteban T, Useros E. Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. Rev Psicol Gen Aplic 1976; 31: 469-497.
- ✓ Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (1993). *La Enfermedad como Camino...* Plaza & Janés.
- ✓ Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. En: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford UK: Oxford University Press 1999: 3-11.

- ✓ Estape, Tania. Entrevista realizada a LEA BAIDER Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Responsable de Psicooncología de la Fundación FEFOC. Tomado de www.elpais.com.(5/12/04)
- ✓ Freud, S. (1973). Obras Completas. Tomo II, 1905-1917. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
- ✓ Georgina Jocik Hung (MsC. En Psicología de la Salud, Lic. En Psicología y cols. Percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia. Monografía.
- ✓ Guía para el cuidado del paciente en el hogar. tomado de www.fefoc.org/indepa.htm 01/10/2005 16:06:52
- ✓ Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar. Metodología de la investigación. Tercera edición.McGraw Hill.2003.
- ✓ May, R. Angel, E; y Ellenberger, H. F. (1967). Existencia. Primera Edición. Editorial Gredos, S.A. Madrid
- ✓ May, R. Schachter, S. y otros. (1968). La Angustia Normal y Patológica. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- ✓ National Institute for Complementary and Alternative Medicine. Tomado de nccam.nih.gov
- ✓ Llinas, Rodolfo R. EL CEREBRO Y EL MITO DEL YO, Bogota Editorial Norma, 2002.
- ✓ Piotrowski C. The status of the Beck Anxiety Inventory in contemporary research. Psychol Rep 1999
- ✓ Sabino Carlos. El Proceso De Investigación, Editorial ENFASA. Bogota, 2000
- ✓ Sartre, Jean Paul. Bosquejo De Una Teoría De Las Emociones.
- ✓ Skinner, B. (1974). Ciencia y Conducta Humana. Editorial Fontanella, S.A. Barcelona, España.
- ✓ Vázquez C, Sanz J. Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck (1978): propiedades psicométricas y clínicas en muestras clínicas y en población general. Madrid: Universidad Complutense, Facultad de

Psicología. En preparación. Citado por: Vázquez C, Jiménez F. Depresión y manía. En: Bulbena

- ✓ Wolpe, J. (1981). Psicoterapia por Inhibición Recíproca. Editorial Española Desclée de Browwer. Bilbao, España.

ANEXOS



ANEXO A

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
NEIVA - HUILA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____

Yo; _____

O quien me represente; _____

Identificado con c.c. N° _____

Manifiesto que he sido informado sobre el estudio de investigación realizado por los estudiantes de psicología de la universidad surcolombiana; Germán Dario Vallejo Bravo y Vanessa Roncancio; sobre “Características sociodemográficas y del estado emocional en los cuidadores familiares de pacientes oncológicos”. Se por tanto los procedimientos que se utilizaran, además de sus objetivos, justificación y metodología a utilizar.

Por tanto autorizo mi participación en esta investigación aportando los datos que sean necesarios, de acuerdo a los instrumentos de recolección utilizados por los investigadores, de los cuales también he sido informado que no representan ningún riesgo para mi integridad, además que dicha información aportada hará parte del sigilo profesional y no será utilizada para otros fines diferentes a los objetivos de la investigación. De igual forma durante el desarrollo del estudio tendré la opción de retirar mi consentimiento en el momento que yo lo desee, asimismo existe el compromiso de los investigadores de hacerme conocedor(a) de los resultados de la investigación en el momento que lo solicite.

ATT:



ANEXO B



UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
INVESTIGACION “ESTADO EMOCIONAL EN EL CUIDADOR FAMILIAR DE
PACIENTES CON CANCER AVANZADO”

SITUACION SOCIODEMOGRAFICA DE LOS CUIDADORES

1. Nombre:

2. Dirección de residencia: _____ de

3. Teléfono: _____

4. Sector: RURAL____ URBANO____

5. Genero: masculino____ femenino ____

6. Edad. _____

7. Edad del paciente: _____

8. Años de estudio: _____

9. Grado máximo alcanzado: _____

10. Estado civil

Soltera/o____ Casada/o____ Divorciada/o____ Viuda/o____ Unión libre____

11. Oficio actual: _____

12. Estrato socioeconómico:

1____ 2____ 3____ 4____ 5____ 6____

13. ¿Cuanto tiempo hace que cuida a su familiar enfermo? _____

14. ¿Desde cuando cuida a su familiar?

Antes del diagnostico_____ Después del diagnostico_____

15. ¿Cuántas horas al día dedica al cuidado de su familiar?_____

16. ¿Qué parentesco tiene con la persona que tiene a su cuidado?

Esposa/o___ madre___ padre___ hija/o___ abuela/o___ amiga/o___
Otro_____

17. ¿Ha cambiado de algún modo su vida cotidiana debido al cuidado que realiza a su familiar?

Si___ No___ (si su respuesta es si)

¿Cómo?_____

18. ¿Ha sentido que su salud se ha deteriorado desde el momento que comenzó a cuidar a su familiar? Si___ No___ (si su respuesta es si)

¿Cómo?_____

19. ¿Siente rabia por tener que cuidar a su familiar enfermo? Si___ No___

¿Por _____ qué?

ANEXO C

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
INVESTIGACION SOBRE ESTADO EMOCIONAL EN CUIDADORES FAMILIARES DE
PACIENTES CON CANCER EN FASE AVANZADA**

ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESION DE ZUNG

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual.

- A = Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente.**
B = Algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando.
C = Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente.
D = Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo.

Nº	ITEM	A	B	C	D
1.	Me siento triste y deprimido.				
2.	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.				
3.	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4.	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.				
5.	Ahora tengo tanto apetito como antes.				
6.	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.				
7.	Creo que estoy adelgazando.				
8.	Estoy estreñado.				
9.	Tengo palpitaciones.				
10.	Me canso por cualquier cosa.				
11.	Mi cabeza está tan despejada como antes.				
12.	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13.	Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.				
14.	Tengo esperanza y confianza en el futuro.				
15.	Me siento más irritable que habitualmente.				
16.	Encuentro fácil tomar decisiones.				
17.	Me creo útil y necesario para la gente.				
18.	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.				
19.	Creo que sería mejor para los demás si me muriera.				
20.	Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.				

ANEXO D

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
INVESTIGACION SOBRE ESTADO EMOICONAL EN CUIDADORES FAMILIARES DE
PACIENTES CON CANCER EN FASE AVANZADA**

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

Señale según la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas de acuerdo a estos criterios:

1. Ausente 2. Ligera 3. Moderada 4. Fuerte

* (Vd) Usted

Nº	ITEM	1	2	3	4
1.	HUMOR ANSIOSO <i>¿Se siente Vd. nervioso, ansioso?</i>				
2.	TEMOR <i>¿Se siente Vd. asustado?</i>				
3.	PANICO <i>¿Se aterroriza Vd. con facilidad?</i>				
4.	DISGREGACION <i>¿Se siente Vd. cómo si fuese a volverse loco?</i>				
5.	PREOCUPACION <i>¿Se siente Vd. cómo si fuese a ocurrir algo terrible?</i>				
6.	TEMBLOR <i>¿Se siente Vd. tembloroso?</i>				
7.	ALGIAS Y DOLORS CORPORALES <i>¿Tiene Vd. dolores de cabeza, cuello o espalda?</i>				
8.	FATIGABILIDAD <i>¿Se cansa Vd. con facilidad? ¿Se siente Vd. débil a ratos?</i>				
9.	INQUIETUD <i>¿Se encuentra Vd. inquieto? ¿Hasta el punto de no poder permanecer sentado?</i>				
10.	PALPITACIONES <i>¿Siente Vd. que su corazón late deprisa?</i>				
11.	MAREO <i>¿Se siente Vd. mareado a ratos?</i>				
12.	DESAMAYOS <i>¿Se ha desmayado Vd. a veces? ¿Ha sentido cómo si fuera a desmayarse?</i>				
13.	DISNEA <i>¿Siente Vd. dificultad para respirar?</i>				
14.	PARESTESIAS <i>¿Tiene Vd. sensación de acorchamiento en los dedos o alrededor de la boca?</i>				
15.	NAUSEAS Y VOMITOS <i>¿Siente Vd. náuseas? ¿Vómitos?</i>				
16.	FRECUENCIA URINARIA <i>¿Necesita Vd. ir a orinar con mucha frecuencia?</i>				
17.	SUDORACION <i>¿Se siente Vd. sudoroso, con las manos húmedas y frías?</i>				
18.	BOCHORNOS <i>¿Tiene Vd. bochornos?</i>				
19.	INSOMNIO INICIAL <i>¿Le cuesta a Vd. trabajo dormirse?</i>				
20.	PESADILLAS <i>¿Tiene Vd. sueños que le asustan, pesadillas?</i>				
TOTAL:					

