

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Tesis para optar por el Título de Máster en Psicología Médica.

Autora: Lic. Yadirá Grau Valdés
Tutora: Dra. Osana Molerio Pérez
Dra. Vivian Guerra Morales

2011

Resumen.

Tomando en consideración el impacto emocional del cáncer, tanto en los pacientes como en sus familiares, se realizó esta investigación con el objetivo de determinar las particularidades psicológicas de la ansiedad, la depresión y los estilos de afrontamiento utilizados en cuidadores de pacientes con cáncer de mama y cuello de útero entre septiembre del 2009 hasta febrero del 2010, en el Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”, de la provincia Villa Clara.

Bajo un paradigma mixto (cuanti-cualitativo), con un diseño exploratorio descriptivo y transversal-analítico y una muestra clínica, no intencional, siguiendo criterios no probabilísticos, se diferenciaron tres subgrupos de estudio en dependencia de la etapa de tratamiento con quimioterapia del paciente, que incluían a 10 sujetos en cada grupo, para un total de 30 familiares.

Se aplicaron varios métodos y técnicas psicológicas que fueron evaluadas cualitativa y cuantitativamente con un procesamiento de los datos a través del paquete estadístico SPSS Versión 15.0.

Aunque se obtuvo algunas diferencias entre los grupos, todos coinciden en la presencia de depresión, no obstante prevalece la ansiedad situacional, siendo esta variable influenciada por la etapa del proceso de tratamiento en que se encuentran los pacientes. Los estilos de afrontamiento más utilizados son la reacción emocional y la somatización; concluyéndose que los familiares cuidadores de pacientes con cáncer se encuentran afectados, física y psicológicamente. Se recomienda la elaboración de programas de intervención dirigidos a la atención de los cuidadores.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes.

- La Organización Mundial de Salud (OMS) estima que para el año 2020, habrá por lo menos veinte millones de nuevos casos de cáncer cada año.
- En los cinco años que corresponden desde el 2001 al 2006, la incidencia de cáncer en el país era de 15 406 nuevos casos.
- En Villa Clara se habían reportado 1654 en igual período.
- En el 2009 la mortalidad por cáncer fue alta, 9126 casos fallecieron por esta causa.
- Hubo 651 fallecidos por cáncer en la provincia de villa clara en el 2009.

Aspectos teóricos.

- Repercusión emocional del cáncer, especialmente el de mama y cuello de útero en la mujer.
- Impacto emocional del cáncer en la familia, especialmente en el familiar cuidador.
- Definición de cuidador principal: *“la persona (familiar o allegado) con mejores condiciones para asumir responsablemente el cuidado del paciente, por contar con posibilidades reales y disposición para su atención, poseer una buena relación afectiva con el enfermo, suficiente nivel escolar para comprender y transmitir la información e instrucciones, así como capacidad para imprimirle seguridad y bienestar emocional en la mayor magnitud posible.*
- El hecho de cuidar a un paciente con cáncer trae consigo estados emocionales como ansiedad y depresión que en relación con el estilo de afrontamiento que se utilice tendrá una repercusión importante en el cuidador.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Interrogante científica:

¿Cuáles son las manifestaciones psicológicas de la ansiedad y la depresión en familiares cuidadores de pacientes con cáncer de mama y cuello de útero, tributarios a tratamiento con quimioterapia?

Objetivo general:

- Caracterizar las manifestaciones psicológicas de la ansiedad y la depresión en familiares cuidadores de pacientes con cáncer de mama y cuello de útero tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Objetivos específicos:

- Describir las principales preocupaciones que experimentan los familiares cuidadores de pacientes con cáncer de mama y cuello de útero en tratamiento con citostáticos.
- Identificar las principales estrategias de afrontamiento de estos cuidadores ante la enfermedad de su familiar enfermo, en el momento actual y de manera previa.
- Determinar los estados emocionales de ansiedad y depresión presentes en los familiares cuidadores de estos pacientes.
- Comparar el comportamiento de las variables psicológicas estudiadas en los familiares cuidadores de pacientes con cáncer de mama y cuello de útero distribuidos en tres sub-grupos, según la etapa de tratamiento con quimioterapia.
- Valorar la influencia que tiene la etapa de tratamiento en la ansiedad y la depresión.

FUNDAMENTACION TEORICA

1.1 El cáncer como problema de salud.

El cáncer ha sido a lo largo de la historia una de las enfermedades más llamativas para los científicos y una de las más devastadoras de los últimos tiempos, no solo por la cantidad de muertes que ha causado, sino por la carga de sufrimiento que trae consigo. Aunque los índices de sobrevivencia son elevados en la actualidad, sigue teniendo el significado social y el impacto emocional de los primeros momentos, pues siempre existe la posibilidad de la muerte.

Se clasifica como una enfermedad crónica, definida como *“procesos incurables que constituyen una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tienen una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible”*. (Palerm, E; De Sojo, Peira, 1999). En esta enfermedad interactúan condiciones genéticas, conductuales y medioambientales, de ahí su clasificación y aún poca comprensión de los factores que la originan.

Después del “Papiro de Ebers”, documento de carácter médico escrito aproximadamente en el año 1500 a.C, el cual proporcionaba una explicación de las inflamaciones características de algunos tumores; fue Hipócrates (460-370 a.C.) quien describe la enfermedad dándole el nombre de “kankros”, palabra griega que significa cangrejo, carcinos y carcinoma. Define su grave pronóstico y considera como agente etiológico del cáncer la bilis negra, establece las bases de la epidemiología y es el primero en describir el concepto general de la influencia del medio ambiente sobre la enfermedad (Newell, Bryant, y Morris, 1984). No obstante, fue Galeno, médico científico romano, anterior al Renacimiento, quien primero utilizó la palabra “tumor”.

Durante el siglo XIX, el fisiólogo Johannes Müller descubre que los tumores, al igual que otros tejidos, estaban formados por células y no por materia amorfa. No obstante, su crecimiento no parecía obedecer a los mecanismos de control de otras células corporales (Brannon y Feist, 2001).

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

El descubrimiento de que los tumores están formados por células no esclareció las causas de su crecimiento. Durante el siglo XIX, la teoría principal del cáncer afirmó que un agente parasitario o infeccioso causaba este trastorno, pero los investigadores no podían determinar la naturaleza de este agente. Por esta razón se formuló la teoría de la mutación, la cual establecía que el cáncer se origina gracias a un cambio que se opera en las células. Estas continúan reproduciéndose en su forma mutada y el resultado es un tumor (Brannon y Feist, 2001).

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, se estableció que una gran cantidad de agentes químicos, físicos y biológicos- causaban diferentes clases de cáncer. Esta diversidad en el origen ha llegado hasta nuestros días, denotando una vez más su pluricausalidad; así como las diferentes formas de tratamiento y de prevención.

El organismo forma células nuevas a medida que se necesitan para reemplazar a las células envejecidas que mueren. Cuando crecen células nuevas que no son necesarias y las células envejecidas no mueren cuando debería, se forma una masa llamada tumor o neoplasia. Este término significa “nuevo crecimiento”. Willis (citado en Upton, 1984), define la neoplasia como *“una masa anómala de tejido, cuyo crecimiento excede y no está coordinado con el de los tejidos normales y persiste, de un modo igualmente excesivo, después del cese de los estímulos que provocan el cambio”*. Estas se clasifican como neoplasia benigna o neoplasia maligna, si bien esta distinción no siempre resulta fácil de determinar.

Las neoplasias benignas tienen las siguientes características: son frecuentemente encapsuladas, no son invasivas, generalmente se encuentran bien diferenciadas, poseen un crecimiento lento, bajo grado de mitosis, no metastatizantes (Upton, 1984).

Se puede hablar de una neoplasia maligna o cáncer cuando existe una anaplasia celular que se aparta del tipo normal, es decir, de una morfología atípica que se explica por un crecimiento más agresivo y rápido del tejido, que

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

destruye e infiltra los tejidos vecinos, siendo por supuesto, letal para el ser humano (Rodríguez,1996).

Levy (1983) define tres características fundamentales de las neoplasias malignas:

- Hiperplasia: es la proliferación anormal de células por la cual se alteran los patrones normales de la arquitectura de los tejidos.
- Anaplasia: son aquellas anomalías estructurales y funcionales de las células por las cuales se asemejan a sus contrapartidas primitivas o embrionarias.
- Invasividad: es la capacidad para forzar los confines de su sitio de origen y pasar hacia tejidos vecinos o distantes.

Según Braun (1977) los tumores malignos pueden dividirse en cuatro grupos fundamentales atendiendo al tejido o sistema donde se desarrollen:

- ❖ Carcinomas: células de tejido epitelial, o sea, células que recubren las superficies externas e internas del organismo, como la piel, la pared del estómago o las mucosas.
- ❖ Sarcomas: aparecen en el tejido conectivo, como el hueso, músculos y cartílago.
- ❖ Leucemia: tipo de cáncer que se origina en la sangre o en las células que la forman, como las de la médula ósea.

Estos tres tipos de cáncer conforman más del 95% de las enfermedades malignas.

- ❖ Linfoma: ataca el sistema linfático y es una clase de cáncer poco habitual.

Cuando las células malignas, se fijan producto de la infiltración de estas en vasos sanguíneos o linfáticos, se conoce como metástasis, o sea, cuando por el crecimiento y proliferación de las células del tumor ha ocurrido una diseminación de una parte del cuerpo hacia otra. (Patton, 2005). La frecuencia

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

de la metástasis depende del lugar donde se ubica el tumor, la irrigación linfática y sanguínea, e intensidad del crecimiento del tumor.

Aquí juega un papel muy importante el sistema inmune, que actúa como defensa natural del cuerpo, identificando y destruyendo a los elementos extraños o antígenos, y respetando y reconociendo los componentes que realmente forman parte del cuerpo humano y cumplen función dentro de él. (Nelson, Vaughan y Behrman, 1967).

Uno de los grandes problemas médicos sociales de la actualidad, por su alta frecuencia y aumento progresivo en el número de mujeres que lo padecen es el cáncer de mama. Es el más usual en la mujer y el que causa mayor índice de mortalidad por neoplasia, además representa la primera causa de muerte en la mujer entre los 25 y 45 años. Casi la mitad de las mujeres que poseen cáncer de mama, mueren. Esta incidencia ha aumentado progresivamente en las últimas décadas, un quinto de todas las localizaciones de cáncer, pertenecen al cáncer de mama, apareciendo cada vez en edades más tempranas, aunque los avances de la medicina han logrado por una parte descubrir tumores en estadios más tempranos y por otra alargar la vida de las pacientes afectadas.

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de este tejido. La mama está formada por una serie de glándulas mamarias a las que se les denomina lóbulos y lobulillos. Los lóbulos, a su vez, se encuentran conectados entre sí por unos tubos, conductos mamarios. Las glándulas (o lóbulos) y los conductos mamarios están inmersos en el tejido adiposo y en el tejido conjuntivo, que, junto con el tejido linfático, forman el seno. A modo de muro de contención, actúa el músculo pectoral que se encuentra entre las costillas y la mama. La piel recubre y protege toda la estructura mamaria. El sistema linfático está formado por recipientes y vasos o conductos que contienen y conducen la linfa, que es un líquido incoloro formado por glóbulos blancos, en su mayoría linfocitos. Estas células reconocen cualquier sustancia extraña al organismo y liberan otras sustancias que destruyen al agente agresor.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

La mayoría de los tumores que se producen en la mama son benignos. Los síntomas que producen son dolor e inflamación, pero ni se diseminan al resto del organismo, ni son peligrosos. Sin embargo, dentro de los tumores malignos, existen varios tipos en función del lugar de la mama donde se produzca el crecimiento anormal de las células y según su estadio. Los tumores pueden ser localizados o haberse extendido, a través de los vasos sanguíneos o mediante los vasos linfáticos, y haber dado lugar a metástasis, sólo el 7 % de ellos presentan metástasis de inicio.

Los tipos de cáncer de mama se clasifican en:

- Carcinoma ductal in situ, que se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es un cáncer muy localizado, que no se ha extendido a otras zonas. Por este motivo, puede extirparse fácilmente. La cifra de curación en las mujeres que presentan este tipo de cáncer ronda el 100 %. Este tipo de tumor se puede detectar a través de una mamografía.
- El carcinoma ductal infiltrante (o invasivo) es el que se inicia en el conducto mamario, pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama, se da en el 80 % de los casos.
- El carcinoma lobular in situ, se origina en las glándulas mamarias (o lóbulos) y, aunque no es un cáncer verdadero, aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un cáncer en el futuro. Se suele dar antes de la menopausia.
- El carcinoma lobular infiltrante (o invasivo) comienza en las glándulas mamarias, pero se puede extender y destruir otros tejidos del cuerpo. Entre el 10 % y el 15 % de los tumores de mama son de este tipo. Este carcinoma es más difícil detectarlo a través de una mamografía.
- El carcinoma inflamatorio del seno es un cáncer poco común, tan solo se presenta en un 1 % del total de los tumores cancerosos de la mama. Es agresivo y de crecimiento rápido. Hace enrojecer la piel del seno y aumentar su temperatura. La apariencia de la piel se vuelve gruesa y ahuecada, como la de una naranja y pueden aparecer arrugas y

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

protuberancias en ella. Estos síntomas son debido al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfáticos.

La edad es el factor de riesgo más importante para el cáncer de mama, aunque también la localización geográfica de la mujer es significativa. Las mujeres asiáticas, comparadas con las norteamericanas o de Europa Occidental, tienen un riesgo muy bajo de desarrollar la enfermedad. El cáncer de mama tiene un pronóstico y tratamiento distintos en función de la etapa de desarrollo que se encuentre y de los factores de riesgo que tenga la mujer. Para conocer esto, hay que realizar una serie de análisis que facilitarán clasificarlos en uno u otro estadio.

El Comité Conjunto Americano del Cáncer utiliza el sistema de clasificación TNM:

- La letra T, seguida por un número que va del 0 al 4, indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o a la pared del tórax debajo de la mama. A un número más alto le corresponde un tumor más grande y/o una mayor propagación a los tejidos cercanos.
- La letra N, seguida por un número que va del 0 al 3, indica si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos a la mama y, si es así, si estos ganglios están adheridos a otras estructuras.
- La letra M, seguida por un 0 ó un 1, expresa si el cáncer se ha extendido a otros órganos distantes o a ganglios linfáticos no próximos a la mama.

La clasificación para los subgrupos, se realiza con números que van del I al IV.

- EL ESTADIO I, indica que el tumor es menor de 2 cm y no hay metástasis (no se ha extendido).
- EL ESTADIO II, abarca las siguientes situaciones:
 - El cáncer no mide más de 2 cm, pero los ganglios linfáticos de la axila están afectados.
 - El cáncer mide entre 2 y 5 cm y puede haberse extendido o no.
 - El cáncer mide más de 5 cm, pero los ganglios linfáticos axilares no están afectados.
- EL ESTADIO III, se divide en estadio IIIA y IIIB.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

El estadio IIIA puede integrar a las siguientes formas:

- El tumor mide menos de 5 cm y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, y estos están unidos entre sí o a otras estructuras.
- El tumor mide más de 5 cm y los ganglios linfáticos axilares también están afectados.

El estadio IIIB, puede darse en los siguientes casos:

- El cáncer se ha extendido a otros tejidos cerca de la mama (piel, pared torácica, incluyendo costillas y músculos del tórax).
- El cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón.
- EL ESTADIO IV, se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo. Los órganos en los que suele aparecer metástasis con mayor frecuencia son los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro. También puede ser que el tumor haya afectado localmente a la piel y a los ganglios linfáticos dentro del cuello, cercanos a la clavícula.

La causa del cáncer de mama no se conoce, pero si se saben algunos factores de riesgo, es decir, aquella situación que aumente las probabilidades de padecer la enfermedad. En este caso tenemos el sexo, el cáncer de mama se da principalmente en la mujer, también puede afectar a los hombres pero la probabilidad es mucho menor; la edad, mientras mas elevada sea, mayor probabilidad de padecer cáncer; los genes, existen dos genes identificados que, cuando se produce algún cambio en ellos (mutación), se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar el cáncer de mama, estos genes se denominan BRCA1 y BRCA2; antecedentes familiares, cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama, se duplica el riesgo de padecerlo, mientras que si es un pariente más lejano (abuela, tía, prima), sólo aumenta el riesgo ligeramente; antecedentes personales, una enfermedad mamaria benigna previa parece aumentar el riesgo en aquellas mujeres que tienen un gran número de conductos mamarios; la raza, las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las mujeres de raza negra, aunque la mortalidad de estas últimas es mayor, las que tienen menor riesgo de padecerlo son las mujeres asiáticas e hispanas;

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

períodos menstruales, cuanto antes se comienza con la menstruación (antes de los 12 años), mayor es el riesgo (de dos a cuatro veces mayor) de padecerlo si se compara con aquellas que comenzaron más tarde (después de los 14). Lo mismo ocurre con la menopausia; las mujeres con una menopausia tardía (después de los 55 años) tienen mayor riesgo y por último, el embarazo después de los 30 años.

Además de estos factores, se encuentran factores psicológicos, en particular relacionados con el estilo de vida como la terapia de reposición estrogénica. Esta terapia, que se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia, parece aumentar a largo plazo (más de 10 años) el riesgo de sufrir cáncer de mama. El consumo de alcohol durante años está claramente vinculado al riesgo elevado de cáncer de mama y el exceso de peso, parece estar relacionado con un riesgo más alto de tener esta enfermedad.

El síntoma más llamativo es el tumor, formado por una masa dura, de consistencia pétrea y límites imprecisos, incluso los ganglios de las axilas pueden aumentar de tamaño. Otros signos que pueden aparecer son: dolor o retracción del pezón, irritación o hendiduras de la piel, inflamación de una parte del seno, enrojecimiento o decamación de la piel o del pezón, secreción por el pezón, que no sea leche materna. Los tumores mamarios pueden ocasionar cambios en la piel, se destacan el aumento unilateral de una mama cuando el desarrollo del seno ha terminado y no es consecuencia de algún traumatismo, ingesta de fármacos u otro tipo de situación. El dolor de mama no es un síntoma de cáncer, aunque el 10 % de estas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa. Solamente se exceptúan los carcinomas inflamatorios, cuando aparece el dolor suele ir asociado al tumor y se localiza en la zona peritumoral, manifestándose en forma de punzadas, sensación urente, entre otras.

Otro tipo de cáncer que afecta considerablemente a la mujer es el cáncer de cuello de útero, el cual constituye una de las primeras causas de muerte en los países en vías de desarrollo. Su tasa de incidencia en América Latina y el Caribe se encuentra entre las más altas del mundo. (Cabeza, 1994). En Cuba

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

ocupa actualmente el quinto lugar dentro de las principales localizaciones de los tumores para mujeres.

El cáncer de cuello de útero es un tumor originado a partir de una transformación maligna de las células epiteliales que revisten éste segmento del útero. Por lo general es continuidad de una lesión ocasionada por el virus del papiloma humano, al que se suman otros factores como son las infecciones de transmisión sexual, el tabaquismo, el déficit nutricional, la multiparidad, hábitos de fumar, la edad y la disminución de la vigilancia inmunológica, que en una interacción sinérgica podrían evolucionar a la neoplasia intraepitelial cervical y de esta al cáncer (Berumen, 1997).

Los tipos histológicos del cáncer de cuello de útero son:

- Carcinoma epidermoide, que representa casi el 90% del total de los casos, además tiene sus variantes de diferenciación.
- Adenocarcinoma: se origina en las células glandulares endocervicales. Más frecuente en las mujeres jóvenes y de peor pronóstico que el anterior.
- Carcinoma adeno-escamoso, que es una variedad intermedia.
- Carcinoma a células claras, es raro y de mal pronóstico.
- Carcinoma neuroendocrino.

El síntoma más común por el que consultan las mujeres afectadas por este tipo de tumores es la pérdida o eliminación de una sangre roja o mezclada con flujo, la cual puede aparecer espontáneamente o luego de mantener relaciones sexuales. El flujo, siendo de tipo acuoso, mezclado con sangre o con pus es otro de los síntomas característicos. Este último estaría indicando una complicación del tumor como es la infección. En algunas mujeres el dolor acompaña al resto de los síntomas, localizado en la parte baja del abdomen, llegando a ser persistente y muy molesto en algunos casos. Si el tumor invade estructuras vecinas, como la vejiga o el recto, pueden aparecer molestias como dificultad para orinar y obstrucción al tránsito intestinal respectivamente.

En función de disimiles variables como el estadio en que se encuentra el cáncer, la zona afectada, si existe metástasis o no, el tamaño del tumor,

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

enfermedades anteriores y actuales del paciente, etc., se decide el tratamiento a seguir en cada caso. Este puede consistir en cirugías parciales o totales, radioterapia, quimioterapia o una combinación de ellas.

La intervención quirúrgica permite el control local de la enfermedad y llevar a cabo un diagnóstico riguroso, gracias a que se pueden determinar las características del tumor y el por ciento del cuerpo afectado por células malignas. Detectado a tiempo, el cáncer puede ser tratado sólo con radiaciones algunas veces, aunque en casi todos los casos, un tumor maligno debe ser extirpado quirúrgicamente.

La radioterapia, por su parte, consiste en el empleo de rayos de alta energía, como rayos X, para destruir o disminuir el número de células cancerosas. Es un tratamiento local que se administra después de la cirugía conservadora (cuando se emplea después de la mastectomía es porque se considera que existe riesgo de que el tumor se reproduzca). La aplicación de radiaciones ionizantes altera las moléculas vitales para la célula, provocando su lesión o su muerte. Este es el efecto que utiliza la radioterapia al actuar sobre los tejidos mamarios. Hay que tener en cuenta, que esta acción se produce tanto en los tejidos sanos como en los tumorales. Los efectos secundarios de este tratamiento son cansancio o fatiga, inflamación y pesadez en la zona afectada, enrojecimiento y sequedad en la piel (como después de una quemadura solar), que suelen desaparecer tras 6 ó 12 meses. La acción de los aparatos suele estar muy focalizada, de manera que sus efectos suelen ser breves y, generalmente, bien tolerados por las pacientes. Una buena combinación de descanso, actividad física y prendas delicadas, puede atenuar estas molestias.

También el paciente puede ser tratado con quimioterapia. La era de los quimioterapéuticos comenzó con los trabajos de Paúl Ehrlich, quien pensaba que la toxicidad de algunas sustancias podría ser aprovechada con base en la dosis correcta y la selectividad para la protección a infecciones.

El concepto quimioterapia, engloba toda sustancia capaz de destruir o neutralizar a los agentes productores de enfermedad, ya que posee afinidad especial por ciertos microorganismos o estructuras moleculares. La

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

quimioterapia utilizada en padecimientos oncológicos, consiste en la administración de medicamentos o drogas específicas por vía oral o intravenosa que actúan en forma sistemática e impiden la multiplicación de células cancerígenas, o de aquellas que se reproducen anormalmente; así se evitan que resulten dañadas otras células normales del organismo. Estos fármacos son conocidos como citostáticos y se clasifican en agentes alquilantes, antimetabólicos, antibióticos antitumorales y derivados de plantas.

El mecanismo de acción de la quimioterapia es atacar las células malignas que se caracterizan por multiplicarse a gran velocidad. Paradójicamente en el organismo también existen células normales o sanas que se multiplican con la velocidad de las enfermas o de los tumores, por lo tanto ellas también sufren con la quimioterapia. Esta característica de la quimioterapia es la causante de los efectos secundarios, como respuesta al tratamiento. (Chicote, 2001). Estos, debido a que son medicamentos muy fuertes, resultan muy molestos. Los más frecuentes son: náuseas y vómitos, pérdida de apetito, pérdida del cabello, llagas en la boca, cansancio y riesgo elevado de infecciones.

La agresividad de los tumores malignos, su rápida diseminación y su variado cuadro clínico -a lo que se suma las no menos agresivas variables terapéuticas con que son tratados- provocan un serio impacto sobre la psique del paciente. Existe toda una serie de efectos secundarios asociados al tratamiento de las neoplasias malignas, principalmente: náuseas, vómitos, diarreas, alopecia, ansiedad, depresión, insomnio, aumento de la susceptibilidad al dolor, limitación de la función inmunológica, fatiga e inanición entre otras. (Knapp, 2005).

1.2 La familia del enfermo de cáncer: el impacto de la enfermedad.

La familia ha sido objeto de estudio por diferentes disciplinas, pero solo recientemente la medicina se ha propuesto estudiarla con un enfoque científico, buscando su relación con el proceso salud-enfermedad. En la actualidad los modelos teóricos que intentan explicar este proceso, atendiendo sólo a causas biológicas y centrando la atención en el individuo, resultan limitados al no considerar a la familia como el eslabón fundamental en este asunto. Si

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

además, este padecimiento tiene tanto impacto como es el cáncer, entonces la necesidad de incluirla en la investigación es mucho mayor. Sin embargo, a pesar del inmenso valor que para la práctica profesional adquiere el impacto del cáncer sobre la familia; en la bibliografía, son pocos los estudios encontrados acerca de dicho impacto.

La familia es el primer grupo al que pertenece el ser humano, es el núcleo principal de la sociedad, se basa en las relaciones de afecto, intimidad y consanguinidad que se establecen entre sus miembros, ella ha permanecido a través de la historia como unidad social y como espacio natural para la vida del hombre (Reyes. M, Grau. J y Chacón. M, 2009).

A la familia como grupo social se le concede un rol mediatizador del proceso salud-enfermedad. En su seno, se mantiene la salud, se produce y desencadena la enfermedad, tiene lugar el proceso de curación, la rehabilitación y en muchos casos la muerte. Sin duda, el término de la enfermedad incurable con la muerte constituye el mayor impacto para la familia; por mucho que la sociedad moderna tiende a negarla y a alejar este acontecimiento de su perspectiva natural y de su enclave familiar (Gómez M y Grau, J, 2007). Es ella quien se encarga de llevar a cabo el tratamiento, la alimentación, el baño, en fin, es la encargada de ayudar al paciente a satisfacer todas las necesidades, tanto físicas, como emocionales y espirituales; por tanto, constituye la familia un agente potencializador del equipo de salud en el cuidado del paciente oncológico, fundamentalmente el llamado cuidador principal ya que deberá afrontar no sólo la enfermedad y posiblemente la muerte del paciente, sino también múltiples cambios en la estructura y funcionamiento familiar.

Entre sus principales funciones tenemos (Ruíz. J, 2001):

a) Función biológico-social. Se manifiesta por medio de la reproducción de la población y de la propia familia, la sexualidad y la fecundidad. Se ponen de manifiesto aquellos patrones que tienen que ver con la conducta reproductiva; si bien estos factores constituyen una necesidad biológica, también transmite una serie de valores de padres a hijos y de familia en familia, regidas por leyes

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

sociales. Esta función es importante en el proceso salud-enfermedad, ya que la familia desde el punto de vista de su estructura y la cantidad de componentes (nuclear, extensa o ampliada), es un factor cardinal a la hora de distribuir las tareas concernientes al cuidado del enfermo y al mantenimiento de todas sus funciones como núcleo familiar.

b) Función económica. Garantiza la integridad de sus miembros por medio de la satisfacción de sus necesidades de consumo. En la atención a un enfermo con cáncer esta es una función trascendental. Como se sabe las enfermedades crónicas degenerativas producen largos tiempos de hospitalización y gran demanda de cuidados por parte de los familiares, en muchos casos se dificulta la posibilidad de mantener estabilidad en el puesto de trabajo de los integrantes de la familia y todo esto repercute en disminución de los ingresos económicos tan necesarios para asumir las necesidades siempre crecientes de los enfermos y la familia en sentido general.

c) Función espiritual-cultural. Por medio de ella se forman básicamente valores y sentimientos y se perpetúa el amor y la solidaridad. En este tipo de enfermedad uno de los objetivos fundamentales es respetar la espiritualidad del paciente, aspecto este que emana de forma diferente en cada núcleo familiar, por lo que habrá de fomentar el respeto a los pacientes y familiares a su satisfacción a lo largo del proceso vivir-morir.

Todas estas funciones de una u otra manera pueden verse afectadas cuando existen problemas de salud, hay que recordar que la enfermedad es un proceso que genera un desequilibrio no sólo en la persona enferma: un individuo enfermo implica, al menos potencialmente, una familia enferma (Gómez M y Grau, J, 2007). En este caso, la función espiritual y cultural son muy importantes, ya que por medio de ella se transmiten los valores, se forman los sentimientos y se perpetúa el amor y la solidaridad humana, aspecto elemental durante el proceso salud-enfermedad.

La importancia que la familia tiene en el desarrollo y evolución del individuo aumentan su potencial de acción en la interacción de cada uno de sus miembros; por lo tanto, la familia definida como sistema, se ve afectada como

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

tal cuando alguno de sus miembros sufre algún cambio vital; acontecimientos de índole accidental o natural exponen a la familia a grandes conmociones que producen alteraciones estructurales y funcionales tales como: el divorcio, la muerte prematura de un cónyuge o hijo, el sufrimiento de una enfermedad invalidante, entre otras, todos ellas son percibidas como estresores de alto nivel de impacto para el grupo familiar y para los miembros en particular. Cuando uno de sus integrantes es un enfermo oncológico, necesariamente deben replantearse muchos aspectos, donde cada miembro desempeña roles distintos.

A partir del momento en que en una familia “se anuncia” una enfermedad oncológica en uno de sus miembros, en el grupo como un todo se produce una crisis, entiéndase ésta como expresión de contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afrontan y producen desorganización en el seno familiar. (Louro Bernal I., infante Pedreira O., De la Cuesta Freijomil D. Pérez González E., González Benítez I., Pérez Pileta C., Pérez Cárdenas C, 2000). La noticia de un diagnóstico difícil es uno de esos acontecimientos que genera una crisis y estado de duelo en pacientes y familiares, con un consecuente curso patológico o un afrontamiento saludable (Otero Martínez H. (2000), según las características de cada uno de estos individuos y de sus grupos familiares correspondientes. Según (Sanz Ortiz J, Gómez-Batiste X, Gómez Sancho M, Núñez Olarte JM, 1993) su respuesta está determinada por diversos factores, entre los que hay que destacar: características personales individuales (recursos para afrontar situaciones estresoras, estilos de vida de los familiares), tipo de relaciones y afectos con el enfermo y demás miembros de la familia, historia previa de pérdidas y la forma en que se han manejado y adaptado a ellas, relaciones familiares y conflictos previos en la familia, tipo de enfermedad y muerte, recursos socioeconómicos de la familia, red social de apoyo externo, problemas concretos y circunstanciales (calidad de la vivienda, posibilidades de herencia, disputas actuales), nivel cultural, educacional y emocional de los miembros de la familia, capaces de interpretar adecuadamente la evolución de la enfermedad hasta su final.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Como todo sistema de orden social, la familia está interrelacionada con otros sistemas; la sociedad, la familia y el individuo se están influyendo recíprocamente. La salud de la familia vista como ajuste o equilibrio entre los elementos internos y externos del grupo familiar funciona de forma armónica y flexible; por lo tanto, la salud familiar va a depender de la salud individual de sus miembros, del nivel de interacción entre ellos y de su capacidad para enfrentar las crisis. La enfermedad va evolucionando de forma paulatina hasta que la familia tiene que hacer una movilización general de recursos, centrando toda la atención en el miembro enfermo. La familia puede hacer grandes sacrificios para satisfacer las necesidades del enfermo, pero el factor primordial que determina la aparición de la crisis familiar ante la enfermedad es el desequilibrio existente entre los recursos del sistema familiar y la vivencia de la enfermedad por parte de la familia. De este modo, la crisis por la que atraviesa la familia se desarrolla en tres fases fundamentales (Rocamora B, 1989):

- Desorganización: debido al impacto que produce el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad. De golpe se interrumpen las tensiones vitales de la familia, los proyectos de futuro. Se produce una disgregación de la red de relaciones interpersonales y una confinación a un entorno reducido.
- Recuperación-adaptación: la familia inicia su adaptación en aspectos concretos (redistribución de trabajos y tareas) y a escala relacional (redefinición de las relaciones interpersonales); se transforma en un elemento más amplio de apoyo por parte de su entorno relacional, lo cual le ayuda en este proceso. Su actitud tiende a ser más activa; después del shock inicial, se produce el inicio a la adaptación.
- Reorganización: se inicia el nuevo equilibrio en función de la situación de la enfermedad y de sus consecuencias. Esta reorganización será más compleja en el caso de las enfermedades en fase terminal o que han dejado secuelas importantes en el miembro de la familia afectado. El equilibrio se encontrará en el respeto de las necesidades del enfermo, pero también en el respeto de la independencia y la autoafirmación de cada uno de los miembros de la familia. (Peñacoba, C., Fernández, A., Morato, V., González-Gutiérrez, J.L., López, A. y Moreno, R. 2004)

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

En una revisión crítica de diferentes investigaciones realizadas sobre las experiencias de la crisis de la familia y el impacto que en ellas produce el cáncer, se concluye que son once las áreas más afectadas: tensión emocional, demandas físicas, incertidumbre, temor a la muerte, alteraciones en las tareas del hogar y estilos de vida, finanzas, preocupación existencial, necesidades no convergentes entre los miembros de la familia y las tareas de la casa, sentido de confort del paciente, percepción de servicios inadecuados, sexualidad (Limonero JT, Bayés R, 1995).

El grado y la naturaleza de las tensiones que este proceso genera, varían al igual que las capacidades que tienen las personas para resolverlas. Existen distintos factores que pueden influir sobre ello:

- a) La estructura anterior de la familia (tipo de relaciones, lugar que ocupa el miembro de la familia afectado por la enfermedad y sus características personales y de rol, lo cual depende a su vez del tipo de proceso patológico, de su gravedad, de las creencias acerca de la enfermedad, etc., así como de la influencia de la estructura familiar en la vivencia de enfermedad).
- b) El momento evolutivo de la familia (la reacción es distinta según la historia familiar y lo que ésta ha pasado en ese momento: inicio de formación de la pareja, nacimiento de los hijos, situación económica, muerte de una persona querida, etc.).
- c) El miembro de la familia afectado (es diferente el impacto, de acuerdo a la persona de la familia que afecte, y también en función de sus características personales: edad, personalidad, rol a desempeñar en el sistema familiar, etc.).
- d) El tipo de proceso patológico (el propio carácter de la enfermedad, así como la gravedad de las consecuencias que pueda tener, la perspectiva de mejora inmediata, o a corto plazo, la gravedad inminente con posibilidades reales de muerte próximamente, posible cronicidad, si debe atenderse en casa o en el hospital, etc.).
- e) La naturaleza y el efecto de la enfermedad (si es portadora de estigma o no, si hay rechazo social como defensa contra la angustia existencial del sujeto

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

ante la enfermedad, sobre todo cuando no se tiene la certeza de la curación ni de sus causas (Gómez, M y Grau, J, 2007).

La familia en este caso constituye el mayor sistema de apoyo que el enfermo tiene, descritos por Kaplan en 1974, donde define los sistemas de apoyo social como *“grupos formados por «otros» individuos significativos en quienes se puede confiar y que proporcionan conocimientos y prácticas, experiencia, orientación, información acerca de la enfermedad y de todos los problemas relacionados con ella (emocionales, físicos, laborales, sociales, etc.).”* Pero, además, estos «sistemas de apoyo » incitan al individuo enfermo a luchar contra la enfermedad cancerosa y a continuar en su rehabilitación y progresiva reinserción socio laboral. Esta percepción del paciente, este «darse cuenta » de su grado de aceptación en el contexto de las redes sociales, promueve su salud y estimula su recuperación psicofísica. El apoyo social puede por sí mismo incluso, reducir los síntomas ansiosos y depresivos; representa una manera de lucha contra la tensión, la angustia e incluso la propia muerte.

Por su importancia en el apoyo al paciente con cáncer, es necesario tener en cuenta, las preocupaciones y necesidades de los familiares y sobre todo las del familiar cuidador más próximo al paciente, estas van a mantenerse más o menos estables durante todo el proceso. La variación de las preocupaciones y temores cambiarán en la medida en que se transforme el estado físico del enfermo.

Entre las preocupaciones más frecuentes encontradas en investigaciones realizadas están: tener los recursos disponibles para enfrentar el tratamiento, estar capacitado para el cuidado, es decir, la competencia percibida respecto a su propia preparación para el cuidado y la progresión de la enfermedad y sobre todo por la vivencia de cercanía de la muerte, saber si su enfermo podrá aliviar su dolor o morirá tranquilo (Meseguer. C, 1998).

Mientras que se han identificado las siguientes necesidades en los familiares: información acerca de todos los aspectos concernientes a la enfermedad, pronóstico y cuidados que necesitara el enfermo, de forma clara, realista y respetuosa; tener seguridad de que se está haciendo todo lo posible para el

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

cuidado de su ser querido; contar con apoyo y comprensión por parte de los demás miembros de la familia y del equipo de profesionales cuidadores; estar todo el tiempo con el ser querido, si el enfermo está hospitalizado de forma transitoria disponer de disciplina hospitalaria flexible, que de la posibilidad de entrar y salir de la sala de hospitalización y horarios de visitas tantas veces sean necesarias; disponer de condiciones en la habitación para mantener intimidad y privacidad con su ser querido, de forma que se propicie el contacto físico; participar de forma activa en el cuidado del enfermo; sentirse acompañado y apoyo emocionalmente; conservar la esperanza, cualquiera que esta sea; disponer de apoyo espiritual o religioso, según sean sus costumbres y creencias; expresar sus emociones libremente; explicarse y perdonarse, resolviendo los asuntos pendientes (Reyes. M, Grau. J y Chacón. M, 2009). Estas necesidades, al igual que las preocupaciones y temores percibidos por los familiares, son factores a tener en cuenta a la hora de elaborar las estrategias de intervención en la familia.

La familia puede agotarse por el cuidado continuo y prolongado de su pariente enfermo, esto puede llevarla también a la irritabilidad, la tensión, la angustia, la rabia y la tristeza, emociones que caracterizan al estado de distrés (Reyes. M, Grau. J y Chacón. M, 2009). La incertidumbre; la impotencia generada por la alta tecnología médica y por la naturaleza de la enfermedad; la búsqueda de significado; la sensación de fracaso; el estigma; los sentimientos de culpabilidad por desear que “ya acabe todo” o por no pasar el tiempo “suficiente” con el paciente; el aislamiento y la falta de apoyo por parte del personal sanitario que en ocasiones se centra más en el cuidado del paciente que en las necesidades de la familia, son sólo algunos de los efectos psicológicos que el cáncer produce en el cuidador del paciente oncológico.

Es algo bien difícil permanecer en contacto y cercanía constante con el dolor, el sufrimiento, la desesperanza, la incertidumbre y la muerte de un ser querido. Las experiencias emocionales que genera el cuidar a un familiar en esta situación varían de acuerdo a las propias vivencias y experiencias previas de los familiares, así como con los mecanismos de afrontamientos que

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

habitualmente emplean para manejar las situaciones de crisis y tensión (Reyes. M, Grau. J y Chacón. M, 2009).

No todos los miembros tienen la misma posibilidad, habilidad y fortaleza para desarrollar las funciones necesarias en el cuidado de un paciente con cáncer. Si esto no se modula adecuadamente, puede conducir a que una o dos personas se recarguen en sus responsabilidades y se sientan abandonadas por los demás, generándose tensiones en las relaciones familiares.

Cuando el peso de la atención al enfermo es llevado a cabo por un miembro específico de la familia, este es llamado comúnmente "cuidador principal". Se define como *"la persona (familiar o allegado) con mejores condiciones para asumir responsablemente el cuidado del paciente, por contar con posibilidades reales y disposición para su atención, poseer una buena relación afectiva con el enfermo, suficiente nivel escolar para comprender y transmitir la información e instrucciones, así como capacidad para imprimirle seguridad y bienestar emocional en la mayor magnitud posible* (Reyes. M, Grau. J y Chacón. M, 2009).

Naturalmente, no siempre un cuidador primario reunirá todos estos requisitos. Por otra parte, se supone que el cuidador primario asume de forma voluntaria el cuidado del paciente. En la mayoría de los casos, es alguien del entorno familiar (cónyuge o hijos), más raramente es una persona afectivamente importante para el paciente, aunque ajeno a la familia.

Si queremos lograr que estos pacientes reciban en su hogar la atención adecuada, - ya que la mayor parte de su vida ha transcurrido en esa familia y hacia allí deben dirigirse los esfuerzos, en pos del bienestar del paciente y de la propia familia -entonces es imprescindible que a estos familiares, como brazo que se proyecta del equipo cuidador, se les prepare para esas funciones, lo cual significa aquí adiestrarlo para el cuidado integral del paciente, y también, brindarle soporte suficiente para que este familiar pueda ejercer su función con el menor costo emocional posible.

Sociólogos, psicólogos, gerontólogos y asociaciones relacionadas con el tratamiento de enfermedades degenerativas llevan tiempo estudiando lo que se

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

conoce como el "síndrome del cuidador". El cuidador es un enfermo oculto, teóricamente sano, sobre quien recae tal impacto de responsabilidades y tareas que ve alterado su equilibrio, a veces con consecuencias extendidas al carácter, las relaciones o la propia familia. Al sufrimiento propio de quien observa el declive del ser querido se le añaden la ansiedad de la vigilancia constante, el temor al fracaso, la sensación de culpa o incumplimiento, frecuentemente acompañadas de irritabilidad, estrés e impaciencia.

Se han descrito muchos síntomas del "síndrome del cuidador". Además de los ya señalados, están la impaciencia frente al enfermo, las reacciones irascibles inesperadas, las tensiones con otros familiares, la dificultad de concentración, la actitud de desgana hacia tareas cotidianas, la autocompasión, el aislamiento, el sentimiento de derrota, la fatiga física y la aparición de alteraciones psicósomáticas diversas que van del insomnio a los problemas digestivos. Va perdiendo paulatinamente su independencia, porque el enfermo cada vez le absorbe más. Se desatiende a sí mismo: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc. y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto vital. Son trastornos merecedores de tanta atención como la prestada al enfermo atendido, pero que permanecen disimulados.

Esto pudiera traer consigo: agresividad constante contra los demás, porque siguen su vida, porque son capaces de ser felices a pesar del problema que hay en casa. Gran tensión contra los cuidadores auxiliares porque "todo lo hacen mal", no saben mover al enfermo, no le han dado a la hora correcta la medicación, etc. Aislamiento progresivo y tendencia a encerrarse en sí mismo.

Siendo así, es importante que el cuidador principal posea ciertas cualidades como posibilidades reales para el cuidado, relación afectiva con el enfermo, inspirar seguridad y confianza, capacidad intelectual, sentido de responsabilidad, y actitudes para el apoyo.

Para garantizar la mejor estabilidad psicológica de los familiares cuidadores se debe tener en cuenta el control adecuado de los trastornos emocionales que a continuación se describen (Gómez, M y Grau, J, 2007):

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

- Manejo de la ansiedad (incrementando el número de visitas al hogar y manteniendo un seguimiento continuo de la familia, llamándoles telefónicamente y mostrando preocupación y disponibilidad para el apoyo y asesoría, estimulando el apoyo de los miembros de una familia extensa y de amigos y vecinos, logrando un efectivo control de síntomas en el enfermo, fomentando esperanzas concretas, puntuales, realistas sobre aspectos que le preocupen, entrenándoles en sencillas técnicas de relajación, etc.)
- Manejo de la depresión (explorando y manejando los temores, preocupaciones e incertidumbres, fomentando el apoyo de todos los miembros de la familia y del equipo, profundizando la relación empática y la comunicación adecuada, asegurando atención continua y estimulando expresión de emociones, fomentando esperanzas realistas, etc.)
- Manejo de la ira o rabia (aceptando derechos de la familia a sentirse mal, no interpretando conductas agresivas de los familiares como ataques personales, manteniendo una actitud abierta, no defensiva ante la crítica, prestando escucha activa, manteniendo respeto a los demás sin enjuiciamiento a los familiares por sus creencias o reacciones, etc.

Si esto no ocurre, la familia pudiera estar enfrentando en un futuro cercano una crisis de claudicación familiar. Se trata de una crisis caracterizada por la incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las demandas y necesidades del paciente, su duración puede ser transitoria y cíclica, pero en algunos casos puede llegar al abandono del enfermo (Reyes. M, Grau. J y Chacón. M, 2009).

Para prevenir esta crisis de claudicación es importante que la familia tenga información y comunicación honesta, escucha atenta de preocupaciones, seguridad y continuidad de los cuidados, respetar el rol familiar y social, adaptación paulatina a las limitaciones, buen control de todos los síntomas, entrenamiento y participación en el cuidado, soporte y apoyo del equipo de cuidados, afecto y disponibilidad en la relación, no enjuiciar la conducta familiar.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Por tanto, los objetivos cardinales en la atención a la familia y especialmente al cuidador serán: el manejo y expresión de sentimientos, entrenamiento y participación en las tareas y decisiones del cuidado, establecimiento de positivas vías de comunicación y cooperación, no solo entre la familia y el paciente, sino también entre la familia y el equipo de salud, contribuir a que esta sea una experiencia favorecedora del desarrollo de sus miembros, es decir, a darle significado y sentido a lo que están viviendo. Si esto se logra, tanto el paciente como la familia aprenderán a enfrentar la enfermedad, aceptarla o vencerla definitivamente sin descuidar los sentimientos que se presentarán durante este proceso, acrecentándose la esperanza y la sensación de control, tan importantes en este proceso.

Evidentemente, el proceso de enfermedad que afecta al enfermo y a su familia es complejo, por lo tanto la dificultad para la adaptación se puede ver favorecida o afectada por la actitud de la propia familia, por las instituciones que atienden al enfermo o por los profesionales sanitarios; por ello, para que el enfermo oncológico sea tratado adecuadamente de forma que se pueda preservar su calidad de vida, es imprescindible trabajar en un solo gran equipo: paciente, familia y profesionales de la salud.

1.3 Afrontamientos, ansiedad y depresión en los familiares cuidadores.

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni estos la misma intensidad en todos los casos, lo que depende en gran medida de la predisposición biológica y/o psicológica de cada persona, así como del propio estilo de afrontamiento que se utilice ante la enfermedad.

El término afrontamiento fue definido como el *“conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos”* (Lazarus y Folkman, 1986)

Según Lazarus y Folkman (1986), los modos de afrontamiento dependen principalmente de los recursos disponibles y de las limitaciones que puedan

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

dificultar el uso de dichos recursos en el contexto de una interacción determinada. Al profundizar en el tema, concluye lo siguiente:

- El afrontamiento es un fenómeno complejo y la gente usa la mayoría de las estrategias básicas de afrontamiento en cada situación estresante con la que se enfrentan.
- El afrontamiento depende de la valoración que indique que algo “puede ser hecho” para cambiar la situación. Si la valoración indica que algo puede ser hecho, predominará el afrontamiento centrado en el problema; en caso contrario predominará el afrontamiento centrado en la situación.
- Cuando la situación provocadora de estrés se mantiene en el tiempo (por ejemplo, estrés relacionado con el trabajo, la salud o la familia), las personas tienden a mostrar similares patrones de afrontamiento.
- Algunas estrategias de afrontamiento son más estables que otras a través del tiempo y otras aparecen asociadas a contextos.
- Las estrategias de afrontamiento cambian de una etapa a otra del proceso o acontecimiento estresante.
- El afrontamiento actúa como poderoso mediador de los resultados emocionales, de modo que ciertas estrategias de afrontamiento están asociadas a resultados emocionales positivos, mientras que otras lo están a resultados emocionales negativos.
- La utilidad de cada estrategia de afrontamiento varía con el tipo de estresor, el tipo de personalidad y la modalidad de resultado que se estudie (por ejemplo: bienestar subjetivo, funcionamiento social o salud), en el sentido que la estrategia que resulta exitosa en un contexto puede resultar contraproducente para otro.

Lazarus y Folkman (1986) proponen modos de afrontamiento al estrés, los cuales se continúan utilizando ante cualquier situación ansiógena o estresante, incluyendo el afrontamiento a la enfermedad de manera general, entre ellos se encuentran la confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

social, aceptación de la responsabilidad, huida- evitación, planificación, y la reevaluación positiva.

Sobre la base de estos estilos de afrontamiento, investigaciones más actuales como es el caso de M. Álvarez (1998), propone una nueva clasificación entre los que incluye: información relevante, reacción emocional, somatización, afecto – distracción y negación optimista.

- Información relevante: cuando se realizan en buscar información relacionada con la situación, en función de actuar sobre ella, para confrontar la realidad percibida y sentida.
- Reacción Emocional: indica que el afrontamiento se dirige hacia las emociones.
- Somatización: es la aparición en el sujeto de síntomas clínicos asociados a las diferentes funciones del organismo.
- Afecto distracción: se asocia a los esfuerzos por separarse de la situación buscando satisfacer otras necesidades.
- Negación optimista: implica que el sujeto se esfuerce en negar y/o minimizar la situación y sus consecuencias.

Por supuesto, estos estilos de afrontamiento propuestos tienen mucho que ver con los estados emocionales que vivencie el sujeto. Los estados emocionales, como consecuencia de las contradicciones de las condiciones internas y externas, tienen un papel determinado en la mediatización somática. (Vinaccia, Tobón, Sandín y Martínez, 2001). De la misma manera que se plantea que los estados emocionales pueden dar lugar a los trastornos somáticos, estos pueden representar una fuente de estrés emocional y asumir potencialmente para el individuo el significado psicológico de peligro o amenaza, tanto desde el punto de vista consciente como inconscientemente respecto a la integridad física y psíquica.

Sánchez (2000), expresa que uno de los factores que más se discute es la ansiedad, ya que cierto grado de ansiedad se asocia siempre a cualquier situación de amenaza para la persona, y prácticamente la mayoría de las

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

enfermedades somáticas de importancia médica y quirúrgica pueden causar en determinados individuos una respuesta ansiosa.

La ansiedad es una emoción que aparece ante situaciones determinadas y se caracteriza porque el individuo se siente tenso, atemorizado, alarmado y agitado en una forma desagradable presentando un notable efecto somático. Se ha descrito como una manifestación principalmente afectiva, es decir, se trata de un estado subjetivo o experiencia interior caracterizada por sentimientos de anticipación al peligro y activación elevada (Barragán, Contreras, Parra & Pulido, 2003).

Las diferentes formas de ansiedad se describen en tres expresiones fundamentales:

- ☐ La ansiedad que se presenta como característica individual de la personalidad y que ha sido denominada tradicionalmente: ansiedad rasgo.
- ☐ La ansiedad que se manifiesta como una reacción, como un estado de tensión ante determinadas situaciones estresantes o íntimamente dependientes de estas: ansiedad situacional.
- ☐ La ansiedad que aparece como síntoma o más propiamente como un síndrome y que llamaremos: ansiedad patológica (Grau, 1984).

La ansiedad como rasgo personal o peculiar se pone de manifiesto como una característica estable y al mismo tiempo, dinámica de la personalidad, que da una idea de la predisposición a la percepción de un amplio círculo de situaciones como amenazantes y a la reacción ante ellas con un estado de ansiedad que se activa en un momento determinado de diferentes niveles de expresión. Se revela ante todo como disposición. Depende no tanto de las características de las situaciones desfavorables, estresantes, como de las particularidades de la percepción de la esfera motivacional – emocional de la personalidad individual (Grau, 1982).

El individuo es capaz de adquirir mecanismos compensatorios más o menos adecuados para enfrentar la influencia de las cada vez más frecuentes situaciones percibidas como estresantes, de forma tal que esta no alcanza un

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

nivel desestabilizador. Por lo que, atendiendo a una caracterización clínica, en este tipo de ansiedad no aparecen síntomas propiamente dichos, lo que predomina es la inquietud motora. Pueden aparecer ligeras y estables distorsiones en la selectividad de la percepción, mientras que los restantes procesos están conservados. Refleja el sentido personal guiando el autocontrol.

La ansiedad como propiedad de la personalidad viabiliza, facilita la aparición y la expresión de la ansiedad situacional en el individuo de igual manera que un estado psíquico reiterado (de intensa tensión emocional, de frustración reiterada) influye en la formación de rasgos de ansiedad, especialmente si ello tiene lugar en edades tempranas ante condiciones de una deficiente educación y de otras circunstancias que propician el surgimiento repetido de tales estados de ansiedad. Estos estados de ansiedad se fijan e interiorizan como cualidades de la personalidad (Grau, 1984).

La ansiedad situacional se refiere a aquella que se manifiesta como reacción, como un estado de tensión ante determinadas circunstancias estresantes o íntimamente dependiente de esta. Grau (1982) define este tipo de ansiedad como un estado transitorio que surge ante condiciones específicas no habituales. En grado significativo depende directamente de la valoración por el individuo de la situación concreta percibida por él como amenazante y se caracteriza por la percepción intensa e inestable de los problemas propios y las vivencias, por cierta unilateralidad de las manifestaciones psicológicas, por la ausencia de alteraciones estables de los procesos psíquicos y la esfera motivacional. No tiene un verdadero carácter patológico ni siempre conduce a la desorganización de la actividad ya que esto depende del sentido que adquiera para el sujeto. Su comienzo es brusco por poca estabilidad. Disminuye cuando desaparece o cambia la connotación personal de la situación desencadenante. Puede estar acompañada de una serie de síntomas y manifestaciones neurovegetativas, pero predominan los componentes psicológicos de discomfort, desasosiego interno, irritabilidad, desconfianza e inseguridad. Prevalecen las vivencias de miedo o expectación de un peligro próximo definido.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Este tipo de ansiedad puede influir selectivamente en algunos procesos psicológicos como la percepción, la memoria, la imaginación y el pensamiento, contenidos directamente vinculados a la situación desencadenante. Pueden aparecer pequeñas alteraciones en la productividad mnésica. La desorganización temporal de la actividad y su autorregulación no llega a su desintegración o disolución como sucede en los grados extremos de los cambios en estado de tensión, más cercano a la ansiedad patológica y no solo en los casos de franca evolución hacia una alteración propiamente patológica. Adquiere las características de una tensión generalizada (Alfonso, 2003).

La ansiedad patológica aparece generalmente como un síndrome y se desarrolla a partir de una estabilización y generalización de los estados de intensa tensión emocional que adquiere un carácter particularmente desintegrador y perturbador de los procesos psíquicos y la conducta. Es considerado como un estado afectivo desagradable negativamente matizado, más o menos estable, de compleja estructura que entran como componentes psicológicos rectores: el miedo indeterminado y la expectación de un peligro inminente (Grau, 1982).

Hay un polimorfismo de manifestaciones neurovegetativas, taquicardia, disnea, mareos o náuseas, hipermotilidad intestinal, vómitos, cambios en la tensión arterial, salto epigástrico y disfunciones sexuales. Pueden producirse desmayos, cefaleas, debilidad y temblores musculares, trastornos variados del sueño, entre otros. Pueden provocar cambios en los cuadros internos de la enfermedad y en las valoraciones de sí mismo y lo circundante (Domínguez, 2005).

En este tipo de ansiedad la estructura vivencial es más compleja, aparece el miedo como componente rector, acompañado con otros estados patológicos, desconfianza, irritabilidad, expectación e inseguridad. La ansiedad patológica surge ante situaciones inesperadas, desfavorables, ante situaciones extremas, críticas o percibidas por el sujeto como tal, las cuales actúan de forma aguda o mantenida. Al mismo tiempo su surgimiento está determinado también por las particularidades de la personalidad, en estrecha relación con la significación de la situación para el individuo.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Generalmente tiene lugar una distorsión de los procesos psíquicos, existe un incremento de las fantasías con cambio en su contenido, confusión de pensamientos e ideas con los hechos reales, así como alteraciones en la dinámica de la memoria mediata e inmediata y distorsiones perceptuales. Quedan alteradas las funciones autorreguladoras de la personalidad y el autocontrol, la actitud ante los problemas y su solución, así como la esfera de las relaciones interpersonales (Alfonso, 2003).

Las manifestaciones sintomatologías de la ansiedad de manera general, son muy variadas, y pueden clasificarse en diferentes grupos:

- Físicas: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, "nudo" en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.
- Psicológicas: inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, recelos, sospechas, incertidumbre y dificultad para tomar decisiones; en casos más extremos, el suicidio.
- De conducta: estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal (posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etcétera).
- Intelectuales o cognitivos: dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e inoportunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etcétera.

□ Sociales: irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los derechos y temor excesivo a posibles conflictos (González, 2007).

Los factores que pueden estar involucrados en la causalidad de su génesis, se clasifican en biológicos, psicológicos o sociales. De acuerdo con Barlow, 2001 (citado en Barragán, Contreras, Parra & Pulido, 2003), estos son:

Factores biológicos: tienen que ver con diversas áreas de los cromosomas y también se asocia con circuitos cerebrales concretos, como es el sistema límbico que actúa como mediador entre el tallo encefálico y la corteza cerebral.

Factores psicológicos: una fuerte respuesta de temor se da inicialmente durante una tensión externa, o tal vez como resultado de una circunstancia peligrosa del entorno; esta respuesta emocional se asocia con una gran variedad de claves externas o internas, las cuales provocan una respuesta de temor y una suposición de peligro, esté o no presente en la realidad.

Factores sociales: los sucesos estresantes de la vida desencadena la vulnerabilidad biológica y psicológica de la ansiedad. La mayor parte es de naturaleza interpersonal (la muerte de alguien significativo, problemas laborales), otros son físicos (lesión o enfermedad) y presiones sociales. Los mismos estresores pueden desencadenar reacciones físicas y emocionales.

El familiar del paciente oncológico, independientemente de los restantes, está sometido a la influencia de los factores sociales fundamentalmente debido a la naturaleza de la amenaza, que por sus características (enfermedad grave de un ser querido, de larga evolución, con múltiples tratamientos y con un pronóstico incierto) suele ser altamente estresante, constante y persistente en el tiempo. Entre las causas psicológicas más frecuentes de la sintomatología ansiógena encontramos la percepción de cercanía de la muerte; el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma;

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

problemas emocionales como la anticipación del sufrimiento de paciente, el propio y del resto de la familia, la dificultad para ventilar y expresar sentimientos, los temores y preocupaciones, la sensación de pérdida de control; problemas sociales de tipo económico, familiar, de relación interpersonal; problemas de índole espiritual y existencial, crisis de creencias; y problemas del entorno como pueden ser la privación o el exceso de estimulación, el aburrimiento, la falta de cuidado hacia sí mismo.

Hay que diagnosticar con cuidado el estado emocional ante el que nos encontramos, ya que fenomenológicamente y genéticamente la ansiedad y la depresión tienen muchas características en común. Algunos síntomas como la irritabilidad, la inquietud, los trastornos del sueño, y la alimentación, etc., son comunes a ambos tipos de trastornos (Grau. J, 2009).

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión. La Organización Mundial de la Salud (OMS), indicó que la depresión se convertirá en el año 2020, en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular), mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar (Zaratiegue R, 2000).

Depresión viene del latín depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo, que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. Se usa el término depresión para significar el estado particular del sujeto que tiene sus reacciones habituales frente a los acontecimientos, mostrando un estado de ánimo abatido y triste. Esto indica un cambio cualitativo en la conducta y en los sentimientos de las personas y no un cambio meramente cuantitativo.

En el DSM-IV la depresión se define como periodos de autoestima baja persistente que puede manifestarse en forma de tristeza, apatía, desaliento, etc., y una pérdida del interés o la capacidad de sentir placer. Cuando se

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

diagnostica un episodio de depresión mayor, al menos la tristeza y la pérdida del interés deben estar presentes durante no menos de dos semanas, acompañándose de tres o más síntomas psicosomáticos (agitación o enlentecimiento psicomotor, insomnio o hipersomnia, etc.).

Se le ha denominado con términos como tristeza, melancolía. La depresión constituye en un trastorno afectivo donde se presenta un estado de ánimo triste, ansioso o vacío en forma persistente, sentimientos de desesperanza y pesimismo, de culpa, inutilidad y desamparo, inquietud, irritabilidad, abatimiento, preocupación, pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que el individuo disfrutaba antes, incluyendo la actividad sexual, disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar en cámara lenta, dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones. Pueden aflorar pensamientos de muerte o suicidio, así como intentos de suicidio, síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos (Molerio O, 2004).

Últimamente se han realizado aportes interesantes para la comprensión de algunos trastornos depresivos, pero no esclarecen definitivamente la relación que existe entre la fenomenología de los estados depresivos y los procesos que conducen a su génesis y desarrollo. Se tienden a confundir los factores personales predisponentes con síntomas propios de la depresión, sin que queden delimitadas las fronteras que pudieran diferenciar a una persona que está deprimida de una persona con propensión a deprimirse (Grau J, 2009).

Cuando el sujeto tiene la convicción de que no podrá resolver una situación determinada y esto le produce vivencias de tristeza, desesperanza y desamparo, pérdida de esperanza, incapacidad y fracaso, estamos en presencia de la depresión situacional. Tiene un inicio generalmente brusco, disminuye cuando cambia la situación, pero no desaparece totalmente. Pueden aparecer combinados con estados de ansiedad situacional o tensión emocional o empeorar el sujeto con estados combinados con la depresión patológica (según Grau, 1982, Almaguer, Jiménez, Martín, 1989, y Grau, Martín, Portero, 1993).

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Con este estado se observa una disminución transitoria de memoria a corto plazo, incremento de la atención activa hacia cualquier estímulo asociado a la situación, distorsiones perceptuales (mecanismos de acentuación o sensibilización), pensamiento e imaginación con contenidos catastrofistas. Estas alteraciones no son estables, desaparecen paulatinamente al cambiar la situación (según Grau, 1982, Almaguer, Jiménez, Martín, 1989, y Grau, Martín, Portero, 1993).

Cuando las situaciones son crónicas y/o cuando se produce una afectación masiva de las motivaciones más importantes para el sujeto, cuando empiezan a producirse contradicciones antagónicas entre las necesidades más importantes para el sujeto, produciéndose conflictos en su satisfacción y la valoración de incapacidad e ineficacia se generaliza a todas las situaciones vitales, estamos ante la presencia de la depresión patológica. Suele alcanzar gran intensidad y estabilidad, presentando una sintomatología importante. La intensidad y la cantidad de síntomas pueden disminuir pero quedan las estructuras psicológicas que a manera de especiales “factores de riesgo”, se expresaran como predisposiciones personales, relativamente estables, a experimentar estados de depresión frecuentes, o sea la depresión como rasgo de la personalidad de alguna manera condiciona el desarrollo de estados situacionales o patológicos (Grau J, 2009). La depresión como rasgo constituye un indicador pronóstico que ayuda a predecir la forma en que reaccionara una persona ante determinada situación, aunque no es el único predictor (Grau, Martín y Portero, 1993).

La depresión patológica está caracterizada por los síntomas propios de la depresión, aunque no necesariamente deben estar todos. Con frecuencia se combina con síntomas ansiosos. Se correspondería a lo que antes se diagnosticaba como neurosis depresiva. La estructura vivencial es compleja, con la tristeza como componente rector acompañada de fracaso y vivencias de incapacidad, irritabilidad, pérdida de interés en las cosas, etc. Se identifica por una alta estabilidad y relativa independencia de la situación. Puede que el sujeto no reconozca vínculos de su estado con situaciones vitales. Suele

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

aparecer combinada con la ansiedad patológica. Generalmente para su curso favorable necesita de tratamiento farmacológico y psicológico. Se constatan trastornos cognitivos descritos por Beck y otros, como la sobregeneralización, el pensamiento irracional, etc. (según Grau, 1982, Almaguer, Jiménez, Martín, 1989, y Grau, Martín, Portero, 1993).

En los últimos años una de las áreas de mayor investigación psiquiátrica ha sido el estudio de los factores etiológicos en los trastornos afectivos, fundamentalmente en el campo de los factores genéticos, biológicos y psicosociales. (Casullo, 1998)

□ Factores genéticos: Los trastornos del humor tienen patrones de presentación claramente familiares, y el riesgo de padecer la enfermedad aumenta varias veces entre los familiares de primer grado. La transmisión genética de los trastornos afectivos es seguramente poligénica. Algunas investigaciones han relacionado los trastornos afectivos con la presencia de genes específicos en el cromosoma 6 y en el brazo corto del cromosoma 11, aunque los datos no son aún definitivos.

□ Factores biológicos: En relación con los mecanismos biológicos implicados en la etiopatogenia de los trastornos afectivos, los datos son cada día más abundantes y de difícil integración en una única hipótesis. Existen determinadas sustancias que provocan alteraciones en el estado de ánimo. En casi todas las teorías “biologicistas” sobre la etiopatogenia de las depresiones se menciona la explicación de los neurotransmisores cerebrales que controlan las interacciones neuronales, a partir de las cuales se desarrollan los pensamientos, la conducta y las emociones humanas. En la actualidad es grande la evidencia a favor de la implicación de la neurotransmisión noradrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica en los trastornos afectivos. Los estudios del patrón del sueño en los enfermos con trastornos afectivos han contribuido también a identificar ciertas alteraciones que pueden servir de marcadores biológicos de la enfermedad para confirmar el diagnóstico en los casos dudosos. Se ha podido comprobar a menudo alteraciones en los niveles plasmáticos de numerosas hormonas (Cortisol, ACTH, hormona tirotrópica, hormona del crecimiento, melatonina, prolactina, etc.) que se ponen de

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

manifiesto cuando se administran sustancias estimulantes o inhibidoras de la secreción hormonal correspondiente.

□ Factores psicológicos: Se ha considerado la aparición de la depresión como consecuencia de pérdidas afectivas, frustraciones o rechazos.

□ Factores sociales: Es evidente, que en las reacciones de duelo y en los trastornos adaptativos, las situaciones de estrés tienen un papel precipitante. Por el contrario, en los llamados trastornos afectivos mayores, esta relación no es tan simple; tienen un papel desencadenante en los primeros episodios depresivos y mucho menor en la aparición de los episodios recidivantes posteriores. Además, es frecuente encontrar pacientes en los que el episodio depresivo aparece tras un suceso positivo, como puede ser un ascenso en el trabajo, la consecución de una meta a largo tiempo perseguida, etc.

Un aspecto muy debatido en psiquiatría es la existencia de un tipo de personalidad, cuya presencia predispone el desarrollo de trastorno depresivo. Tellenbach, describió el tipo de personalidad melancólica. Su característica fundamental sería su afán de orden. Son sujetos con un rígido sentido del deber con relaciones interpersonales marcadas por la escrupulosidad moral, que evitan los conflictos y que son autoexigentes en el plano laboral. Autores posteriores han señalado otras características de la personalidad depresiva: inseguridad, timidez, introversión, tendencia a las rumiaciones obsesivas y ciertos síntomas que se han señalado como subclínicos, como la astenia y la irritabilidad.

Existe una considerable evidencia que relaciona la depresión como riesgo para la salud y establece un nexo estrecho entre afectación del sistema inmunológico, el cáncer y la depresión. Para realizar un acertado diagnóstico de la depresión en familiares de pacientes con cáncer, es necesario tener en cuenta el estrés que suele producir el diagnóstico de la enfermedad oncológica en un familiar querido, la pérdida de la salud, tanto individual, como familiar y el modo en que el paciente y la familia perciben el trastorno, la inadaptación del familiar ante la nueva situación, teniendo en cuenta que la construcción social del cáncer condiciona la manera en que la persona percibe y afronta esta

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

situación. Además, es importante tener en cuenta la gravedad e intensidad de la clínica somática en el enfermo y la presencia de intenso sufrimiento emocional en el momento del diagnóstico, el dolor físico mal controlado, las consecuencias físicas y psicológicas de los procesos y/o tratamientos asociados a deformación o disfunción corporal, las bajas expectativas de curación o tratamiento, la quimioterapia agresiva, tiempo de hospitalización, invalidez del enfermo y características de la familia en general en cuanto a cómo afrontan una situación de este tipo son algunas de las características de esta enfermedad y que pudieran estar en la génesis de la depresión en el familiar cuidador.

Evidentemente se asociarán a mayor riesgo de depresión, situaciones como la falta de apoyo social, los problemas familiares o económicos previos al diagnóstico, la edad temprana, los bajos niveles de actividad y la existencia de experiencias negativas relacionadas con el cáncer en la familia. También la personalidad del cuidador y la estrategia de afrontamiento que utilice, la tendencia a no expresar sentimientos negativos, su potencial para la rehabilitación física y psicológica, la presencia de historia psiquiátrica previa o el abuso de alcohol.

La relación que se establece entre el paciente, la familia, especialmente el cuidador principal, y el equipo de salud es el elemento a considerar más importante en la atención a esta enfermedad. Optimizar esta relación, basada en la veracidad y confianza mutua, respeto y sensibilidad, donde se atienda no solo al paciente y sus necesidades, sino también al familiar de una manera global debe ser el objetivo principal de la intervención.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se describe el diseño metodológico de la investigación. Se analizan los criterios empleados para la obtención de la unidad de análisis. Se describen las variables sociodemográficas, psicológicas y clínicas exploradas, así como las técnicas de registro de los datos primarios y las bases del procesamiento estadístico utilizado. Finalmente, se abordan los aspectos éticos relacionados con esta investigación.

2.1 Diseño metodológico

Teniendo en cuenta el problema científico planteado, así como los objetivos específicos, se realizó un estudio con un diseño exploratorio-descriptivo (para dar respuesta a los primeros objetivos) y con un diseño transversal-analítico que buscaba posibles asociaciones entre las variables psicológicas y variables clínicas relacionadas con los familiares cuidadores, específicamente el momento en el que se encontraba el proceso de tratamiento.

2.2 Unidad de análisis

Atendiendo a los fines de la investigación se decidió trabajar con un grupo de familiares cuidadores de pacientes con diagnóstico de cáncer en el cuello de útero o de mama. Según el informe estadístico del año 2009, en la provincia de Villa Clara se presentaron un total de 443 pacientes, 204 de ellos, mostraban cáncer de mama y 239, cáncer de cuello de útero. Por tanto la selección de la

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

unidad de análisis fue en base a demanda de atención del Servicio de Oncología del Hospital universitario “Celestino Hernández Robau”, de la ciudad de Santa Clara, provincia de Villa Clara, en el período comprendido entre septiembre del 2009 a febrero de 2010, asumiendo características de una muestra clínica, no intencional, siguiendo criterios no probabilísticos.

En total se estudiaron 30 familiares de pacientes con el fin de identificar el impacto del tratamiento quimioterapéutico en sus estrategias de afrontamiento y su funcionamiento emocional. Esta unidad de análisis fue dividida en tres sub-grupos, conformados por 10 sujetos cada uno. El sub-grupo 1 estuvo compuesto por familiares de pacientes que se hallaban en período de espera para comenzar tratamiento con citostáticos (quimioterapia). El sub-grupo 2 estuvo constituido por familiares de pacientes que ya se encontraban bajo tratamiento de quimioterapia. El sub-grupo 3 estuvo integrado por familiares de pacientes que recurren por segunda vez a este tipo de tratamientos. Se procedió a comparar los resultados en cada grupo bajo un paradigma metodológico mixto (cuanti-cualitativo).

Para la inclusión en los sub-grupos de trabajo se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Familiares de pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de cuello de útero o mama, que requerían tratamiento con citostáticos (quimioterapia).
- Que los familiares tuvieran un nivel mínimo de escolaridad de sexto grado, con el objetivo de garantizar el completamiento de los instrumentos aplicados.
- Que los familiares no tuvieran alteraciones psíquicas a nivel psicótico o defectual.
- Disposición de los familiares para participar en la investigación, mediante el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

- Presencia de deficiencia intelectual o psicosis.
- Familiares de pacientes que no manifiesten disposición para participar en la investigación.

Aunque no se presentaron casos en la presente investigación, se formularon como *criterios de eliminación (fuga muestral)*:

- Familiares que después de haber iniciado la investigación, se negaron a cooperar.
- Familiares de pacientes que fallezcan.

La unidad de análisis quedo caracterizada de la siguiente forma:

Tabla 1. Caracterización de la muestra según la edad:

Rango de edad	Cantidad	%
20-30 años	4	13,3
31-40 años	8	26,7
41-50 años	10	33,3
51-60 años	6	20
Más de 60 años	2	6,7

Tabla 2. Caracterización de la muestra según el sexo.

Sexo	Cantidad	%
femenino	24	80
masculino	6	20

Tabla 3. Caracterización de la muestra según la escolaridad.

Escolaridad	Cantidad	%
Primaria (6º)	2	6,7
Secundaria (9º)	6	20
Medio (12º)	17	56,7
Universitario	5	16,7

Tabla 4. Caracterización de la muestra según estado civil y/o convivencia.

Estado civil	Cantidad	%
--------------	----------	---

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

soltera	5	16,7
Casada	18	60
Divorciada	6	20
Viuda	1	3,3

Tabla 5. Caracterización de la muestra según ocupación.

Ocupación	Cantidad	%
Ama de casa	7	23,3
Vínculo laboral activo	19	63,3
Jubilado	4	13,3

Tabla 6. Caracterización de la muestra según el parentesco del familiar con el paciente.

Parentesco	Cantidad	%
Padres	7	23,3
Hermanos(as)	7	23,3
Hijos(as)	12	40
Sobrinos(as)	2	6,7
Esposo	2	6,7

Tabla 7. Caracterización de la muestra según el motivo de consulta del paciente cuidado por el familiar.

Motivo de consulta	Cantidad	%
Lesión Cuello de útero	13	43,3
Nódulo de mama.	17	56,7

2.3 Tareas de investigación de acuerdo a los objetivos planteados

Para dar cumplimiento al *objetivo no. 1*, se realizó un análisis de contenido de dos métodos de registro: entrevista focal al familiar cuidador, centrada en las principales preocupaciones relacionadas con la atención y el cuidado a su paciente, y el instrumento conocido como “completamiento de frases”. Se identificaron como preocupaciones cardinales de los familiares aquellas que se reiteraban en ambos métodos de registro.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Para dar cumplimiento al *objetivo no. 2* se realizó un análisis de varianza de Kruskal-Wallis, a partir de los datos obtenidos con el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento, propuesto en una versión cubana del instrumento original de Lazarus (CSQ/Coping Strategies Questionnaire), identificando las principales estrategias de afrontamiento de estos familiares ante el proceso de enfermedad de sus pacientes, así como también la estrategia de afrontamiento utilizada por el familiar previo a la enfermedad de su pariente.

El *objetivo no. 3* Tuvo salida al identificarse en estos familiares los valores y niveles de ansiedad rasgo y estado, según el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Ch. Spielberger, validado y ampliamente utilizado en Cuba, y los valores y niveles de depresión rasgo y estado, según el Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) creado en Cuba por Martín y cols. Analizado mediante estadísticos descriptivos (media y desviación estándar).

El *objetivo no. 4* Se cumplimentó con análisis de varianza a través de la prueba estadística ANOVA, que pretendían indagar en esta unidad de análisis la influencia del momento de la quimioterapia (determinada por las diferencias intergrupos, el tamaño de efecto y la potencia observada) sobre la ansiedad y depresión del familiar. Además, cumplimentando los criterios de homogeneidad de varianza y distribución normal en la muestra estudiada, se estimaron las diferencias honestamente significativas y los subconjuntos homogéneos de efectos mediante el HSD de Tukey.

En el cumplimiento de los objetivos 2, 3 y 4 se buscaron similitudes y diferencias en los resultados entre los tres sub-grupos de estudio.

2.4 Operacionalización de las variables objeto de estudio

- *Ansiedad Rasgo (Personal)*: característica relativamente estable y al mismo tiempo dinámica que da la idea de la predisposición del individuo a la percepción de un amplio círculo de situaciones amenazantes y a reaccionar ante ellas con estados de ansiedad que se activan en un momento determinado, de diferentes niveles de expresión, revelándose ante todo como disposición, como una propiedad individual de la personalidad, ella

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

depende no tanto de las características o situaciones desfavorables estresantes, como de la esfera motivacional de la personalidad.

Indicadores:

- 1) Vivencia de inquietud estructuralmente lábil.
- 2) No hay síntomas pero predomina inquietud motora.
- 3) Es muy estable.
- 4) Los procesos psíquicos están conservados, en ocasiones se observan ligeras distorsiones en la selectividad de la percepción.
- 5) Se considera un rasgo de la personalidad, guiando el autocontrol y determinando cierto grado de vulnerabilidad a presentar estados de ansiedad.
- 6) El mecanismo de autorregulación predominante es la defensa perceptual (Grau, 1982; Grau, Martín, Portero, 1993; Grau, 2005; Hernández, 2007).

Una ansiedad media se establece por un valor superior a 30 en la subescala rasgo del IDARE, mientras que se define como alta cuando excede el valor de 44.

➤ *Ansiedad Estado (situacional o patológica)*

Se establece una ansiedad media si excede el valor de 30, mientras que se define como alta cuando supera el valor de 44 en la subescala estado del IDARE

Aunque no es un objetivo específico de esta investigación, cabe discriminar las dos formas fundamentales de ansiedad-estado en el IDARE, según los trabajos de autores cubanos (Grau, Martín, Portero, 1993; Grau, 2005)

Situacional: estado reactivo temporal (transitorio), que surge ante condiciones específicas no habituales de gran significación. Depende directamente de la valoración del individuo y de la situación concreta percibida como amenazante. Se caracteriza por percepciones intensas, pero no estables de los problemas y vivencias propias, por cierta unilateralidad de la manifestación psicofisiológica, por una ausencia de alteraciones estables de los procesos psíquicos y de la esfera motivacional. No tiene un verdadero carácter patológico y no siempre conduce a la desorganización de la actividad.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Indicadores:

- 1) Predominan vivencias de miedo o expectación de un peligro próximo a definir.
- 2) Clínicamente, se caracteriza por pocos síntomas unilateralmente asociados a quejas que emanan de la situación estresante.
- 3) Desde el punto de vista dinámico, manifiesta un comienzo brusco, con poca estabilidad, disminuye cuando desaparece o cambia la connotación personal de la situación desencadenante.
- 4) Manifestaciones selectivas y transitorias de influencia en la percepción, memoria y pensamiento, directamente vinculados con la situación estresante.
- 5) No se altera establemente la personalidad.
- 6) El mecanismo de autorregulación más típico es la sensibilización.

Ansiedad Patológica: aparece generalmente como un síndrome y se desarrolla a partir de una estabilización y generalización de los estados de intensa tensión emocional que adquiere un carácter particularmente desintegrador y perturbador de los procesos psíquicos y la conducta. Es considerado como un estado afectivo desagradable negativamente matizado, más o menos estable, de compleja estructura, donde entran como componentes psicológicos rectores el miedo indeterminado y la expectación de un peligro inminente.

Indicadores:

- 1) Estructura vivencial compleja, manifestaciones de polimorfismo sintomático e inadecuación de las quejas del enfermo, con rotación de las mismas.
- 2) Estructura vivencial compleja donde el miedo es el componente rector, acompañado de desconfianza, irritabilidad, expectación e inseguridad.
- 3) Dinámicamente se manifiesta con alta estabilidad, con el no auto-reconocimiento de su disminución por muy discreta que esta sea por el paciente.
- 4) Distorsión y alteración en la dinámica de los procesos psíquicos.
- 5) Alteración del autocontrol en los mecanismos de autorregulación de la personalidad, predominando la inclusión directa de las vivencias y

procesos psíquicos en la dirección de la conducta.

➤ Depresión: Es un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo que son propias de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. Se hace necesario valorar la depresión en 5 ejes fundamentales, para establecer un diagnóstico (Casullo, 1998).

1. Síntomas anímicos, donde predomina la tristeza y la afectación del estado emocional.
2. Síntomas motivacionales, donde es común encontrar la desesperanza y la pérdida del interés por las cosas.
3. Síntomas cognoscitivos; aquí se destacan los cambios en la memoria, la estabilidad tensional y el retraimiento al tener que reflexionar.
4. Síntomas físicos; en este indicador se incluyen variados síntomas, que van desde disminución de las necesidades sexuales y el apetito hasta dolores de espalda y cambios en la expresión del rostro.
5. Síntomas vinculares; aquí son reconocidos los cambios de la conducta social del paciente deprimido, que generalmente se retrae y tiende a aislarse.

Se define con depresión media cuando el valor en la subescala rasgo del IDERE supera el valor de 34, y se establece con una depresión alta cuando excede el valor de 43.

En cuanto a la depresión estado, si excede el valor de 35, se considera como media, mientras que si sobrepasa los 47 en la subescala estado del IDERE, consideramos que la depresión es alta.

➤ Estilos de Afrontamiento: Son el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Indicadores:

1) Tipos de estilos de afrontamiento:

- Información relevante: cuando se realizan en buscar información relacionada con la situación, en función de actuar sobre ella, para confrontar la realidad percibida y sentida.
- Reacción Emocional: indica que el afrontamiento se dirige hacia las emociones.
- Somatización: es la aparición en el sujeto de síntomas clínicos asociados a las diferentes funciones del organismo.
- Afecto distracción: se asocia a los esfuerzos por separarse de la situación buscando satisfacer otras necesidades.
- Negación optimista: implica que el sujeto se esfuerce en negar y/o minimizar la situación y sus consecuencias.

2) Cada estilo de afrontamiento presenta una frecuencia en la conducta del paciente para hacer frente ante las situaciones estresantes:

- Nulo: poca o ninguna presencia en el comportamiento del paciente
- Bajo: Baja presencia del estilo de afrontamiento en la conducta del paciente.
- Medio: presentación del estilo de afrontamiento ante situaciones evaluadas como abrumadoras de los propios recursos con frecuencia media.
- Alta: Alta presencia del estilo de afrontamiento ante situaciones evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos.

3) El estilo de afrontamiento se manifiesta en la conducta del paciente:

- Previo: el estilo de afrontamiento es utilizado antes de enfermar por los pacientes.
- Actual: el estilo de afrontamiento es utilizado a partir de la enfermedad actual.

En este caso específico, fue aplicado para los familiares, quienes aunque no están enfermos, se encuentran en una situación abrumadora y quizás desbordante de sus propios recursos.

2.4 Técnicas e instrumentos utilizados en la investigación

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Se empleó un sistema de técnicas integrado por:

- Entrevista psicológica al familiar cuidador (entrevista focal)
- IDARE.
- IDERE.
- Prueba de Completamiento de Frases.
- Cuestionario de Estilos de Afrontamiento a la Enfermedad.
- Observación.

Descripción de las técnicas

➤ Entrevista psicológica al familiar:

Consiste en un encuentro hablado entre dos personas que comparten interacción, tanto verbal como no verbal. No es un encuentro entre dos pares, pues existe la diferenciación de roles entre los participantes. Quien tiene la mayor responsabilidad en la entrevista se designa como entrevistador, y el otro participante es el entrevistado. (Álvarez, 2001).

Las principales características de la entrevista son las siguientes:

- Es una relación entre dos personas.
- Es importante establecer una relación positiva - empática con el entrevistado.
- Tiene un propósito definido que debe ser conocido por ambas partes.

La entrevista que se utilizó fue semi- estructurada porque aun cuando se tiene una guía de temas a tratar ofrece la flexibilidad necesaria en el primer encuentro. De esta forma, el intercambio será elaborado de manera individualizada buscando motivar y comprometer con la investigación.

Los objetivos de la misma fueron: establecer el rapport con el familiar del paciente con cáncer que permita desarrollar confianza y seguridad, aspectos esenciales para garantizar confiabilidad y éxito en la labor profesional. Explicar los objetivos de la investigación haciendo énfasis en los beneficios que la misma puede reportar a ellos en particular, a sus familiares enfermos y a los investigadores; así se obtendría el consentimiento informado de los sujetos para

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

iniciar la investigación, conocer las principales preocupaciones del cuidador, ya sea con respecto al paciente y a su enfermedad, como hacia sí mismo y los diferentes aspectos de su vida en general. También se pudo profundizar en la existencia de estados afectivos positivos y negativos.

Calificación e interpretación: El análisis se realiza de forma cualitativa, sin embargo se tienen en cuenta la frecuencia de las respuestas que coinciden en una cantidad significativa de sujetos. Los indicadores evaluados fueron:

- Síntomas de ansiedad y depresión.
- Principales preocupaciones.
- Factores de riesgo.
- Área laboral.
- Área familiar.
- Relaciones de pareja.
- Relaciones interpersonales

Materiales: Guía de entrevista (Anexo 2).

➤ Inventario de Autoevaluación de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE):

Descripción: Esta técnica es la versión al español del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger (1975), quien la elaboró para la investigación de dos dimensiones distintas de ansiedad: la denominada ansiedad como rasgo y la llamada ansiedad como estado, en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, aunque posteriormente demostró ser útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y bachillerato, así como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos (Spielberger, 1975, Grau, citado en Guerra, 2001).

En la investigación se empleó la variante de Spielberger, R., Díaz Guerrero, A., Martínez Urrutia, F.; González Reigosa y L. Natalicio, modificada por J. Grau, M. Martín y B. Castellanos, constituida a partir de criterios teóricos esencialmente similares a los de sus autores originales.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Esta prueba consiste en un total de cuarenta expresiones que los sujetos usan para describirse, veinte preguntas miden la ansiedad como estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y veinte, la ansiedad peculiar (cómo se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem.

Materiales: Se utiliza un modelo para la recogida de la información, en el cual se encuentren las dos escalas que incluyen los 40 ítems.

Instrucciones: El primer protocolo se orienta al sujeto lo siguiente: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

Para el segundo modelo se le orienta entonces: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique cómo se siente generalmente, habitualmente.

Procedimiento: Luego de la presentación y explicación de la prueba el experimentador se cerciorará que el sujeto haya comprendido cabalmente las indicaciones de la técnica, pues de esto depende gran parte de la validez de los datos, para esto dirigirá la atención del sujeto hacia las diferencias de instrucción para cada parte del inventario, y se recalca al examinado la advertencia de ahora mismo, en estos momentos, para la escala ansiedad estado y de habitualmente para la escala ansiedad-rasgo, teniendo mucho cuidado de no influir en las respuestas del sujeto con comentarios o al responder alguna duda que este pudiera tener, además de vigilar cuidadosamente que el examinado no omita ningún ítem.

Para dar respuesta a la escala el sujeto deberá relacionar el número apropiado a su situación en los números de la derecha de cada una de las expresiones del protocolo.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Calificación e interpretación: La dispersión de las posibles puntuaciones a obtener en cada una de las escalas varía desde una puntuación mínima de 20 hasta un máximo de 80. La calificación cuantitativa de la prueba se realiza teniendo en cuenta cuáles son los reactivos directos (+) e invertidos (-) para cada una de las escalas.

Los reactivos positivos y directos para la ansiedad en la escala de ansiedad - estado son: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18. Los negativos e invertidos son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

En la escala ansiedad-rasgo, los ítems positivos y directos son: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40. Los negativos e invertidos son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Para obtener la puntuación del sujeto en cada una de las escalas se utilizaron los parámetros siguientes:

Ansiedad-estado:

$$\Sigma RP - \Sigma RN + 50 = AE$$

$$\Sigma RP - \Sigma RN + 35 = AR$$

RP-Reactivos positivos

RN-Reactivos negativos

Las constantes que se suman en ambas fórmulas (50 y 35) son obtenidas al multiplicar el número total de reactivos inversos en cada escala por cinco. A través de esta constante se revierte automáticamente el peso de las respuestas para cada reactivo.

Una vez obtenida la puntuación requerida se lleva a la siguiente escala:

Nivel de ansiedad:

- Baja (menos de 30 puntos)
- Media (30-44 puntos)
- Alta (más de 44 puntos).

➤ Inventario de depresión rasgo - estado (IDERE)

Esta prueba, elaborada en Cuba por M. Martín, J. Grau y V. Ramírez en 3 versiones según longitud (larga, corta e intermedia, esta última la más usada

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

con fines clínicos) explora dos dimensiones de la depresión, como rasgo y como estado, consiste en un total de cuarenta y dos expresiones que los sujetos emplean para describirse, (22 preguntas miden la depresión como rasgo y 20 como estado actualmente).

La técnica consta de 2 escalas de autoevaluación separadas. La escala de depresión como rasgo, incluye 22 afirmaciones, a las cuales el sujeto debe responder cómo se siente generalmente. La escala de depresión como estado, conforma 20 ítems que describen cómo se siente el sujeto en el momento en que está trabajando con la prueba, seleccionando en ambas, de cuatro categorías que se le ofrecen, la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem.

Materiales: se utiliza el modelo de 42 preguntas para la recogida de la información, en la cual se encuentran las dos escalas. (Anexo 4.)

Instrucciones: en el primer protocolo se orienta al sujeto con la siguiente información: Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada, de acuerdo a como usted se sienta ahora mismo en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas.

Para el segundo modelo se orienta entonces: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta generalmente.

Procedimiento: una vez realizada la explicación y presentación de la prueba se pasa a comprobar el nivel de comprensión de las instrucciones de la prueba, además de recalcar la diferencia entre cada parte de la prueba haciendo hincapié en “como usted se sienta ahora mismo”, y en la segunda parte “como usted se sienta generalmente”. Se debe tener cuidado en no influir en las respuestas, además de vigilar que el examinado no omita ninguna respuesta.

Calificación e interpretación:

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Depresión como estado:

$$1 + 2 + 6 + 8 + 9 + 10 + 13 + 15 + 18 + 20 = \text{Total A}$$

$$3 + 4 + 5 + 7 + 11 + 12 + 14 + 16 + 17 + 19 = \text{Total B}$$

$$(A - B) + 50 =$$

_____ Alto ≥ 43

_____ Medio: de 35 – 42

_____ Bajo ≤ 34

Depresión como rasgo:

$$1 + 3 + 5 + 7 + 8 + 11 + 14 + 16 + 17 + 20 + 22 = \text{Total A}$$

$$2 + 4 + 6 + 9 + 10 + 12 + 13 + 15 + 18 + 19 + 21 = \text{Total B}$$

$$(A - B) + 50 =$$

_____ Alto ≥ 47

_____ Medio: de 36 a 46

_____ Bajo ≤ 35

➤ **Test de Completamiento de Frases:**

Descripción: El test de Completamiento de Frases es una prueba proyectiva que tiene como propósito penetrar la personalidad del sujeto, su individualidad. De modo que la técnica actúa como agente catalizante, para provocar una reacción que exterioriza y expresa la personalidad del individuo justamente porque no anticipa las intenciones del investigador, porque no exige ni requiere de una respuesta correcta. Esta característica de las técnicas proyectivas reduce el control consciente del sujeto sobre su conducta lo que origina respuestas que reflejan su propia individualidad (Cerdá, 1973).

Un método que alterna con la asociación de palabras, que surgió, según parece con Payne en 1928, es el test de frases incompletas. El test consiste en presentar al sujeto frases inconclusas que deben ser completadas para formar frases íntegras.

Tendler observó que estas frases trucas evocaban diferentes respuestas, de diversas longitudes y calidad en dependencia de las diversas individualidades, pero siempre brindaban información sobre las satisfacciones, rechazos,

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

temores, gustos, intereses y afectos tanto negativos como positivos de los sujetos.

Esta técnica tiene como objetivo explorar la esfera afectivo-emocional, necesidades, aspiraciones, frustraciones y la jerarquía motivacional del sujeto. Además permite conocer si el sujeto presentó conflictos y en qué áreas específicamente se localizan estos (Cerdá, 1973).

En la investigación se utilizó la variante de una de las técnicas de completamiento del Test de J.B. Rotter. Dadas las condiciones de la muestra se utilizó la escala reducida, de 15 frases, (Díaz 2006).

Materiales: Se empleó un protocolo para la recogida de los datos que incluye las frases inconclusas.

Instrucciones: se solicita al paciente que complete o termine estas frases para que expresen sus verdaderos sentimientos, ideas u opiniones. Trate de completar todas las frases.

Procedimiento: Luego de la presentación y explicación de la prueba, el sujeto procede a su respuesta.

Calificación e interpretación: Se clasifican las respuestas dadas por el sujeto en:

- *Respuestas de Conflictos:* Indican una organización mental desajustada, no saludable, incluye hostilidad, pesimismo, enunciación de síntomas, desesperanza, ideas suicidas, manifestación de experiencias de infelicidad e indicación de desajustes anteriores.
- *Respuestas Positivas:* Aquellas que indican una conformación mental saludable, optimista y reacciones de aceptación.
- *Respuestas Neutras:* Generalmente están carentes de tono emocional o referencias personales. Son generalmente de un simple valor descriptivo. Tienden a evadir el propósito del test y a ser estereotipadas, frases de canciones, expresiones de clichés culturales. Aquí también se

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

incluyen los completamientos sin significados explícitos. Estas respuestas se registran y no se califican individualmente.

- *Respuestas de Omisión:* Las respuestas de omisión son aquellas en las que no se da una respuesta o el pensamiento que las constituye está incompleto. Omisiones y fragmentos no se califican individualmente, pero se registran.
- Si más del 50 % de las frases constituyen respuestas de omisión, la prueba es considerada nula.

Para realizar el análisis del Test de Completamiento de Frases, inicialmente se procede con una valoración cuantitativa y cualitativa de las respuestas ofrecidas por las pacientes.

Las respuestas de omisión y las neutrales no se califican, posteriormente se realiza un análisis de contenido utilizando categorías no predefinidas y codificando los datos obtenidos en las esferas de actuación que enmarca en sus respuestas.

➤ **Cuestionario de Estilos de Afrontamiento a la Enfermedad.**

Descripción: Este cuestionario fue diseñado por M. Álvarez y colaboradores para investigar los estilos de afrontamiento a la enfermedad más utilizados en pacientes con neoplasia de mama. Este consta de 22 ítems que exponen algunas de las conductas más usadas para enfrentar enfermedades por los pacientes.

Instrucción: se pide al sujeto que indiquen aquellas conductas que aparecen en el protocolo que más usan en el presente (con una cruz) y cuáles empleaban antes de enfermarse (con un círculo). El objetivo de la aplicación de esta técnica es identificar los estilos de afrontamiento a la enfermedad más utilizados por los pacientes.

Materiales: se utilizó un modelo para la recogida de la información, en el cual se encuentra la escala con los 22 ítems.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Instrucciones: Se le plantea al sujeto: “A continuación presentamos algunas de las conductas más utilizadas por las personas al enfrentar situaciones estresantes. Marque con una X aquellas que usted está utilizando en el presente y con un círculo aquellas que utilizaba antes de enfermar. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, pero nos es imprescindible su sinceridad”

Calificación e Interpretación: la calificación se realiza cualitativa y cuantitativamente según la frecuencia con que son marcados los ítems, que se agrupan en diferentes escalas:

- Reacción emocional: 5, 7, 13, 21.
- Somatización: 15, 16, 17, 18, 19, 20.
- Negación optimista: 4, 10, 11, 12, 14.
- Afecto/distracción: 6, 8, 9, 22.
- Información relevante: 1, 2, 3.

➤ 2.6 Procedimiento general de la investigación.

La recolección de datos se realizó en los locales que ocupa el Servicio de Oncología del Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau” de la ciudad de Santa Clara. Algunos familiares fueron abordados después de la cita médica del paciente con cáncer por oncología, otros, durante su estancia en el hospital (paciente Internados, sala 16) y/o antes de ingresar al servicio de citostáticos.

La aplicación de las técnicas se estructuró en tres sesiones. En todos los casos la aplicación se realizó en locales con adecuadas condiciones de privacidad, de manera individual y bajo la supervisión del investigador. En la primera sesión, luego de realizar la entrevista al médico se procedió a realizar un acercamiento inicial al sujeto de investigación para lograr el establecimiento de rapport. De igual manera, se solicitó su consentimiento informado.

La segunda sesión, se dio inicio con la realización de la entrevista psicológica. Posteriormente se procedió a la aplicación del IDARE y el Cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Finalmente, durante la tercera sesión, se aplicó el IDERE, el Test de Completamiento de Frases y una segunda entrevista al familiar (solo si era necesario) para profundizar en algunos aspectos de interés investigativo y agradecer su colaboración con la investigación. Por su parte, la observación se llevó a cabo en todas las sesiones de trabajo.

➤ **2.7 Procesamiento de los datos.**

Una vez aplicados todos los instrumentos y técnicas se procedió al análisis de los resultados según los criterios propios de calificación e interpretación de cada una de las técnicas empleadas.

Análisis estadístico - matemático.

El procesamiento estadístico computacional de los datos fue realizado con ayuda del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 15 para *Windows*. Según los objetivos de la investigación se emplearon métodos estadísticos descriptivos como el análisis de frecuencia general y por grupos, cálculo de medidas de tendencia central y de variabilidad general y por grupos.

Tabla 7. Pruebas estadísticas aplicadas en el análisis de los resultados.

Pruebas estadísticas		Objetivo
Prueba H de Kruskal Wallis		Es una prueba no paramétrica que se utiliza para comparar tres o más grupos independientes.
ANOVA Univariante	GLM	Prueba paramétrica para analizar la influencia que uno o más factores ejercen sobre una variable dependiente. Permite estimar además Potencia, Tamaño del efecto y pruebas post hoc (para el presente caso el HSD de Tukey).

En general, la interpretación de los resultados de las pruebas estadísticas aplicadas se realizó de la manera siguiente:

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

- Para la comparación entre grupos realizada se consideró que existen diferencias significativas si la significación de los test resultara menor que 0.05.
- Si la significación de los test (y por tanto la probabilidad del error) fuera menor que 0.01, se afirmaría que las diferencias son altamente significativas.

Análisis cualitativo de los datos.

De especial relevancia resultaron las interpretaciones cualitativas de las informaciones ofrecidas por los familiares tales como vivencias, reflexiones y preocupaciones verbalizadas durante los intercambios sostenidos en la entrevista así como en el completamiento de frases. Las mismas posibilitaron una mejor comprensión de su funcionamiento emocional.

2.8 ASPECTOS ÉTICOS

Se obtuvo por escrito el consentimiento informado de cada uno de los familiares cuidadores, en el cual se explicaron los objetivos del estudio y se estableció la voluntariedad de participar y de abandonarlo en el momento que lo desearan.

Los datos primarios, así como los resultados del estudio fueron utilizados sólo por la autora, en la más estricta confidencialidad.

Este estudio no implicó afectaciones físicas ni psicológicas a los cuidadores. No hubo experimentación de intervenciones especiales con seres humanos, mucho más tratándose de un estudio meramente observacional-constatativo; velándose por lo estipulado en la Declaración de Helsinki II.

Capítulo III: Análisis de Resultados.

El análisis de los resultados de esta investigación se realizó por cada técnica aplicada, según sus características y objetivos específicos, donde se profundiza en las variables estudiadas según el grupo de estudio y la etapa de tratamiento de quimioterapia.

En cada tarea de investigación se realizó el análisis a los tres subgrupos muestrales seleccionados, según la etapa de tratamiento de quimioterapia en que se encontraba su pariente enfermo, haciendo las comparaciones pertinentes y posteriormente al grupo de familiares cuidadores en general. Finalmente, se realizó un análisis integral de dichos resultados, lo cual permite establecer conclusiones y recomendaciones sobre el tema de estudio.

Objetivo 1: Principales preocupaciones que experimentan los familiares cuidadores de pacientes con cáncer de mama y cuello de útero en tratamiento con citostáticos.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Al realizarse el análisis de la información obtenida en la entrevista psicológica, y luego en el test de completamiento de frases, pudimos constatar lo siguiente:

En el subgrupo 1 no se presentaron dificultades en cuanto al área laboral. Los 10 sujetos coinciden en que el trabajo les ayuda y los distrae, muestran altos niveles de satisfacción con el mismo, diciendo textualmente que *“el trabajo me hace sentir bien”*.

En el subgrupo 2 el área laboral sigue siendo una fuente de satisfacción, pero se muestran preocupados porque la situación en que se encuentran puede afectarles y/o retrasarles el trabajo, expresado en *“no creas, tengo algunas cosas pendientes que ahora no se para cuando serán”*; sin embargo, comprenden que en este momento lo más importante es que el paciente se mejore, *“lo demás se verá después”*. Manifiestan incertidumbre en cuanto al futuro de esta área. *“imagínate, ahora yo estoy totalmente inmerso en la enfermedad de mi madre, ni pienso mucho en eso”*.

En el subgrupo 3 la preocupación y la incertidumbre se hacen más crónicas, la mayoría de ellos ya pasaron una vez por este proceso y saben el costo y la repercusión que eso tuvo en su vida, no solo desde el punto de vista laboral sino también económico y se ve claramente cuando declaran *“ahora vamos a ver que pasara...en el trabajo, otra vez ausencias, atrasos y ¿cómo nos vamos a mantener?”* Y también... *“pero bueno, ahora mi hermana me necesita y aquí estoy, siempre recibimos ayuda de todo el mundo.”*

El grupo en general (30 familiares), muestra satisfacción y bienestar con el trabajo, expresando no solo que *“no les es problema”*, sino que *“les hace sentir bien”*, *“aunque no lo creas, el trabajo me distrae y me olvido de los problemas”*, esto sucede incluso para las amas de casa. No obstante, algunos de ellos expresan preocupación en cuanto a esta área, no solo por la importancia que tiene el hecho de que se ausenten y dejen proyectos profesionales para un futuro, sino por lo que representa esto desde el punto de vista económico, fundamentalmente en esta situación.

En cuanto a las relaciones interpersonales no muestran ninguna dificultad. No existe ninguna diferencia en este aspecto entre los tres subgrupos. Todos

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

reconocen su papel como edificantes, *“sobre todo ahora que saben que me someto a un proceso muy difícil”*. Todos reconocen tener personas (amigos y vecinos) que los apoyan y alientan para que todo salga bien. Los visitan y llaman por teléfono a menudo, lo cual hace que se sientan plenos en este sentido.

Con respecto a la familia, en el subgrupo 1 no se enuncian dificultades. Todos los sujetos pertenecientes a este subgrupo se pronuncian satisfechos, y lo muestran en frases como *“tengo una familia grande y linda”, “mis hijos son maravillosos”, “tenemos los problemas comunes a todos, pero siempre los resolvemos”*. Lejos de ser una preocupación o fuente de conflictos en este subgrupo la familia genera apoyo y constituye para los sujetos una fuente de dicha.

En el subgrupo 2 a pesar de que también se observa complacencia por la propia familia, en 3 de los 10 sujetos se reconoce la aparición de conflictos familiares y comunicación inadecuada entre ellos, sobre todo a raíz del proceso por el cual transitan. La enfermedad del paciente con cáncer ha generado cambios en la familia, desatención a los demás miembros por parte del familiar cuidador, expresada en frases como *“en este momento lo que más quisiera es estar al lado de mi familia, pero no puedo y a veces ellos no lo entienden”, “me gustaría estar en mi casa rodeada de mis hijos y mi esposo, pero ¿que puedo hacer?, mi mama me necesita ahora más que nunca”*. La familia en este caso puede estar atravesando por una crisis natural en esta etapa, entiéndase ésta como expresión de contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que al afrontarse producen desorganización en el seno familiar.

En el subgrupo 3 la familia, como en los anteriores, es favorecedora del desarrollo de sus miembros y se observa una superación a las dificultades por las que han tenido que pasar como sistema, constituyendo un equipo. Reconocen que a diario se le presentan difíciles situaciones sobre las que tienen que tomar decisiones y enfrentar, pero la situación por la que atraviesan ha generado unidad y trabajo en conjunto, lo cual se manifiesta en expresiones como *“antes nos la pasábamos como perros y gatos, pero ahora esto nos ha*

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

servido para darnos cuenta de lo que realmente importa en la vida”, “me arrepiento de muchas cosas, me gustaría haber tratado a mi mamá de otro modo”. Es reconocido por parte de los sujetos que los roles y funciones han cambiado en la dinámica familiar, *“ahora todo ha cambiado, cada cual tiene que poner de su parte para poder salir de esto”*. Sin embargo, este cambio, ha sido positivo porque cada miembro ha tomado conciencia del papel que le corresponde desempeñar en estas circunstancias.

Si bien en el segundo subgrupo la enfermedad del pariente ha generado exigencias, conflictos y comunicación inadecuados, en el tercero ha sido una fuente de resiliencia, pues han podido superar las crisis que genera tan difícil proceso y salir fortalecidos, no solo como personas, sino como familia.

En cuanto a las relaciones con la pareja en el subgrupo 1 es un factor importante de apoyo al familiar. Expresiones de *“no sé que sería de mí en este momento sin él”* o *“cuando me siento mal, pesimista, me hace sonreír y me contagia de pensamientos positivos”*, muestran lo anterior en todos los casos analizados.

En el subgrupo 2 existe una situación diferente en este aspecto, 3 de los 10 sujetos (de los cuales solo 5 tienen pareja), se declaran con miedo a perder su relación en este momento, producto del poco tiempo que posee el cuidador para estar juntos, lo cual ha provocado desatención a la pareja, descuidos y falta de comunicación. Verbalizaciones siguientes, así lo manifiestan: *“en verdad, ya no sé si tengo novio o no porque hace una semana que no nos vemos”*, *“mi marido, el pobre, después de esto...”*.

En el subgrupo 3 hay una situación interesante en este sentido. Ya los familiares que pertenecen a este subgrupo pasaron por etapas de conflictos descritas anteriormente y en 6 de los casos, la superaron. No se muestran temerosos, puesto que saben las consecuencias de este aislamiento por así decirlo y como enfrentarlo. *“ya pasamos por esto en otra ocasión y esta vez no será muy distinto, pero ya sabemos cómo resistirlo”*, *“la vez anterior por poco nos peleamos, pero lo superamos y estamos juntos a pesar de todo”*. En otros dos sujetos, precisamente hubo separación de la pareja a raíz de esta situación

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

y aunque en este momento tienen una nueva relación, no les preocupa lo que pueda pasar. Tienen claro que lo más importante es la enfermedad de su pariente. Lo manifiestan a través de expresiones como *“ya sé cómo es esto y el daño que puede hacerle a la relación, pero ahora lo que más me preocupa es que mi mamá se ponga bien, si él está conmigo, que bueno, pero sino, adiós”, “si ya una vez me separe de mi marido y no me morí, ahora muchísimo menos”*.

Se observa como en el grupo en general, la pareja es fuente de apoyo para los sujetos implicados, reconocen en ellos un sostén para seguir adelante, manifestándose en verbalizaciones como, *“si no fuera por él no pudiera cumplir con mi función de hija, él se encarga de los niños, de la casa, de todo”*, y aunque en ciertos casos han transitado por situaciones difíciles por la misma causa, lo han enfrentado y superado. No obstante, en otros, mostraron temor a perder a su pareja. Al centrarse la vida del familiar cuidador en el paciente enfermo es posible que se descuiden otras funciones importantes. Algunas expresiones así lo muestran *“imagínate si sigo así me va a dejar, ya casi nunca estamos juntos y además esta situación me tiene muy alterada, casi todo el tiempo me la paso peleando, es que no es fácil...”* en otros casos, la pareja ha sido fuente de conflictos y decepciones para el familiar, habiendo, incluso, entre los sujetos estudiados separaciones a raíz de situaciones similares.

En cuanto a la relación del cuidador con el enfermo, en el subgrupo 1 se puede definir como buena, pero el familiar le esconde sentimientos de tristeza y angustia al paciente. Es decir, en la mayoría de los casos, no son sinceros, ni permiten demostrar al enfermo este tipo de emociones. *“yo tengo miedo y estoy un poco deprimida, pero no puedo demostrárselo a mi hija, tengo que ser fuerte”*. Hay que destacar que en uno de los casos se manifiesta frialdad por parte del cuidador, y al intercambiar con más profundidad, observamos que realmente, la categoría de “cuidador” en este caso, ha sido prácticamente impuesta. Es decir el familiar quiere a su tía, pero se visitaban muy poco, no ha tenido cercanía con la enferma, quien no tiene hija y ella ha tenido que hacerse cargo. Específicamente la sobrina se expresó de esta forma: *“Yo realmente la quiero, es mi tía, pero vivíamos muy lejos una de la otra, casi ni nos*

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

visitábamos, pero ahora yo he tenido que asumir porque ella no tiene a nadie más, ¿qué voy a hacer?”

En el subgrupo 2 se manifiestan entre los paciente y familiares una estrecha relación en todos los casos. No solo anteriormente, sino que la enfermedad ha hecho que se unan más, que se articulen, trabajando juntos –cuidador y enfermo- en una meta común: curarse. En este grupo ya no se esconden sentimientos ni emociones, la comunicación es muy buena y se apoyan mutuamente. *“antes ya estábamos unidas, pero ahora estamos mejor y ella (refiriéndose a la paciente), me ayuda mucho a superar todo y yo por supuesto la apoyo, la ayudo, estamos juntas en esto”. “Cuando la veo así, me da por llorar pero ella me da fuerza, tiene un espíritu...”* se observa una tendencia a que el enfermo se encuentre mejor preparado psicológicamente, para el proceso en el que se encuentra, que el propio familiar

En el subgrupo 3 el contexto no es muy distinto que en los anteriores. La relación es muy buena; por una parte, hay una tendencia a que el familiar sea apoyado por el paciente como en el subgrupo anterior, es decir se observa al familiar más vulnerable y débil que el propio paciente, dicho por ellos mismos en frases como *“yo no sé como ella puede estar tan optimista, yo casi ni duermo y lo único que hago es pensar”, “ella me da fuerzas, yo me la paso llorando y ella campante, optimista, yo también quisiera estar así”*. Mientras que, por otro lado, también hay una propensión a esconder, ya no tanto sentimientos y emociones, sino temores sobre el futuro de la enfermedad y del propio paciente, *“yo no le digo nada, por supuesto, pero si a ella le pasa algo yo me muero”. “yo no sé que va a ser de nosotros a partir de ahora, pensé que se había curado y mira, volvimos a caer... No sé que decirle”*.

Es importante destacar que en la muestra en general la relación entre el familiar y el paciente es muy buena, hay muchas manifestaciones de afecto entre ambos, pero la comunicación no es la más adecuada. El familiar le esconde, no solo información, sino sentimientos, angustias y temores. Además, existe una mayoría en que el paciente constituya una fuente de apoyo y fuerza para el propio cuidador y no al revés.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Al indagar sobre las estrategias de afrontamiento que han tenido los familiares al enfrentar este proceso, nos llama la atención que en el primer subgrupo buscaron información inmediata sobre la enfermedad, expresándose en *“rápidamente me movílice y le pregunte a una amiga mía que lo había tenido como era el proceso y los síntomas”*.

En el subgrupo 2 las reacciones fueron más somáticas, ellos afirman *“comencé con unos dolores de cabeza y tenía pensamientos negativos, hasta tuve que ir a un psicólogo”...“Le pedí a un medico que me recetara algo para dormir”*.

En el subgrupo 3 el afrontamiento fue muy parecido al del subgrupo 2, los familiares tuvieron una reacción muy intensa, que repercutió en su propio estado de salud, pronunciamientos como estos así lo demuestran, *“Imagínate, yo soy hipertensa y la noticia me descompensó un poco, pero tenía que recuperarme, porque la enferma no era yo”*.

En la muestra en general se observa en la mayoría de los casos la reacción fue intensa, hubo somatización en cuanto tuvo repercusión en la salud de los sujetos de investigación, aunque en algunos casos se buscó información sobre el tema, pero realmente fue una minoría.

Al investigar en la entrevista sobre ciertos síntomas que denotaran la presencia de los estados emocionales estudiados en los sujetos, se confirmó que en el subgrupo 1 existían síntomas que marcaban ansiedad, y aunque en algunos casos hubo familiares que mostraron síntomas de depresión, no fue significativo. Las expresiones que predominaban eran: *“estoy un poco alterada y preocupada con todo esto”*.

En el subgrupo 2 también se demostraba bastante ansiedad y la depresión era un poco más manifiesta que en el primer subgrupo, aunque igualmente no predominaba, lo demuestran expresiones como: *“si te digo la verdad estoy bastante cansada, a veces lloro y casi ni puedo dormir, pero lo que más me molesta es que tengo los nervios de punta, por cualquier cosa, salto”*.

En el subgrupo 3 también se descubrieron muchos síntomas de ansiedad, estas son las verbalizaciones que predominaron: *“nunca me relajo”*, y a diferencia de los dos subgrupos anteriores también se expresaban síntomas de

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

depresión como: *“... no sé, me parece que aunque mejore, volveremos a caer en esta situación, una y otra vez”, “a veces me parece que no puedo con esto”, “hace tanto tiempo que no me río”*.

En la muestra en general, se manifiestan síntomas de ansiedad fundamentalmente en el primer subgrupo, estos sujetos están a la expectativa, nunca han pasado por una situación similar, tienen miedo a lo desconocido, no saben cómo actuar, además del propio temor que le inspira la enfermedad. En el caso de la depresión también se revelan síntomas en algunos sujetos, aunque en menor medida, es más llamativo en el tercer subgrupo. Es necesario recordar que estos sujetos ya pasaron por esto al menos una vez y pensaron que no tendrían que volver, algunos incluso creyeron que ya estaban curados y ahora deben recomenzar el proceso. En ellos, ya no se manifiesta tanta ansiedad ni temor a lo desconocido en el caso del tratamiento específico, pues ya lo han vivido. Los miedos acá son más a largo plazo, tienen que ver con el futuro, los proyectos de vida, metástasis del cáncer en los enfermos, incluso la muerte del paciente.

En cuanto a la salud- tanto física como psicológica- del propio familiar, desde su perspectiva, en el subgrupo 1 señalan que se sienten bien, solamente los tiene un poco descompensado desde el punto de vista psicológico, las circunstancias por las que atraviesan, estas son las manifestaciones más frecuentes: *“estoy bien, solo un poquito nervioso”*.

En el subgrupo 2 a diferencia del anterior si advierten malestar, tanto físico como psicológico. No solamente se sienten ansiosos, sino que el propio cuidado los ha hecho descuidarse de sí mismo. La mayoría come poco, casi no duerme, en dos casos han tenido náuseas, en uno diarrea y en otro la tensión arterial, se ha disparado, mostrando índices elevados, hasta el punto de ser medicamentado en el mismo hospital.

En el subgrupo 3 se observa una situación parecida al subgrupo 2, pero más grave. En este caso, el abandono de su propia persona es crónico. Están agotados, llevan mucho tiempo bajo circunstancias estresantes y no se alimentan bien, ni duermen lo suficiente desde hace tiempo, se presentan

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

taquicardias (2), insomnio (4), problemas gastrointestinales (3) y manchas en la piel (1) a raíz de la enfermedad del paciente. Las verbalizaciones siguientes así lo confirman *“imagínate, ya es demasiado tiempo en esto, como por comer y poco, nunca tengo hambre y cuando lo hago me da ganas de vomitar”, “no me siento bien pero para ir al médico tengo que esperar que todo esto termine”*.

La salud del familiar se ve afectada de manera general, además de que hasta ahora nunca pensaron que estarían tan cerca del cáncer y siempre creyeron que esto no les pasaría, ahora saben que incluso ellos mismos, no están exentos de esto. Eso, aparte de la propia ansiedad y depresión que genera el rol que desempeñan, el sufrimiento por un familiar cercano y todas sus consecuencias hace que en un futuro- incluso a corto plazo- el cuidador también pueda ser un enfermo.

En cuanto a las mayores preocupaciones expresadas en la entrevista por los familiares cuidadores tenemos que en el subgrupo 1 se destaca, la salud del paciente con cáncer. En esta etapa, toda la atención del familiar se centra en el cuidado del enfermo, y su principal deseo es que mejore... *“en este momento, no hay nada más importante que la salud de mi hermana”, “lo que más me preocupa es que se mejore”*.

En el subgrupo 2 si aparecen ya otras preocupaciones, aunque sigue siendo la salud del enfermo la que predomina. En este caso el cuidador se preocupa además por su propia familia (hijos, esposo, padre), ya que no están dedicándole la debida atención. Y la siguiente preocupación en orden de prioridad, es la situación económica con la cual están enfrentando este proceso. El hecho de que el cuidador no se mantenga trabajando por razones obvias, al menos no con la sistematicidad de siempre, y los gastos que se provocan en estas circunstancias, hace que se establezca como una preocupación a tener en cuenta. En cuanto a esto, se expresan de la siguiente forma *“figúrate, se gasta mucho y yo sin trabajar”*.

En el tercer subgrupo, aunque también existe preocupación por la propia familia del cuidador y la situación económica, vuelve a ser la salud del paciente la gran inquietud del familiar, pero en un modo diferente. Ahora no solo le

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

preocupa la enfermedad como tal, sino el futuro más a largo plazo. Su intranquilidad tiene que ver más con el sufrimiento, y hasta la muerte del paciente. También le preocupa que no pueda asumir su responsabilidad como cuidador, el no saber qué hacer ante las situaciones que se puedan presentar, así como el no estar preparado psicológicamente es el principal dilema en este grupo, manifestándose en *“lo que más me preocupa es no saber que hacer si siento dolor o ante cualquier otra cosa”, “me siento impotente, quisiera poder hacer algo para que no pasara lo peor”, “a veces me parece que no podre soportar”*. También se observa cierta preocupación hacia la propia salud, aunque no es significativa, solamente se observo en 2 sujetos.

En el subgrupo en general encontramos como principales preocupaciones y en orden jerárquico: la salud del enfermo, la resto de la familia del cuidador, la situación económica y la poca capacitación del propio sujeto de investigación para hacer frente tanto física como psicológicamente a la enfermedad, así como la propia salud del familiar.

Con relación al test de completamiento de frases encontramos que en el subgrupo 1 no existen problemas en áreas como las relaciones interpersonales *“las otras personas y yo nos llevamos bien”*, laboral *“el trabajo me hace sentir bien”* y la familia *“la felicidad es mi familia”* en ninguno de los sujetos estudiados. En cuanto a la relación con el enfermo, se corrobora en 2 de los sujetos estudiados, la ausencia de comunicación adecuada y expresión de sentimientos por parte de ambas partes: *“yo secretamente sufro, ni yo se lo demuestro a ella, ni ella a mí”*. Se manifiesta además en 8 de los 10 sujetos incluidos en este subgrupo, síntomas de ansiedad cuando expresan *“yo necesito mucha paz”, “quisiera poder tranquilizarme un poco”*. Se manifiestan como principal preocupación en los 10 sujetos pertenecientes a este grupo la salud del enfermo, un ejemplo de ello es: *“mi principal preocupación es que mi tía se mejore”*.

En el subgrupo 2 es notorio que entre las áreas sin dificultades se encuentran el trabajo *“el trabajo no me es problema”* y las relaciones interpersonales *“las otras personas me ayudan y me apoyan”, “yo necesito el apoyo y fuerzas que me da la gente que nos quiere”*. No obstante se muestran sentimientos

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

negativos en el familiar como culpa y dolor en 3 sujetos, verbalizado en *“lamento no haberme dado cuenta a tiempo de lo de mi hija”*, *“siento mucho dolor”*. Se manifiesta ansiedad en todos los cuidadores expresado en *“no puedo dormir bien”* y *“me pone nervioso todo lo que ella sufre”*, además se revelan síntomas de depresión en 7 de los familiares cuando señalan *“sufro mucho”*, *“mi mente está muy mal”*. En cuanto a la preocupación principal tiene que ver con la salud del enfermo, pero más bien relacionado con su sufrimiento (5), la propia familia del cuidador (3), y la situación económica (2).

En el tercer subgrupo se observa como áreas sin dificultad la laboral expresada en *“el trabajo está bien”* y la de relaciones interpersonales, *“las otras personas me ayudan con mi mama”*, *“las otras personas son mis amigos”*. A pesar de esto se manifiestan síntomas de ansiedad en todos los casos: *“me pone nervioso ver a mi mama enferma”*. También se aprecian algunas señales de depresión en los sujetos investigados, específicamente en 9 de ellos, cuando apuntan *“no puedo ponerme triste”*, *“no logro dejar de llorar”*, *“sufro al no verla bien”*. Se ve clara la necesidad de estar con su familia en 4 cuidadores, al tiempo que le preocupa cuando expresan *“deseo estar con toda mi familia, me preocupa”*, *“yo secretamente ansío estar en mi casa, con mi mama claro”*. En este caso se observan como principales preocupaciones: la salud del enfermo, desde la perspectiva de la incertidumbre del futuro (4), es decir, la no mejoría del paciente, la propia familia del cuidador (3), se muestra en la técnica, dificultades en cuanto a la percepción por parte del sujeto sobre su propia capacidad para asumir la responsabilidad sobre el cuidado en (2) de los casos, cuando dice *“mi mayor problema es que no soy muy ágil y para esto, eso es muy necesario”* y por último, la situación económica (1).

En el grupo en general se manifiestan sin problemas las áreas laboral y de relaciones interpersonales, además del área familiar en el subgrupo 1. Sin embargo, esta misma área es fuente de preocupación en los demás subgrupos. Predomina en los 3 subgrupos de estudio síntomas de ansiedad y depresión, así como otros sentimientos negativos como culpa. Se confirma el hecho de que en algunos casos no existe la adecuada comunicación entre el familiar y el

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

paciente, mientras que en otros es notorio que algunos familiares no se sienten capacitados para cuidar a su enfermo.

En esta técnica se manifiestan de manera general como principales preocupaciones en orden jerárquico de acuerdo al número de repeticiones, las siguientes: (Ver anexo 1).

1. La salud del paciente en 19 de los 30 familiares pertenecientes a la muestra.
2. La propia familia del cuidador en 6 de los sujetos.
3. La situación económica en 3 de los casos estudiados.
4. La incapacidad por parte del cuidador para atender a las necesidades de su enfermo en 2 de los familiares.

Objetivo 2: Identificar estrategias de afrontamiento utilizadas por los familiares cuidadores.

Teniendo en cuenta las estrategias de afrontamiento propuestas por Lazarus y luego validadas en Cuba por M. Álvarez, las cuales fueron divididas en 5 y definidas como: información relevante, reacción emocional, somatización, afecto-distracción y negación optimista, se realizó el análisis de cómo era el rango de utilización de cada una de ellas y las diferencias que existían entre las mismas. Se interpretó la prueba de Kruskal Wallis para determinar diferencias significativas en algunas de las estrategias utilizadas. Se identificaron por subgrupos y luego de manera general cuáles eran las más utilizadas por el familiar cuidador antes de que apareciera la enfermedad en su paciente y en el momento actual, inmerso en esta situación, así como las estrategias menos utilizadas.

Haciendo un análisis de cuáles son los rangos puntuados por los tres grupos para cada estilo de afrontamiento se advierte que en el caso de la información relevante, el subgrupo que más lo utiliza es el que nunca se ha hecho este tipo de tratamiento. Estos sujetos son los que más información busca relacionadas con la enfermedad en función de conocer la realidad para poder tomar decisiones y saber a lo que se enfrentarán.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

En el caso de la reacción emocional, es el estilo más utilizado por los que están en este momento pasando por los citostáticos y prácticamente con los mismos valores al grupo que ya en otras ocasiones se ha realizado la quimioterapia, lo cual quiere decir que en el afrontamiento intervienen fundamentalmente las emociones. Llama la atención que aquí el subgrupo de los que nunca han recibido los citostáticos puntúa muy por debajo de los demás subgrupos, este se enfoca fundamentalmente en el conocimiento sobre la enfermedad, posibles tratamientos, efectos secundarios, etc.

La somatización es utilizada por los 3 subgrupos sin diferencias prácticamente, lo cual nos indica que debemos fijarnos seriamente en la salud física del familiar cuidador, ya que aparecen síntomas clínicos relacionados con las funciones del organismo.

En el caso del estilo de afrontamiento denominado afecto-distracción, el subgrupo 2, los que se encuentran en este momento en tratamiento son los que más la utilizan y no existen diferencias entre los demás subgrupos, es decir se observa un esfuerzo por parte de los 3 subgrupos, para separarse de la situación en que se encuentran y buscar la satisfacción de otras necesidades.

En el caso de la negación optimista es más usada por los que nunca han recibido tratamiento quimioterapéutico, esforzándose estos sujetos en negar y/o minimizar la enfermedad y sus consecuencias, no solo para sí mismos, sino también al familiar. Esta estrategia disminuye considerablemente en el caso de los que se encuentran en el tratamiento actualmente, es sabido que ellos no tienen como negar o minimizar la enfermedad cuando justamente ahora su vida está centrada en el tratamiento quimioterapéutico y sus consecuencias. (Ver anexo 2).

En el análisis por subgrupos sobre las estrategias de afrontamiento más utilizadas y cuales se usaban menos, podemos observar cómo en los familiares de pacientes que nunca se han sometido a tratamiento de este tipo, es decir, el subgrupo 1, predomina la información relevante, en un total de 8 sujetos (80%), al enfrentar una situación completamente nueva para ellos, se han centrado en buscar información, ya sea en familiares cercanos o médicos. Sin embargo, las

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

que menos se utilizan en este caso son, el afecto distracción - este precisamente no ha sido el momento de separarse de las circunstancias que los afectan y menos para buscar distracción - ; y la reacción emocional, estas estrategias no fueron empleadas por ninguno de los sujetos investigados. (Ver tabla 1).

En el análisis sobre cuál estrategia de afrontamiento este grupo manejaba ante situaciones abrumadoras antes de presentarse la enfermedad en su pariente - es decir - previo, observamos que se mantiene como una de las mas aplicadas la información relevante (4), y aparece en este caso, como una de las más utilizadas, la reacción emocional (3), representando un 40% y un 30% respectivamente. Entre las que no utilizaban a diferencia del momento actual se encuentra la somatización, donde ninguno de los sujetos la señalo. (Ver anexo 3).

En el subgrupo 2, los que en este momento están pasando por el tratamiento quimioterapéutico, la estrategia de afrontamiento a la enfermedad de su familiar más frecuente es la reacción emocional, donde 9 sujetos la utilizaron para un 90%. Es necesario destacar que en este subgrupo prevalecen las emociones, donde la aparición de síntomas es muy frecuente. Sin embargo, las estrategias menos usadas por estos familiares son: la negación optimista y el afecto-distracción, ya que ninguno de los cuidadores la señala. No hay forma en este subgrupo de negar absolutamente lo que está sucediendo a diario, y tampoco es posible evadirlo distrayéndose. (Ver tabla 1).

Si analizamos las estrategias de afrontamiento previas en este subgrupo, tenemos en cambio que estos sujetos recurrían mas al afecto-distracción como estrategia, presentándose en 5 de los casos, para un 50%. La menos usada era la información relevante, donde ningún sujeto la apunta. (Ver anexo 3).

En el subgrupo 3, casi no se perciben diferencias con respecto al subgrupo 2, puesto que la estrategia de afrontamiento que más emplean es la reacción emocional (8 sujetos), para un 80%; es importante recordar que en este caso ya han sido sometidos a este tratamiento y por tanto, los familiares a este mismo proceso anteriormente, en este caso además de la ansiedad se

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

observan muchos síntomas de depresión, lo cual hace lógico que sea esta la estrategia más utilizada. La menos manejada es el afecto-distracción (9 sujetos no la utilizan, para un 90%. (Ver tabla 1).

Teniendo en cuenta las estrategias de afrontamiento previas aplicadas por este subgrupo obtenemos valores totalmente distintos pues recurrían más a la negación optimista (5 sujetos), para un 50% de la muestra. Mientras que la que menos utilizaban, al igual que en este momento era el afecto distracción donde ningún sujeto la marca como que la empleaba anteriormente. (Ver anexo 3).

Si hacemos un análisis de los resultados de manera general obtenemos que sean iguales a los del subgrupo 2 y muy similares a los del 3. Las estrategias más usadas por los familiares cuidadores de pacientes con cáncer son la reacción emocional, empleada por 17 sujetos, para un 56, 7%, se comportan así en el subgrupo 2 y 3, y la somatización siendo aplicada por 11 familiares para un 36,7%, igual a los resultados del subgrupo 2. Sin embargo, las estrategias menos utilizadas por la muestra completa, son el afecto-distracción, este resultado si se manifiesta igual en los tres subgrupos de estudio, no siendo señalada por ningún sujeto y la negación optimista, donde solo 2 sujetos la ha utilizado para un total del 6,7 %, resultado igual a los del subgrupo 2 y 3. (Ver tabla 1).

También se realizó un análisis de las estrategias de afrontamiento previo a la enfermedad que utilizaban los familiares (la muestra completa) ante situaciones abrumadoras. Se obtiene que las estrategias más utilizadas anteriormente-completamente diferentes a los resultados que se muestran actualmente- son la negación optimista por un total de 8 sujetos, para un 26,7 %, y la reacción emocional usada por 7 familiares para un 23,3%. Mientras que las menos usaban eran la somatización, empleada solo por 4 sujetos lo que constituye el 13,3%% y la información relevante usada solo por 5 para un 16,7 %. En este caso los resultados de la muestra en general no guardan demasiadas similitudes con los presentados en cada subgrupo de manera previa, sino que se repiten en uno y otro subgrupo de forma esporádica.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Tabla 1. Estrategias de afrontamiento utilizadas previo y actual por cada uno de los subgrupos.

Estrategias de afrontamiento	Subgrupo 1				Subgrupo 2				Subgrupo 3				Muestra general.			
	Previo		actual		previo		actual		previo		actual		previo		actual	
	cant	%	cant	%	cant	%	cant	%	cant	%	cant	%	cant	%	cant	%
Información relevante	3	30	8	80	0	0	2	20	2	20	0	0	5	16,7	10	33,3
Reacción emocional	4	40	0	0	1	10	9	90	2	20	8	80	7	23,3	17	56,7
Somatización	0	0	4	40	3	30	5	50	1	10	2	20	4	13,3	11	36,7
Afecto-distracción	1	10	0	0	5	50	0	0	0	0	0	0	6	20	0	0
Negación optimista	2	20	2	20	1	10	0	0	5	50	0	0	8	26,7	2	6,7
Total.	10	100	-	-	10	100	-	-	10	100	-	-	30	100	-	-

Objetivo 3: Determinar los estados emocionales de ansiedad y depresión presentes en los familiares cuidadores de pacientes con cáncer.

Utilizando el test de ansiedad rasgo estado IDARE, se determinaron los valores que puntuaban, ya sea en cada uno de los subgrupos como en la muestra general, analizándose no solo la cantidad de sujetos en las escalas del test y los respectivos por cientos, sino también haciendo análisis estadísticos de medias, rangos y comparaciones.

Se efectuó el mismo procedimiento con el test de depresión rasgo-estado IDERE. Finalmente se realizaron comparaciones entre las variables estudiadas en cada uno de los subgrupos.

En relación a la ansiedad rasgo, encontramos que en el subgrupo 1, los 10 sujetos obtuvieron valores que los ubica en la categoría de media, para un 100% de la muestra representada. (Ver tabla 2). Si tenemos en cuenta los valores de la media, en ese subgrupo se puede observar como puntúan en la categoría de ansiedad media (ver anexo 4), destacándose entre los ítems de más puntuación el 31: *“tomo las cosas muy a pecho”*.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

En el subgrupo 2 se obtienen resultados similares. Solo un sujeto califica dentro de la categoría de ansiedad rasgo alta, para un 10%, mientras que los otros 9 tienen ansiedad media representando el 90% de la muestra. (Ver tabla 2). La media también manifiesta un rango de ansiedad media, aunque los valores son más elevados que en el subgrupo 2 (ver anexo 4). El ítem más utilizado por estos familiares fue el 40: *“cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado”*.

En el subgrupo 3, 8 sujetos fueron calificados con ansiedad media, para un 80% mientras que 2 de ellos(20%), se evaluaron como ansiedad rasgo baja (ver tabla 2). No obstante, en cuanto a la media del subgrupo, se muestran los valores casi idénticos a los del subgrupo 1, obteniéndose de manera general una ansiedad rasgo media (ver anexo 4), predominando el ítem 40, al igual que en el subgrupo 2: *“cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado”*.

En la muestra general existe un predominio de la ansiedad rasgo media, donde se incluyen 27 sujetos (90%). Dos cuidadores muestran bajos niveles de ansiedad (6,7%) y solo uno manifiesta niveles altos, lo cual representa el 3,3% (Ver tabla 2). Si observamos la media de toda la muestra obtenemos que la ansiedad rasgo se manifiesta en la categoría de media. Todos los subgrupos muestran niveles medios de ansiedad rasgo, no existiendo prácticamente ninguna diferencia entre el grupo 1 y 3. Los valores del grupo 2, los que están bajo tratamiento en este momento, aunque están más elevados, continúan siendo un nivel medio de ansiedad (ver anexo 4).). El ítem más utilizado por estos familiares fue el 40: *“cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado”*.

En relación a la ansiedad estado se observan diferencias con respecto a la rasgo. En el subgrupo 1, 6 de los sujetos entran en la categoría de media, lo cual significa un 60 % de la muestra y 4 de los familiares tienen ansiedad estado alta para un 40% (ver tabla 2). La media de todos los sujetos en este caso se manifiesta como alta (ver anexo 5), primando los ítems 7: *“estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo”* y 17: *“estoy preocupado”*.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

En el subgrupo 2, la mitad de los cuidadores manifiesta alta ansiedad estado y la otra mitad, media (ver tabla 2). Vemos como han subido los valores ya que este grupo es el que se está sometiendo al tratamiento en este momento. Sin embargo, la ansiedad manifestada en el test puntúa tan alto que los rangos en la media analizados en la prueba estadística muestra una prevalencia de la ansiedad estado alta (ver anexo 5). Los ítems que más aparecen son el 3: *“me siento bastante tenso”* y el 9: *“me siento bastante ansioso”*.

En el tercer subgrupo predomina la ansiedad estado media, pues incluye a un total de 9 sujetos para un 90% y solo 1 presenta ansiedad baja lo cual representa solo el 10% (ver tabla 2). El rango proporciona valores de ansiedad estado como para calificarla de media (ver anexo 5). Los ítems que predominan son el 20: *“no me siento bien en lo absoluto”* y el 17: *“estoy un poco preocupado”*.

En la muestra en general se observa diferencia con respecto a la ansiedad rasgo pues aunque no la mayoría, una buena parte de los sujetos puntúan con valores altos, 9 en total lo que representa un 30%, 20 presentan valores medios para un 66,7% y baja ansiedad estado solo presenta un sujeto, para un 3,3% (ver tabla 2). No obstante el rango medio de calificación muestra una ansiedad estado media, pero es preciso destacar que es el valor más alto de todas las variables psicológicas estudiadas. Por tanto, esta es la más importante a tener en cuenta en los familiares. Con relación a los subgrupos, se nota que el 1 y 2 muestran elevados índices de ansiedad estado, fundamentalmente este último, mientras que el 3 es más discreto (ver anexo 5). Resulta lógico, porque las personas que pertenecen al subgrupo 3 ya han pasado por esta situación en otras ocasiones. Los ítems que predominan si tomamos en cuenta la muestra completa son el 7: *“estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo”* y el 17: *estoy un poco preocupado*.

Con respecto a la depresión rasgo en el subgrupo 1 es baja en la mayoría de los sujetos, 9 específicamente (90%), mientras que en uno de ellos, es media para un 10% (ver tabla 2). La media coincide con este resultado (ver anexo 6),

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

no obstante los ítems más significativos aquí son 6: *“pienso que todo saldrá bien en el futuro”* y 9: *“tengo confianza en mí mismo”*.

En el subgrupo 2 sigue predominando la depresión rasgo baja, que incluye a 6 familiares para un 60%, aunque se elevan un poquito la cantidad de sujetos que puntúan en la depresión rasgo media, con un total de 4, representando el 40% (ver tabla 2). Aunque ya los valores de la media se acercan un poco a la depresión rasgo media, se mantienen calificados de baja (ver anexo 6). El ítem más señalado es el 8: *“casi nunca me deprimó por pequeñas cosas”* y 16: *“algunas veces me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza”*.

En el subgrupo 3 se comportan de igual manera la depresión rasgo baja y la media, es decir el 50% de la unidad de análisis presenta una depresión rasgo baja y el otro 50%, depresión rasgo media (ver tabla 2). Los valores de la media de todo el subgrupo muestran una depresión rasgo en la categoría de baja, sin embargo, se encuentran en el borde para alcanzar la categoría de media (ver anexo 6). El ítem más llamativo por su frecuencia de aparición fue el 1: *“algunas veces quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo”*.

En la muestra general, la mayoría de los sujetos, 20 específicamente manifiestan depresión rasgo baja, el 66,7% y el resto, es decir 10, para un 33,3% tiene una depresión rasgo media (ver tabla 2). Si analizamos la media de los 30 sujetos sometidos a la investigación, se observa que aunque los valores se acercan a la categoría de media, sigue siendo baja la depresión rasgo en estos cuidadores. En esta variable puntúan muy parecido los subgrupos 2 y 3, mientras que el 1 se aleja bastante de los valores alcanzados por el resto (ver anexo 6). Los ítems que más aparecen son el 9: *“tengo confianza en mí mismo”* y el 1: *“algunas veces quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo”*.

En el caso de la depresión estado existen ciertas diferencias con respecto a la depresión rasgo, evidentemente la situación por la que atraviesan estos

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

familiares influye en sus estados emocionales y en este caso en la depresión. Tenemos que en el subgrupo 1 indican categoría de baja depresión estado 7 familiares para un 70%, 2 se incluyen en la categoría de media (20%) y 1 muestra altos niveles de depresión estado para un 10% (ver tabla 2). El promedio en este subgrupo presenta una ansiedad estado media (ver anexo 7). Se destacan aquí los ítems 14 y 19: *“siento mucha necesidad de vivir”* y *“tengo bastante confianza en el porvenir”*.

En el segundo subgrupo, 3 sujetos presentan baja depresión estado, para un 30% del total, 5 media, lo cual representa un 50% y 2 alta para un 20% (ver tabla 2). El promedio por subgrupo en este caso presenta valores que lo ubican en una categoría de media depresión estado, pero los valores en este caso son los más altos y se separan bastante de los otros dos subgrupos (ver anexo 7). Es decir, este es el subgrupo que más depresión debido a las circunstancias por las que atraviesan, presentan. Los ítems más repetidos por ellos son el 12: *“ahora tengo muchas ganas de llorar”* y el 17: *“no duermo perfectamente en lo absoluto”*.

En el subgrupo 3, los cuidadores que tienen depresión estado baja son 4 (40%), media 5 lo cual representan un 50% y solo uno marca como alta, para un 10% (ver tabla 2). El promedio en este subgrupo muestra una depresión estado media y aunque sus valores son similares a los del subgrupo 1, son más altos que la media del mismo (ver anexo 7). Los ítems más frecuentes son el 2: *“estoy un poco preocupado”* y el 9: *“me canso más pronto que antes”*.

En la muestra en general, se observa como predomina la depresión estado baja con 14 sujetos (46,7%), mientras que 12 tienen depresión estado media (40%) y 4 alta, para un 13,3% (ver tabla 2). En la media de los 30 sujetos se puede identificar que presentan depresión estado media, aunque los valores son más elevados que la depresión rasgo y que en la ansiedad rasgo, lo cual ubica otra vez a las circunstancias como causante de elevados niveles de depresión. Estos son solo superados por la ansiedad estado. La muestra general tiene resultados muy parecidos a los subgrupos 2 y 3 donde predomina

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

la depresión estado media, solo diferenciándose del subgrupo 1 donde es más frecuente la depresión estado alta (ver anexo 7). Los ítems más repetidos en este caso son el 2: “estoy un poco preocupado” y el 17: “no duermo perfectamente”.

Tabla 2: valores de ansiedad rasgo y estado, depresión rasgo y estado en los subgrupos y muestra en general.

Variable s psicológi cas	Subgrupo 1						Subgrupo 2						Subgrupo 3						General					
	Alta		Media		Baja		Alta		Media		Baja		Alta		Media		Baja		Alta		Media		Baja	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
AR	0	0	10	100	0	0	1	10	9	90	0	0	0	0	8	80	2	20	1	3,3	27	90	2	6,7
AE	4	40	6	60	0	0	5	50	5	50	0	0	0	0	9	90	1	10	9	30	20	66,7	1	3,3
DR	0	0	1	10	9	90	0	0	4	40	6	60	0	0	5	50	5	50	0	0	10	33,3	20	66,7
DE	1	10	2	20	7	70	2	20	5	50	3	30	1	10	5	50	4	40	4	13,3	12	40	14	46,7

Leyenda.

AR: ansiedad rasgo.

AE: ansiedad estado.

DR: depresión rasgo.

DE: depresión estado.

Podemos observar como de las variables psicológicas estudiadas en el subgrupo 1 predomina con valores altos la ansiedad estado, con valores medios la ansiedad rasgo y con valores bajos la depresión rasgo. Es decir, prevalece en este subgrupo la ansiedad estado, mientras que lo que menos se manifiesta es la depresión rasgo. En el subgrupo 2 predomina con valores altos la ansiedad estado, medios la ansiedad rasgo y con valores bajos la depresión rasgo, comportándose muy similar en este tipo de análisis al subgrupo 1. En el tercer subgrupo, la mayor frecuencia de categorías altas la encontramos en la

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

depresión estado, medias en la ansiedad estado y bajas en la depresión rasgo. Este grupo si se manifiesta diferente al resto de los dos anteriores en este sentido (ver tabla 2).

Objetivo 4: Identificar la influencia que existe entre el momento del tratamiento y la ansiedad estado.

Después de un análisis estadístico con ANOVA GLM Univariante, para la mayoría de las variables psicológicas evaluadas, es decir, depresión estado, depresión rasgo, y ansiedad rasgo no se observan diferencias significativas entre los grupos de familiares estudiados. Solamente resulta significativo, los resultados alcanzados por la ansiedad estado (ver tabla 3).

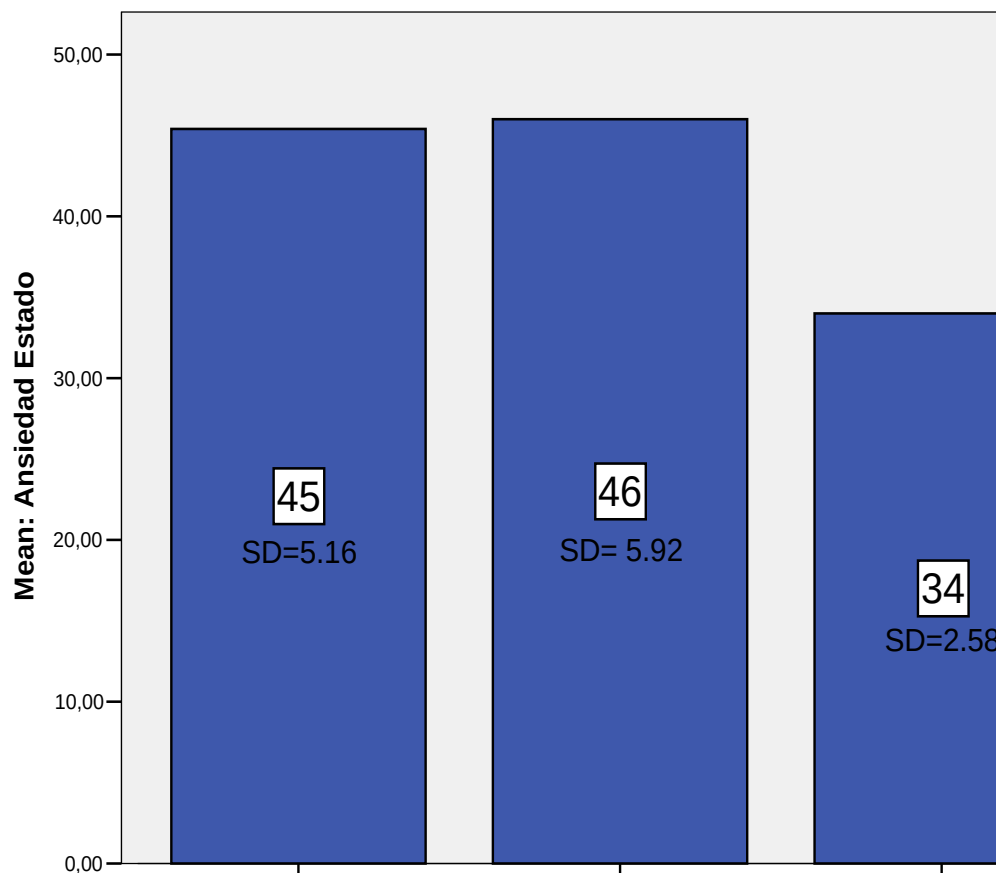
Tabla 3: valores significativos, potencia y efecto en las variables psicológicas estudiadas.

Variables psicológicas.	gl	F	Sig.	η^2	Potencia
Ansiedad estado	2,27	20.027	.000	.597	1.000
Depresión estado	2,27	1.99	.155	.129	.376
Ansiedad rango	2,27	1.619	.217	.107	.312
Depresión rango	2,27	1.268	.298	.086	.252

Como puede observarse, la ansiedad estado presenta un efecto de 20.027, a diferencia del resto de las variables que puntúan solo con valores de 1 a 2, y por supuesto la diferencia es altamente significativa, al obtenerse un valor de .000, por debajo no solamente de .05, sino también de .01. La potencia es otro indicador importante en este caso, ya que indica la probabilidad de que este resultado pueda repetirse en otros estudios similares, en este caso es de un 100% para la ansiedad estado. El resto de las variables no muestra valores significativos en este aspecto.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

A continuación se realizó un gráfico donde se muestra la media de la ansiedad estado en los tres subgrupos de estudio.



Además de explicar las diferencias se hace necesario identificar los subconjuntos de efectos mediante una prueba de diferencia honestamente significativa (HSD tukey), asumiendo homogeneidad de varianza y normalidad (ver anexo 9). Podemos observar como el subgrupo de los que ya han pasado por el tratamiento anteriormente, se diferencia considerablemente de los demás subgrupos, tanto de los que se están haciendo el tratamiento en este momento como de los que nunca se lo han hecho y están próximos a este evento. Quiere decir esto, que el momento del tratamiento influye de manera distinta en estos tres subgrupos. Esto es necesario tenerlo en cuenta a la hora de diseñar programas de intervención para los familiares.

Análisis integral de los resultados.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Se realizó un análisis integral de los resultados – por subgrupos y a la muestra completa- teniendo en cuenta el objetivo general de nuestra investigación, así como los objetivos específicos propuestos.

En el subgrupo 1 se presentaron como principal preocupación la salud del paciente con cáncer. En esta etapa, toda la atención del familiar se centra en el cuidado del enfermo, y su principal deseo es que mejore. En la entrevista realizada, así como en el completamiento de frases se confirma que no existen dificultades en el área laboral, de relaciones interpersonales ni en el área familiar. Lejos de ser una preocupación o fuente de conflictos en este subgrupo, la familia genera apoyo y constituye para los sujetos una fuente de dicha. Tampoco la pareja constituye una preocupación, al contrario, es sostén en el cuidador para enfrentar la situación por la que atraviesa.

En cuanto a la relación existente entre el paciente y el familiar se cataloga como buena, sin embargo, se esconden sentimientos de tristeza y angustia. Es decir, en la mayoría de los casos, no son sinceros, ni permiten demostrar al enfermo, este tipo de emociones.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento mayormente empleadas por este subgrupo se encuentra la información relevante, mientras que a las que menos recurren es al afecto distracción y la reacción emocional. Esto no dista de lo que anterior a esta situación utilizaban, pues se mantiene la información relevante y se adiciona la reacción emocional, sin embargo no usaban para nada la somatización.

Existen síntomas que muestran ansiedad y aunque en algunos casos hubo sujetos que mostraron síntomas de depresión, fue la minoría. Presentan una ansiedad rasgo que se ubica en la categoría de media, no obstante estos valores se elevan cuando se trata de la ansiedad estado, catalogada como alta en este subgrupo. A diferencia de esto en la depresión rasgo se encuentran muy por debajo de la media, subiendo un poco los valores en cuanto a la depresión estado que se califica como media.

En general este momento del cuidado del paciente oncológico es aún muy incipiente, los pacientes acaban de recibir el diagnóstico y los familiares

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

comienzan apenas un proceso que será largo y difícil. Los atormenta el natural miedo a lo que vendrá, lo que hace que se presenten manifestaciones marcadas de ansiedad estado y que alberguen sentimientos de tristeza y preocupación por su ser querido.

En el subgrupo 2 el área laboral sigue siendo una fuente de satisfacción, pero manifiestan incertidumbre en cuanto al futuro de la misma. A pesar de que también se observa complacencia por la propia familia, aparecen conflictos familiares y comunicación inadecuada entre ellos, sobre todo a raíz del proceso por el cual transitan. Los cambios generados en la familia y las nuevas demandas que surgen, han hecho que entren en crisis, que al afrontarse producen desorganización en el seno familiar. La pareja para este grupo también es fuente de conflictos internos, se manifiestan emociones de incertidumbre, angustia y temor a perder su relación, en este instante colmada de descuidos y falta de comunicación.

En cambio se manifiestan entre los pacientes y familiares una estrecha relación en todos los casos. La enfermedad ha favorecido la unión entre ellos, no solo comparten emociones, sino que permanecen juntos a diario, afrontando una difícil tarea. En este grupo ya no se esconden sentimientos ni emociones, la comunicación es muy buena y se apoyan mutuamente. Es preciso destacar una tendencia- bastante fuerte- a que el enfermo esté mejor preparado psicológicamente, para el proceso en el que se encuentra, que el propio familiar.

Las preocupaciones fundamentales en este subgrupo varían desde la salud del enfermo, hasta por el resto de la familia. Especial interés se muestra por la propia situación económica con la cual están enfrentando este proceso. Los familiares de este grupo tienen que prestar atención a una gran gama de conflictos cotidianos que se les presenta, lo cual hace que se sientan abrumados.

La estrategia de afrontamiento a la enfermedad de su familiar más frecuente es la reacción emocional. Es necesario destacar que en este subgrupo prevalecen las emociones, donde la aparición de síntomas es muy frecuente. Las menos

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

aplicadas son la negación optimista y el afecto-distracción. Realmente es trabajoso tratar de evadir, o negar lo que sucede a diario, sería como enajenarse de la realidad, por mucho que intentan distraerse no lo logran. A diferencia de esto, anteriormente a la enfermedad, utilizaban como estrategia más frecuente el afecto distracción y no usaban para nada la información relevante. Aquí si existe una diferencia total entre las estrategias de afrontamiento actuales y las que se exhibían antes de enfermar el paciente.

Los estados emocionales de estos sujetos, específicamente ansiedad y depresión están bastante comprometidos. A diferencia del subgrupo anterior se caracterizan por una ansiedad estado bastante alta y aunque la depresión estado se encuentra catalogada como media, es la más alta encontrada en los tres subgrupos. En cuanto a la ansiedad rasgo se caracteriza por estar en la media, mientras que la depresión rasgo es baja, al igual que en el grupo anterior. Indudablemente, este subgrupo está afectado por las circunstancias en que se encuentran, sobre todo por el momento del tratamiento en el que están. Aunque este es un proceso largo y difícil en todas sus etapas, es justamente mientras se realizan el tratamiento con citostaticos cuando se observan síntomas que hacen del cuidador un posible enfermo. Sus integrantes demuestran bastante ansiedad y la depresión era un poco más manifiesta que en el primer subgrupo, aunque igualmente no predominaba. Además se advierte malestar, tanto físico como psicológico, no solamente se sienten ansiosos, sino que el propio cuidado los ha hecho desatenderse a sí mismos. La mayoría come poco, casi no duerme, lo cual es bastante peligroso y es necesario prestarle la debida atención a este aspecto en cualquier programa de intervención que se diseñe.

En el subgrupo 3 la preocupación y la incertidumbre se hacen crónicas, la mayoría de ellos ya pasaron una vez por este proceso y saben el costo y la repercusión que eso tuvo en su vida, no solo desde el punto de vista laboral sino también económico. Estos sujetos ya han superado crisis del pasado con respecto a la familia y esta vuelve a ser el sostén que necesitan para continuar operando con los cuidados. Se reconocen más fuertes y maduros que al principio y vivencian unidad en su medio familiar. Conocen y manejan

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

adecuadamente los cambios ocurridos en la dinámica familiar y también en las relaciones de pareja. En cambio, les preocupa su incapacidad para el cuidado de su enfermo, ligado a la incertidumbre y temor por el futuro, el no saber qué hacer ante las situaciones que se puedan presentar los mantiene ansiosos, además del hecho de percibir que no están preparados psicológicamente. También existe cierta preocupación hacia la propia salud, ya que en este caso se cronifica, el abandono de su propia persona es casi total. Están agotados, y no se alimentan bien, ni duermen lo suficiente. Se han presentado síntomas de desgaste físico y psíquico como taquicardias, insomnio, problemas gastrointestinales y manchas en la piel a raíz de la enfermedad del paciente.

La relación con el enfermo es buena, han enfrentado juntos muchas situaciones, pero vuelven a esconderse sentimientos de angustia e incertidumbre con respecto al futuro del paciente. Temen por su sufrimiento y por su muerte, sin atreverse a comunicarlo abiertamente. Igual al subgrupo anterior, aflora vulnerabilidad en el familiar, es el paciente quien se encarga de darle apoyo.

Con respecto a la estrategia de afrontamiento que más emplean es la reacción emocional, en este caso además de la ansiedad se observan muchos síntomas de depresión, lo cual hace lógico que sea esta la estrategia más utilizada. La menos manejada es el afecto-distracción. Teniendo en cuenta las estrategias de afrontamiento previas aplicadas por este subgrupo obtenemos valores totalmente distintos, pues recurrían más a la negación optimista, sin embargo, la que menos utilizaban al igual que en este momento era el afecto distracción

Tanto la ansiedad rasgo, como la estado y la depresión estado son evaluadas de media, sin embargo este último valor es el más alto de todos los subgrupos con respecto a esta variable. La depresión rasgo si se mantiene baja, aunque en el borde para obtener la media.

A los familiares que se encuentran en este momento hay que prestarles especial atención, puesto que el tiempo que llevan bajo niveles elevados de ansiedad y depresión compromete la salud del cuidador. Hay que tener en cuenta que precisamente en este subgrupo a diferencia de los anteriores suben

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

los niveles de depresión con respecto al resto de los subgrupos, lo cual podría traer consecuencias peligrosas, no solo para el cuidador, sino también para el paciente que requiere de recursos psicológicos para enfrentar la enfermedad.

El grupo en general (30 familiares), muestra satisfacción y bienestar con el trabajo, preocupante solo para algunos por lo que representa en cuanto a dejación de proyectos profesionales y también desde el punto de vista económico. Si bien en el segundo subgrupo la enfermedad del pariente ha generado, conflictos y comunicación inadecuados en la familia, en el tercero ha sido una fuente de resiliencia, pues han podido superar las crisis que genera tan difícil proceso y salir fortalecidos. Esto confirma el hecho de que el diagnóstico de cáncer en un miembro de la familia repercute en el resto y que es necesario enfrentarlo no como un momento único en el presente, sino como un proceso que pudiera resultar largo y penoso. Esto incluye a la pareja del cuidador que en algunos casos ha sido fuente de angustia y ha terminado en separación.

Es importante destacar que en la muestra en general la relación entre el familiar y el paciente es muy buena, hay muchas manifestaciones de afecto entre ambos, aunque la comunicación adecuada resulta difícil en algunos casos. En ocasiones no se habla del tema, aún cuando el paciente lo necesite. También el familiar requiere expresar temores, sentimientos y no lo hace. Es llamativo como en la mayoría de los casos se invierten los papeles entre el familiar y el paciente, siendo este último quien aporta apoyo y cuidado ante la situación que enfrentan.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas obtenemos que son iguales a los del subgrupo 2 y muy similares a los del 3. Estas son la reacción emocional y la somatización. Sin embargo, las estrategias menos utilizadas por la muestra completa, son el afecto- distracción, y la negación optimista. Esto confirma el desgaste físico y psicológico que trae consigo el hecho de ser un cuidador de pacientes oncológicos. Es importante tenerlo en cuenta para hacer necesarias intervenciones en estos sujetos.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

También se realizó un análisis de las estrategias de afrontamiento previo a la enfermedad que utilizaban los familiares ante situaciones abrumadoras. Se obtiene que las estrategias más utilizadas anteriormente son la negación optimista y la reacción emocional, mientras que las menos usadas eran la somatización, y la información relevante. Existen diferencias entre las que se usaban anteriormente y las que se utilizan en la actualidad y también con los resultados obtenidos por cada subgrupo. Esto quiere decir que sea cual sea la estrategia de afrontamiento que se utilice previo a un proceso de este tipo, seguramente no tendrá mucho que ver con el afrontamiento que se hace desde esta perspectiva, después de tener a un paciente con cáncer por cuidar, además de que cada subgrupo tiene características específicas, según el momento del tratamiento por el que atraviesan.

Se encuentran como principales preocupaciones la salud del familiar, el resto de la familia, la situación económica, la incapacidad que pudiera generar el no saber que hacer ante un enfermo con cáncer y en menor medida la propia salud del cuidador.

Predomina en los 3 subgrupos de estudio síntomas de ansiedad y depresión, así como otros sentimientos negativos como culpa. Prevalece la ansiedad rasgo media no existiendo prácticamente ninguna diferencia entre el grupo 1 y 3, solo se elevan un poco en el subgrupo 2. A diferencia de esto, la ansiedad estado, aunque sigue comportándose como media, es el valor más alto obtenido en todos los subgrupos de estudio fundamentalmente en el que se encuentra en este momento sometido a los citostáticos. Por tanto, esta es la variable más importante a tener en cuenta en los familiares.

La mayoría de los sujetos manifiestan depresión rasgo baja, en esta variable puntúan muy parecido los subgrupos 2 y 3, mientras que el 1 se aleja bastante de los valores alcanzados por el resto, no es depresión en este grupo lo más característico. La depresión estado si puede identificarse como media, aunque los valores son más elevados que la rasgo y que en la ansiedad rasgo, lo cual ubica otra vez a las circunstancias como causante de elevados niveles de depresión. Estos son solo superados por la ansiedad estado. La muestra general tiene resultados muy parecidos a los subgrupos 2 y 3 donde predomina

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

la depresión estado media, solo diferenciándose del subgrupo 1 donde es más frecuente la depresión estado baja

Lo que predomina en la muestra en general son valores altos de ansiedad estado, medio ansiedad rasgo, y bajo, depresión rasgo y estado. Comparando las categorías estado con rasgo, observamos que tanto en la depresión como en la ansiedad se observan valores mucho más elevados en la variable situacional; esto quiere decir que los síntomas que presentan se relacionan más con las circunstancias por las que atraviesan que por características de personalidad. Comparando la ansiedad con la depresión podemos decir que esta última se presenta menos en los sujetos estudiados que la ansiedad. De forma general se observa menos en los cuidadores la depresión rasgo y más la ansiedad estado, aunque evidentemente transita de una a otra en la medida que avanza el proceso (ver anexo 8).

Podemos puntualizar que evidentemente se ve afectada la salud del familiar – tanto desde el punto de vista físico, como psicológico- y en la medida que avanza el proceso de enfermedad, se agrava esta situación. El familiar encargado de los cuidados del enfermo con cáncer es un enfermo potencial, el abandono de la propia salud, puede ser un factor importante en el desencadenamiento de enfermedades posteriores en el cuidador. Eso, aparte de la propia ansiedad y depresión que genera el rol que desempeñan (más si este enfermo es un familiar cercano), hace del cuidador un ser muy vulnerable a cualquier tipo de enfermedad y a un descontrol emocional importante.

En cuanto a las diferencias significativas entre los grupos de familiares estudiados solamente resulta significativo, los resultados alcanzados por la ansiedad estado, la cual presenta un efecto importante. Es decir, podemos definir que el momento del tratamiento por el cual atraviesan los cuidadores de pacientes con cáncer tiene una influencia importante sobre las variables psicológicas estudiadas de manera general, siendo altamente significativa en la ansiedad situacional. La potencia es otro indicador importante en este caso, ya que indica la probabilidad de que este resultado pueda repetirse en otros estudios similares, en este caso es de un 100% para la ansiedad estado. Esto

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

es necesario tenerlo en cuenta a la hora de diseñar programas de intervención para los familiares.

Conclusiones.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

- Dentro de las preocupaciones encontradas en los familiares cuidadores de enfermos con cáncer de mama y cuello de útero en diferentes etapas del tratamiento se encuentran en orden jerárquico: la salud del familiar; el resto de la familia; la situación económica; la incapacidad que pudiera generar el no saber qué hacer ante un enfermo con cáncer; y en menor medida la propia salud del cuidador.
- En cuanto a los estilos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores son la reacción emocional y la somatización, siendo menos utilizadas el afecto- distracción, y la negación optimista. Previo a esta enfermedad los familiares utilizaban como estilo más frecuente ante una situación abrumadora, la negación optimista y la reacción emocional, mientras que los menos usados eran la somatización, y la información relevante; existiendo diferencias entre las previas y actuales.
- Se demostró que los familiares de pacientes oncológicos muestran síntomas de ansiedad y depresión. Lo que predomina son valores altos de ansiedad estado; medio ansiedad rasgo; y bajo, depresión rasgo y estado.
- Contrastando las categorías estado con rasgo, se destaca que tanto en la depresión como en la ansiedad los valores de la variable situacional son mucho más elevados, lo cual responde a la condiciones por la que atraviesan en este momento, generadora de estados como ansiedad y depresión estado.
- Al correlacionar las variables psicológicas presentes en los familiares cuidadores con la etapa de tratamiento con quimioterapia, se demuestra que no existen resultados significativos en la depresión rasgo, depresión estado y ansiedad rasgo; no siendo así en la ansiedad estado. El momento del proceso de tratamiento presenta un efecto importante sobre la ansiedad situacional, elevando los valores hasta alcanzar resultados altamente significativos.
- Los familiares cuidadores de pacientes con cáncer se encuentran afectados, tanto física como psicológicamente, debido a las circunstancias que enfrentan, agravándose esta situación en la medida que avanza el proceso de tratamiento. Si no son atendidos y adiestrados

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

adecuadamente, esto pudiera generar enfermedades posteriores y un descontrol emocional de graves consecuencias en el cuidador.

Recomendaciones.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

- Tomando en consideración la importancia del tema investigado se hace necesario, continuar la presente línea investigativa con una muestra más amplia y teniendo en cuenta otras variables clínicas y sociodemográficas.
- Divulgar los resultados científicos obtenidos en la presente investigación dentro de los profesionales de salud que asumen la atención de las pacientes con cáncer y sus familiares.
- Elaborar programas de intervención psicológica dirigidos a la atención de los cuidadores de pacientes con cáncer de mama y cuello de útero, con el objetivo de propiciar un enfrentamiento adecuado a la enfermedad en general y al proceso de tratamiento en particular.
- Fortalecer el trabajo de los equipos de salud encargados de la atención de pacientes con cáncer y sus familiares desde una perspectiva integral y multidisciplinaria.

Anexo 1.

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Principales preocupaciones de los cuidadores según la técnica de completamiento de frases.

Principales preocupaciones	Grupo1 Cant de sujetos	%	Grupo2 Cant de sujetos	%	Grupo 3 Cant de sujetos	%	Grupo general. Cant de sujetos	%
Salud del paciente	10	100	5	50	4	40	19	63,3
Familia del cuidador			3	30	3	30	6	20
Situación económica			2	20	1	10	3	10
Incapacidad para atender al paciente.					2	20	2	6,7
totales	10	100	10	100	10	100	30	100

Anexo 2

Rango de medias utilizadas por cada subgrupo en cada una de las estrategias de afrontamiento.

Ranks

	V Independiente	N	Mean Rank
EA 1	Q-NUNCA	10	21.50
	Q-AHORA	10	12.50
	Q-ANTES	10	12.50
	Total	30	
EA 2	Q-NUNCA	10	5.90
	Q-AHORA	10	20.75
	Q-ANTES	10	19.85
	Total	30	
EA 3	Q-NUNCA	10	15.05
	Q-AHORA	10	16.55
	Q-ANTES	10	14.90
	Total	30	
EA 4	Q-NUNCA	10	12.55
	Q-AHORA	10	20.70
	Q-ANTES	10	13.25
	Total	30	
EA 5	Q-NUNCA	10	23.80
	Q-AHORA	10	8.85
	Q-ANTES	10	13.85
	Total	30	

Anexo 3.

Estrategias de afrontamiento utilizadas por el familiar previo a la enfermedad.

estilo de afrontamiento previo

V Independiente			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Q-NUNCA	Valid	reaccion emocional	4	40,0	40,0	40,0
		negación optimista	2	20,0	20,0	60,0
		afecto distracción	1	10,0	10,0	70,0
		inofrmación	3	30,0	30,0	100,0
		Total	10	100,0	100,0	
Q-AHORA	Valid	reaccion emocional	1	10,0	10,0	10,0
		somatización	3	30,0	30,0	40,0
		negación optimista	1	10,0	10,0	50,0
		afecto distracción	5	50,0	50,0	100,0
		Total	10	100,0	100,0	
Q-ANTES	Valid	reaccion emocional	2	20,0	20,0	20,0
		somatización	1	10,0	10,0	30,0
		negación optimista	5	50,0	50,0	80,0
		inofrmación	2	20,0	20,0	100,0
		Total	10	100,0	100,0	

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Anexo 4.

Media de la ansiedad rasgo en los tres subgrupos de estudio.

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Ansiedad rasgo

V Independiente	Mean	Std. Deviation	N
Q-NUNCA	34,9000	3,24722	10
Q-AHORA	37,7000	5,07828	10
Q-ANTES	34,6000	4,22164	10
Total	35,7333	4,33855	30

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Anexo 5.

Media de la ansiedad estado en los tres subgrupos de estudio.

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Ansiedad estado

V Independiente	Mean	Std. Deviation	N
Q-NUNCA	45,4000	5,16828	10
Q-AHORA	46,0000	5,92546	10
Q-ANTES	34,0000	2,58199	10
Total	41,8000	7,26541	30

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Anexo 6

Medias de depresión rasgo en los tres subgrupos de estudio.

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Depresión rasgo

V Independiente	Mean	Std. Deviation	N
Q-NUNCA	32,2000	3,67575	10
Q-AHORA	34,1000	3,63471	10
Q-ANTES	34,7000	3,68330	10
Total	33,6667	3,69840	30

Anexo 7.

Depresion estado en los tres subgrupos de estudio.

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Depresión estado

V Independiente	Mean	Std. Deviation	N
Q-NUNCA	35,5000	4,76678	10
Q-AHORA	40,2000	6,44291	10
Q-ANTES	37,5000	4,40328	10
Total	37,7333	5,45788	30

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Anexo 8.

Media de la ansiedad estado y rasgo, depresión estado y rasgo en la muestra en general.

Statistics					
		Ansiedad rasgo	Ansiedad estado	Depresión rasgo	Depresión estado
N	Valid	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0
Mean		35,7333	41,8000	33,6667	37,7333
Std. Deviation		4,33855	7,26541	3,69840	5,45788

Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia.

Anexo 9.

Comparacion entre los tres subgrupos de los valores de ansiedad estado.

Ansiedad estado

Tukey HSD^{a,b}

V Independiente	N	Subset	
		1	2
Q-ANTES	10	34,0000	
Q-NUNCA	10		45,4000
Q-AHORA	10		46,0000
Sig.		1,000	,958

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

Based on Type III Sum of Squares

The error term is Mean Square(Error) = 22,830.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 10,000.

b. Alpha = ,05.