



Evaluación de las reacciones psicológicas presentes en padres y/o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017

Orlando Almeida Salinas

Laura Patricia Amaya Díaz

Javier Mauricio Gallardo Gaviria

Katerine Julieth Sanabria Pico

Martha Cecilia Galvis Cala⁴

RESUMEN

El presente artículo parte de un estudio de tipo descriptivo con enfoque mixto y diseño no

experimental, cuyo objetivo consistió en evaluar las reacciones psicológicas presentes en padres y/o cuidador de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año

1 Psicólogo, Especialista en Familia, Master en Terapias Psicológicas de Tercera Generación, Docente tiempo completo, líder de investigación del programa de psicología, líder semillero de investigación Artífices de Huellas
Datos de contacto: oalmeidasal@uniminuto.edu.co Celular: 3183893758 País: Colombia, Santander, Bucaramanga Institución: Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO

2 Psicóloga, especialista en psicología clínica, Docente Tiempo completo programa de psicología Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO

3 Docente tiempo completo, Líder de Proyección social administración de empresas y tecnología en negocios y mercadeo, Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO

4 Estudiantes décimo semestre Programa de Psicología Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO



2017; fueron seleccionados 40 participantes de forma no probabilística, por conveniencia, y se les aplicó el inventario de Ansiedad estado/rasgo STAI, Inventario de Depresión estado/rasgo IDER y escala de apreciación al estrés EAE. Se encontró que el 42,5% de los participantes puntuaron en niveles de ansiedad media alta para estado y el 42,5% para ansiedad rasgo alta, por otra parte los resultados relacionados con depresión evidencian que el 40% de la muestra presentan depresión tipo estado y un 25% puntuó para depresión tipo rasgo; en cuanto a la escala de apreciación al estrés existe un paralelo entre nivel bajo y nivel alto con un 45% para cada parámetro.

Palabras clave: Reacciones psicológicas, oncología pediátrica, cáncer infantil, depresión, ansiedad, estrés, percepciones, cuidador.

SUMMARY

This article is based on a descriptive study with a mixed approach and non-experimental design, whose objective was to evaluate the psychological reactions present in parents and / or pediatric oncological patient caregiver in the city of Bucaramanga during 2017; 40 participants were selected in a non-probabilistic manner, for convenience, and they were applied the inventory of state / trait anxiety STAI, inventory of depression state / trait IDER and scale of appreciation to stress EAE. It was found that 42.5% of the participants scored in high average anxiety levels for state and 42.5% for high trait anxiety, on the other hand the results related to depression show that 40% of the sample presented depression type state and 25% scored for trait type depression; In terms of the scale of appreciation to stress, there is a parallel between low level and high level with 45% for each parameter.

Key words: Psychological reactions, pediatric oncology, childhood cancer, depression, anxiety, stress, perceptions, caregiver.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que no solo afecta a quien lo padece, sino a su vez al núcleo familiar y el entorno del niño, generando grandes cambios en la vida cotidiana, en las costumbres y el estado de ánimo de las personas afectadas, siendo el padre o cuidador principal la persona que afronta los cambios que genera la enfermedad de forma directa, y por lo cual se considera ente fundamental en el proceso de acompañamiento en el transcurso de la enfermedad (American Cancer Society, 2015).

Así mismo, el impacto emocional que se genera a causa del diagnóstico y las fases del tratamiento constituyen una experiencia de difícil asimilación tanto para el paciente, como para la familia (Cely, Duque y Capafons, 2013). Por lo tanto, es importante intervenir las reacciones psicológicas presentes en los familiares del paciente oncológico, con el fin de prevenir una patología psiquiátrica, pues afectaría de manera directa la calidad del apoyo emocional y afectivo hacia el paciente.

Santos, Gaiva, Espinosa, Barbosa y Belasco (2011), consideran que el cáncer es una de las principales enfermedades crónicas presentes en la infancia, generando cambios en la vida del paciente oncológico y de la familia, pues este, atrae la atención de los diversos profesionales del área de la salud, por otra parte el padre o cuidador es categorizado como la persona encargada de proporcionar el cuidado, sin ser identificado como ser humano que se enfrenta a un proceso desconocido, doloroso y para el cual requieren de apoyo emocional.

El cáncer infantil resulta ser una situación problemática poco frecuente, sin embargo, anualmente se diagnostican más de 27.000 casos de cáncer en niños menores de 14 años en la región de las Américas y se consideran unas 10.000 muertes como consecuencia de



esta enfermedad (Organización Panamericana Salud - OPS, 2014). “el 65% de los casos de cáncer infantil se producen en América Latina y el Caribe donde se diagnostican 17.500 nuevos casos cada año y se registran más de 8.000 muertes a causa de esta enfermedad” (OPS, 2014, p. 2).

Según la asociación Colombiana de Hematología pediátrica (2011), la enfermedad oncológica infantil en Colombia se considera la cuarta causa de muerte en niños de 5 a 14 años de edad, así como la segunda en niñas en los mismos rangos de edad. Teniendo en cuenta la problemática anteriormente citada, el cáncer infantil se constituye como una de las enfermedades más relevantes en la población infantil, de acuerdo al registro poblacional de cáncer del área Metropolitana de Bucaramanga – (AMB) en un periodo de 5 años (2003 - 2007). “se cuenta con una población de 1.024.350 habitantes correspondiendo el 26.9% de la población a los menores de 15 años con 275.826 habitantes” (Uribe, Amado, Zambrano y Alarcón, 2011, p. 2).

De acuerdo a lo anterior, durante el periodo 2003 – 2007 se registraron 8.628 nuevos casos de cáncer para toda la población de esta zona geográfica, con 207 casos en menores de 15 años, lo que corresponde al 2.4 % de la carga total del cáncer. Cada año fueron diagnosticados un promedio de 41 niños menores de 15 años; de los cuales un (58%) eran niños y (42%) niñas, (Uribe, Amado, Zambrano y Alarcón, 2011).

En el momento del diagnóstico de cáncer, paciente y familiar atraviesan una situación de gran tensión emocional, lo cual genera un impacto con consecuencias físicas y psicológicas. Así mismo las determinadas manifestaciones están sujetas a diversas variables tales como: apoyo social, relación de pareja, estructura familiar, momento de inicio de la enfermedad, duración y tipo de tratamientos, incapacidad que produce, comprensión de la información y de la situación

(Cortes, Bueno, Narváez, García y Guerrero, 2012).

El cáncer infantil resulta ser una problemática social, debido a que la persona que lo padece como su familia, se encuentran en riesgo de presentar dificultades de diferente índole a causa de la cantidad de situaciones potencialmente estresantes que tienen que afrontar durante el transcurso de la enfermedad (Casado y Castellano, 2013). De igual manera para Salcedo (2012), el cambio emocional que se produce en el proceso de tener un niño sano a tener un niño con cáncer es casi imposible de asimilar para la gran parte de las familias, debido a que el diagnóstico puede estar acompañado de reacciones como shock en donde la respuesta se ve condicionada a causa de las circunstancias que rodean la notificación de la enfermedad, por lo cual la familia desempeña un papel fundamental en el impacto del cáncer en los niños, niñas y adolescentes, ya que, interviene la comprensión y el manejo del proceso de la enfermedad, y se evidencian una serie de síntomas como reacción a los acontecimientos propios de la enfermedad, los cuales pueden afectar la recuperación emocional del paciente.

Ahora bien, en el “ámbito de la Psicooncología se requiere especial atención al estudio de variables psicológicas relacionadas con los familiares de pacientes lo cual constituyó una línea base para el estudio en mención” (Cortes, Bueno, Almudena, García y Guerrero, 2012, p. 337).

De esta manera el cáncer infantil es considerado como un problema que requiere la mayor atención en el campo médico y psicológico tanto del paciente como de su familia y/o cuidador principal, debido a que las creencias existentes sobre el pronóstico del cáncer se relacionan con el sufrimiento y la muerte. A partir de lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación ¿cuáles son las reacciones psicológicas presentes en padres y/o cuidador principal de



paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017?

Siendo que las reacciones psicológicas se encuentran presentes en padres y/o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico, constituyen un problema a nivel mundial; debido a que el diagnóstico de cáncer y su tratamiento, generan una considerable afectación psicológica para los pacientes y su núcleo familiar. Por lo tanto la intervención de los cuidadores en la atención del paciente oncológico es primordial para un tratamiento óptimo, y conservar la adherencia al mismo (Galindo, Rojas, Meneses, Aguilar, Álvarez y Alvarado 2015). De esta manera se resalta la pertinencia en la ejecución de esta investigación con el fin de ahondar en los procesos de evaluación de las reacciones psicológicas presentes en los padres y/o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico posterior a la emisión del diagnóstico médico, teniendo en cuenta que "la familia responde a la enfermedad de una manera emocionalmente compleja" (Grau y Espada 2012, p.127), lo cual genera que el proceso de aceptación de la enfermedad se constituya en una carga emocional relevante y difícil de resolver, es por ello que se consideró necesario identificar las reacciones psicológicas más relevantes y significativas evidenciadas en el proceso de adaptación al cáncer infantil en la familia.

Según Llanta, Hernández y Martínez (2015), el ser cuidador principal de un paciente tiene consecuencias negativas en el bienestar y en la calidad de vida de ellos, ya que dichas consecuencias resultan condicionadas por la existencia de recursos psicológicos, sociales, económicos y su significado difiere en cada cuidador, a sí mismo, el sentido del cuidado como amortiguador del distrés emocional (Llanta, Hernández y Martínez, 2015, p. 2).

Del mismo modo se consideró importante la realización de esta investigación con la

población seleccionada puesto que son personas vulnerables en el proceso que genera la enfermedad, es por ello que autores como Arias y Solano (2012) recomiendan la ejecución de nuevas investigaciones en donde los familiares y/o cuidadores de pacientes oncológicos pediátricos sean la muestra, con el propósito de proponer medidas de promoción y prevención que influyan en la salud psicológica del involucrado, además sugieren que para posteriores estudios la muestra sea más significativa, basados en lo anterior se evidencia la necesidad de estudiar dicha problemática, pues en la ciudad de Bucaramanga no existen estudios relacionados con el tema, a pesar de ser esta una ciudad en la cual el cáncer infantil es diagnosticado con frecuencia, de acuerdo lo planteado por Uribe, Amado, Zambrano y Alarcón, 2011 anteriormente, en donde mencionan que en el periodo 2003-2007 se registraron 207 casos en menores de 15 años siendo esta una cifra significativa y que no se puede dejar a un lado, ya que resulta evidente la necesidad de generar información pertinente y a futuro consolidar un plan terapéutico que permita la inclusión de estrategias en la asimilación del pronóstico, con el fin de educar, mejorar y proteger la calidad de vida de la población afectada. Esto a su vez dará significativos avances en futuras investigaciones, siendo de gran utilidad para diferentes profesionales de la salud.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, se plantea la necesidad de evaluar las reacciones psicológicas presentes en padres y/o cuidador principal de pacientes oncológicos pediátricos en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017, como objetivo general para el presente estudio.

En cuanto a los referentes teóricos que brinden un soporte científico que permita el desarrollo del objetivo planteado, se cuenta con los aportes de Acevedo (1985) citado



por Rodríguez (2006), quien afirma que las reacciones psicológicas surgen de la interacción de condicionantes externos y del concepto que el ser humano tiene de sí mismo y su visión del mundo. De igual manera Lipowski (1969), citado por Rodríguez (2006), "Considera que esta es una situación que afecta a la persona completa, como una experiencia única y a todo su círculo de relaciones interpersonales por el estrés que genera" (p.29).

Según Lazarus y Folkman (1986), citado por Oliveros, Barrera, Martínez y Pinto (2010), las reacciones psicológicas ante una enfermedad crónica varían de acuerdo al estado o etapa de vida por la cual el paciente atraviesa, por tal razón se convierte en un proceso donde la calidad del tipo de afrontamiento es fundamental para lograr una óptima adaptación en el curso de la enfermedad. Así mismo para Holland (1991), citado por Rodríguez (2006), las reacciones psicológicas presentes en el paciente oncológico son de difícil manejo y a su vez están influenciadas por factores tales como el tipo de cáncer, actitudes ante la enfermedad, nivel cultural, creencias religiosas, apoyo afectivo y emocional con el que dispone para enfrentar los desajustes emocionales que desencadena el diagnóstico de la misma.

Por lo tanto Ferrero (1993), considera que las personas que han sufrido las etapas del cáncer se enfrentan a una serie de acontecimientos a nivel psicológico relacionados con preocupación continua por la enfermedad, sentimientos de daño físico, aumento de temor por la muerte, incertidumbre por el desarrollo y el proceso que tomará la enfermedad, ansiedad, depresión y se presenta temor a la exclusión social.

Beck (1993), propone en su teoría de la ansiedad y la depresión que estos trastornos emocionales se generan por una desviación sistemática en el procesamiento de la información, en donde esta es asimilada de manera incorrecta lo cual ocasiona una infravaloración de las propias

capacidades del ser humano para enfrentar una situación de difícil dimensión, por otro lado un suceso relacionado con una pérdida o fracaso desencadena una serie de emociones o conductas que conllevan a la excesiva valoración negativa de la mencionada situación; por lo cual se produce el sesgo en el procesamiento de la información generando esto la conocida triada cognitiva negativa del yo, del mundo y del futuro.

De igual manera para Solana (2005), el diagnóstico de cáncer es una problemática que genera experiencias difíciles de afrontar, pues afecta la integridad física y psíquica, debido a que la persona se enfrenta a una situación inesperada y para la cual no se encuentra preparada; además Mystakidou (2006), citado por Pintado y Cruz (2016), consideran que el cáncer infantil es una enfermedad crónica amenazante que genera sufrimiento al paciente y su familia. Por lo tanto autores como Astudillo et al, (2007 – 2012), señalan que no todos los cuidadores principales asimilan de igual forma la amenaza que genera la enfermedad en la vida del niño, esto depende de diversos factores como rasgos de personalidad, actitudes, valores, redes y apoyo social, la estructura familiar, estilos de afrontamiento, experiencias previas, niveles educativos y factores sociodemográficos. Así mismo Sawyer et al. (2007), Citado por Cely, Duque y Capafons, (2013), consideran que las reacciones psicológicas son una serie de emociones que se desencadenan como consecuencia de una situación compleja en la vida de la persona, comprendidas algunas de estas como: ira, miedo, soledad, depresión y/o ansiedad, generando a su vez un cambio en el proceso de la dinámica familiar. Normalmente, el primer sentimiento es el de pérdida, la madre que es la cuidadora atraviesa por una situación de dolor y desesperanza (Carrión, M. D. 2007).

De acuerdo a lo anterior, Rojas (2010), afirma que "la ansiedad es una respuesta normal del individuo ante una crisis; cuando dicha



normalidad se ve alterada puede provocar una patología mental” (p.491). A partir de lo anterior, para el autor Seisdedos (2015), la ansiedad es un estado o condición transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos percibidos conscientemente de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

Por otra parte Ortiz (2010), señala que ser el cuidador de un niño con una enfermedad crónica como el cáncer, resulta una vivencia difícil, la cual produce una situación de estrés en donde se genera efectos tanto físicos como psicológicos. De acuerdo con el planteamiento cognitivo (pensamiento) el individuo realiza una valoración cognitiva de los acontecimientos estresantes y también de sí mismo ante ellos, aunque la situación pueda ser relevante o vital su respuesta puede ser adecuada si el individuo cuenta con la estrategia de afrontamiento adecuada. (De la Huerta., et al, 2010).

Según Flórez y Montalvo (2010), la persona más afectada a causa del diagnóstico de la enfermedad es el padre y/o cuidador principal, puesto que sufre desajustes emocionales que afectan su calidad de vida, sometiéndose a un estrés permanente en el que puede llegar a experimentar limitaciones físicas, psicológicas y cognitivas para realizar sus labores diarias. Es por ello que el tener un hijo diagnosticado con cáncer, genera un gran impacto emocional, con sentimientos de culpa, incertidumbre, de soledad y de pérdida sobre el control de sus vidas. Es una situación de crisis que introduce cambios radicales y repentinos en el contexto físico, social y en la comunicación familiar. Para el cuidador que en su gran mayoría son mujeres, representa una carga considerable de trabajo desatendiendo sus propias necesidades, aumentando el cansancio y haciendo la situación más difícil. (De la Huerta., et al, 2010)

Por tal razón para Grau y Espada (2012), la respuesta que la familia presenta ante la

enfermedad es emocionalmente compleja, teniendo en cuenta que los miembros de esta experimentan sentimientos de impotencia, agresividad, culpabilidad y ambivalencia. Por lo cual se puede sufrir un derrumbe psicológico comprendido como depresión o ansiedad, hasta físico en donde el cuidador puede enfermar o abandonar el enfermo. (Rodríguez y Gallardo, 2014), indican que el proceso relacionado con la notificación del diagnóstico, requiere la utilización de mecanismos de reconstitución psíquica que permitan encontrar las respuestas a la situación presente, generando mecanismos y estrategias adaptativas para lograr asumir lo ocasionado por el estrés de la situación.

Teniendo en cuenta el estudio realizado por Noel (2010), la madre es el integrante de la familia más involucrado en lo relacionado con el diagnóstico de la enfermedad con un 70% de participación. Por lo tanto, en los resultados se evidencia que las emociones negativas más frecuentes son: ansiedad, tristeza, angustia, estrés, miedo, impotencia y depresión. Así mismo el estudio resalta la importancia de la integración de conocimiento desde las áreas de psicología y medicina con el objetivo de proporcionar herramientas claves para el afrontamiento que desencadena el proceso de la enfermedad.

Para reafirmar lo anterior Chacín y Chacín (2011), estudian las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los padres en el proceso de adaptación de patología oncológica y los cambios que ésta genera a nivel físico, social y psicológico. Como resultado se evidencian alteraciones en el núcleo familiar lo que conlleva a una frecuente etapa de negación desencadenando momentos de ira, rabia, sentimientos de culpabilidad o resentimientos hacia sí mismo.

Grau y Espada (2012), realizaron un trabajo de investigación cuyo objetivo fue conocer la percepción de los padres de niños oncológicos



pediátricos en las alteraciones de la dinámica familiar posterior a la emisión del diagnóstico, obteniendo resultados relacionados con cambios en la relación de pareja, cambios en la relación con el niño enfermo, con la familia extensa y con los demás hermanos, así mismo afirman que el avance proporcionado por esta investigación será de utilidad para profesionales en el área de la salud, psicólogos, maestros y trabajadores sociales debido a que contarán con herramientas para el trabajo en conjunto, fortalecer conocimiento, valores y manejo de las emociones. De igual forma Arias y Solano (2012), recomiendan que “deben realizarse nuevas investigaciones envolviendo familiares y/o cuidadores de niños con cáncer para conocer mejor a esa población y proponer medidas de prevención que influyan en la salud psicológica de los mismos” (p.45).

Así mismo, Galindo, Rojas, Ascencio, Meneses, Aguilar, Olvera, Diez y Aguilar (2015), presentan los resultados de una guía clínica en donde manifiestan que las intervenciones dirigidas a los cuidadores de los pacientes con cáncer genera efectos positivos en diferentes áreas del funcionamiento psicosocial, por lo tanto consideran indispensable que los servicios clínicos y grupos de investigación trabajen al respecto.

En concordancia con la ley 1616 de 2013 la cual establece la prioridad en la promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales, esta investigación hace énfasis para dar cumplimiento al objetivo de la misma, a través de la identificación y descripción de las reacciones psicológicas manifiestas en el proceso de adaptación al cáncer infantil desde la perspectiva de padres y/o cuidador principal que se presentan posterior a la confirmación del diagnóstico oncológico en el paciente pediátrico, para de esta manera elaborar estrategias de afrontamiento que le permitan a la mencionada población tener los recursos psicológicos

para evitar futuros desajustes emocionales, priorizando en la integralidad en el proceso de atención tanto del paciente como del padre o cuidador, recibiendo atención humanizada por el equipo y los servicios especializados en salud mental, recibiendo un proceso terapéutico con las sesiones necesarias y a su vez proporcionando un trato digno en la búsqueda constante de resultados positivos en pro del bienestar y calidad de vida tanto la del paciente como la de su familia.

En cuanto al desarrollo metodológico de esta investigación, resulta necesario mencionar que se han tenido en cuenta los principios éticos que prevalecen en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, acorde con las investigaciones en seres humanos, ya que se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, por tal motivo los datos obtenidos en el proceso de investigación serán analizados como datos generales sin mencionar a cada participante.

Por otra parte, esta investigación cuenta con un enfoque mixto, según Hernández (2010), debido a que se presenta la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en el desarrollo de los objetivos específicos, además se aplicaron escalas de medición de ansiedad, depresión y estrés, y se realizó la descripción de cada una de las reacciones psicológicas que presentaron los padres y/o cuidador principal posterior a la confirmación del diagnóstico oncológico en el paciente pediátrico, se ejecutó por medio de un alcance descriptivo lo cual proporciona la precisión para la especificación de características propias del fenómeno a estudiar, con un diseño de corte no experimental puesto que se implementó la observación directa a través de la aplicación de los inventarios sin manipular deliberadamente variables y de esta manera analizar los fenómenos en su contexto natural.



Los participantes vinculados fueron en total 40 Padres y/o cuidador principal de pacientes oncológicos pediátrico en la ciudad de Bucaramanga; seleccionados de forma no probabilística por conveniencia, teniendo en cuenta las condiciones de la población, Se tuvieron en cuenta criterios de inclusión como participación voluntaria y ser padres y/o cuidador principal de pacientes oncológicos pediátricos en la ciudad de Bucaramanga.

Con el fin de recolectar los datos se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación:

1. Inventario Ansiedad rasgo/estado (STAI): Según Seisdedos (2015) El STAI es una escala diseñada por: C. D Spielberg, R. L Gorsuch, L. E Lushene. Es un inventario compuesto por 40 ítems diseñados para evaluar desde dos perspectivas conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). El Inventario de ansiedad pretende constituirse en una herramienta específica, válida y confiable.

Inventario Depresión Estado/Rasgo (IDER): De acuerdo con Agudelo y Buela (2008) el IDER, es un Inventario diseñado por: Spielberg, instrumento compuesto por 20 ítems los cuales se

orientan a identificar el grado de afectación (estado) y la frecuencia de ocurrencia (rasgo) del componente afectivo de la depresión.

Escala de apreciación al estrés EAE: Fernández (2017) afirma que es un instrumento que evalúa la incidencia y la intensidad con que afectan a la vida de cada sujeto las diferentes situaciones estresantes.

En cuanto al procedimiento llevado a cabo para la ejecución del proceso investigativo se tiene en cuenta lo siguiente:

Inicialmente se establece contacto con la institución de salud, con el fin de realizar la socialización del proyecto a los padres o cuidadores principales. Seguido a esto se procede a firmar el consentimiento informado según la participación voluntaria. Posteriormente se realiza el levantamiento de datos, a través de la aplicación de los siguientes instrumentos: Inventario Ansiedad rasgo/estado (STAI); Inventario Depresión Estado/Rasgo (IDER). Escala de apreciación al Estrés (EAE). A continuación se procedió a realizar el análisis e interpretación de los resultados, junto con la respectiva socialización resultados (Cartilla) a la muestra participante e institución médica que facilitó el contacto.

RESULTADOS.

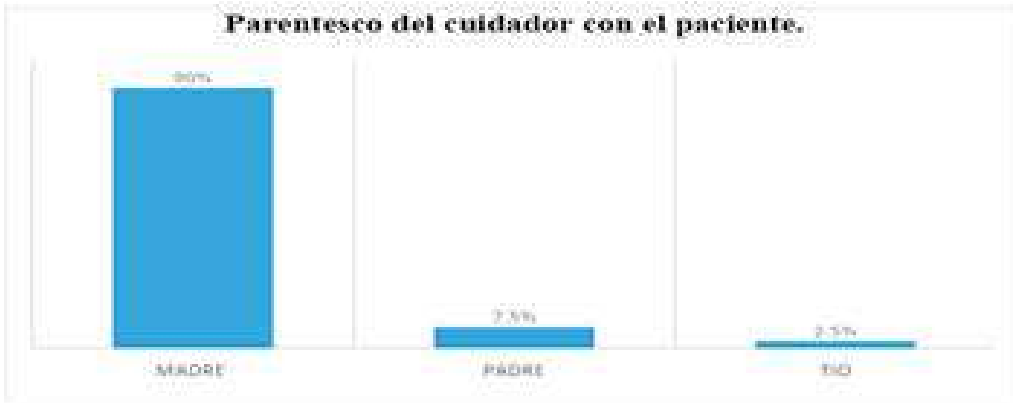
Tabla 1. Inventario de Ansiedad Estado/Rasgos STAI

Parentesco del cuidador con el paciente	Frecuencia	Porcentaje
Madre	36	90%
Padre	3	7,5%
Tío	1	2,5%
Total	40	100%

Fuente: Elaboración propia.



Ilustración 1. Parentesco del cuidador con el paciente.



La tabla 1 y la ilustración 1 muestran que el parentesco en relación al padre o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017 con

mayor porcentaje es la madre con un 90%, el 7,5% corresponde a padres y finalmente el 2,5% a tíos.

Tabla 2 Edad del cuidador.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 - 25	2	5,0%
26 - 32	12	30,0%
33 - 38	11	27,5%
39 - 44	13	32,5%
45 - 50	2	5,0%

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 2. Edad del cuidador



La tabla 2 y la ilustración 2 evidencian que la mayoría de padres o cuidadores principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de

Bucaramanga durante el año 2017, un 32,5% oscilan en edades entre los 39 y 44 años; seguido de un 30% para edades comprendidas



entre 26 a 32 años, un 27,5% para edades de 33 a 38 y finalmente un 20% en edades de 20 a 25 y 45 a 50 años paralelamente.

Tabla 3. Niveles de ansiedad estado en la muestra de padre o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Baja	4	10%
Ansiedad Media Baja	5	12,5%
Ansiedad Media Alta	17	42,5%
Ansiedad Alta	13	32,5%
Media Poblacional	1	2,50%
Total	40	100%

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 3. Niveles de ansiedad estado en la muestra de padre o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico



Fuente: Elaboración propia

La tabla 3 y la ilustración 3 muestran que el 42,5% de los padres o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017 que participaron en la prueba de ansiedad en estado puntuaron en ansiedad media, el 32,5% ansiedad alta, seguido del 12,5% ansiedad media baja, evidenciando en ansiedad baja el 10% y finalmente para la media poblacional el 2,5%.

Tabla 4. Niveles de ansiedad rasgo en la muestra de padre o cuidador principal de paciente on-

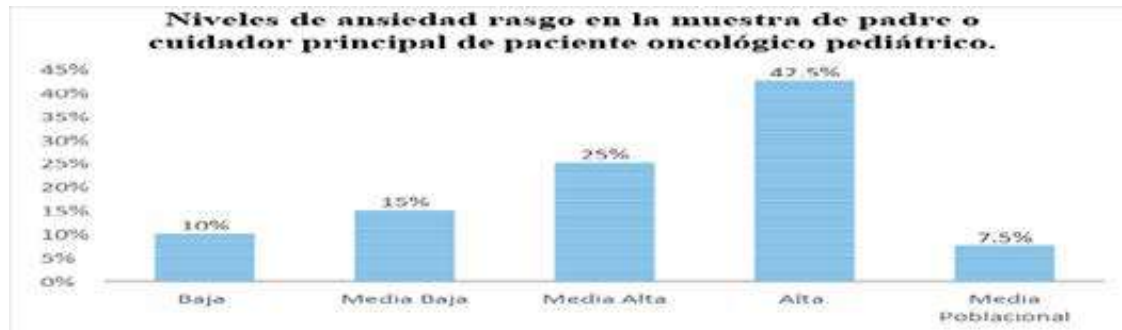
cológico pediátrico.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Baja	4	10%
Ansiedad Media Baja	6	15%
Ansiedad Media Alta	10	25%
Ansiedad Alta	17	42,5%
Media Poblacional	3	7,5%
Total	40	100%

Fuente: Elaboración propia.



Ilustración 4. Niveles de ansiedad rasgo en la muestra de padre o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico.



La tabla 4 y la ilustración 4 muestra que el 42,5% de los padres o cuidador principal de paciente oncológico pediátrica en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017 que participaron en la prueba de ansiedad en rasgo, puntuaron en ansiedad alta.

Por otro lado, el 25% puntuaron ansiedad media, seguido del 15% ansiedad media baja, un 10% en ansiedad baja y finalmente para la media poblacional el 7,5%.

Tabla 5. Nivel de ansiedad estado y ansiedad rasgo presente en la muestra de padre o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico de acuerdo a la variable de género.

Ansiedad Estado.					
Género	Media	Media	Media	Media	Media Poblacional
	Baja	Baja	Alta	Alta	
Femenino	4 10,8%	5 13,5%	15 40,5%	12 32,4%	1 2,7%
Masculino	0 0%	0 0%	2 66,6%	1 33,3%	0 0%

Ansiedad Rasgo.					
Género	Media	Media	Media	Media	Media Poblacional
	Baja	Baja	Alta	Alta	
Femenino	3 8,10%	6 16,2%	9 24,3%	15 40,5%	3 8,10%
Masculino	1 2,5%	0 0%	1 33,3%	2 66,6%	0 0%

Fuente: Elaboración propia



En la tabla 5 se observa que el género con mayor puntuación de la muestra de padres o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017 es el género femenino con un porcentaje considerable del 40,5% para ansiedad estado nivel media alta y para ansiedad rasgo nivel alta un 40,5%, seguido de ansiedad estado con un nivel alta de 32,4%, y para ansiedad rasgo nivel media alta 24,3%, así como un 13,5% corresponde a ansiedad estado nivel media baja y en ansiedad rasgo nivel media baja el

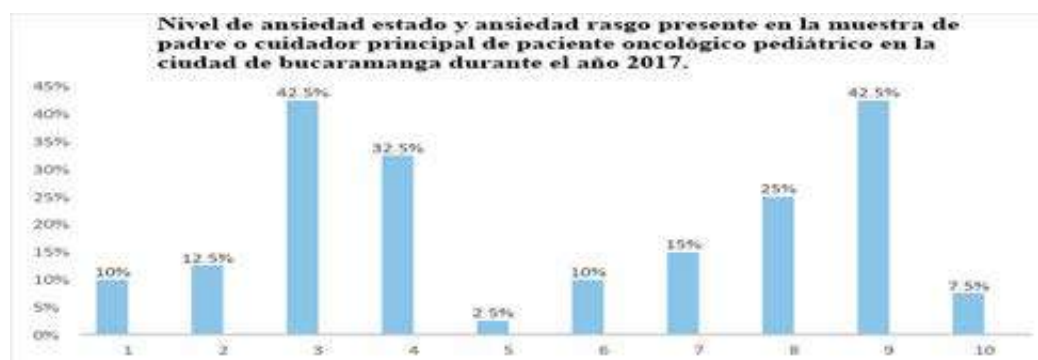
16,2%, por otro lado ansiedad estado nivel baja el 10,8% y media poblacional correspondiente al 2,7% para finalmente un 8,10% para ansiedad estado nivel bajo y media poblacional. Así mismo se evidencia la puntuación significativa para el género masculino en donde puntúan para ansiedad estado media alta 66,6% siendo el estado más significativo y ansiedad estado alta, el 33,3%, en relación a rasgo la mayor puntuación pertenece al nivel alta con un 66,6%, el 33,3% corresponde a ansiedad rasgo nivel media alta y finalmente el 2,5% perteneciente a la media poblacional.

Tabla 6. Nivel de ansiedad estado y ansiedad rasgo presente en la muestra de padre o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017.

Ansiedad Estado.				
Baja	Media Baja	Media Alta	Alta	Media Poblacional
4	5	17	13	1
10%	12,5%	42,5%	32,5%	2,5%
Ansiedad Rasgo.				
Baja	Media Baja	Media Alta	Alta	Media Poblacional
4	6	10	17	3
10,0%	15%	25%	42,5%	7,5%

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 5. Nivel de ansiedad estado y ansiedad rasgo presente en la muestra de padre o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017.





La tabla 6 y la ilustración 5 muestran que el 42,5% de los padres o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico que participaron en la muestra puntuaron con ansiedad rasgo alta, resaltando que este concepto hace referencia a la prolongación en el tiempo de la reacción

psicológica (ansiedad), por otra parte se observa que para ansiedad estado la mayor puntuación fue 42,5% en ansiedad estado media alta lo cual confirma el aumento en relación al tiempo de asimilación en el proceso de la enfermedad.

Tabla 7. Niveles de depresión estado y rasgo presente en la muestra de padre o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017 de acuerdo a la variable de género.

Género	Depresión Estado Percentil General	
	Frecuencia	Promedio
Femenino	14	37,8%
Masculino	2	66,6%
Género	Depresión Rasgo Percentil General	
	Frecuencia	Promedio
Femenino	9	24,3%
Masculino	1	33,3%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7 se observa que la mayoría del género femenino puntúa en un porcentaje considerable en depresión estado con un 37,8% y un 24,3% para depresión rasgo, de

igual manera se evidencia la puntuación para el género masculino de un 66,6% para depresión estado y 33,3% para depresión rasgo.

Tabla 8. Niveles de depresión estado Eutimia y Distimia en la muestra de padre o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017.

Depresión Estado.					
Subescala	Frecuencia	Porcentaje	Subescala	Frecuencia	Porcentaje
Eutimia	14	35%	Distimia	7	17,5%
Puntuaciones Normales	26	65%	Puntuaciones Normales	33	82,5%
Total	40	100%	total	40	100%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8 se presenta que de los participantes en la muestra de padres o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico de la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017, el 35% pun-

taron con depresión estado eutimia, así como para depresión estado distimia puntuaron un 17,5% y finalmente el 65% en eutimia y el 82,5% en distimia para puntuaciones normales respec-



tivamente, teniendo en cuenta los criterios de análisis de la prueba en donde los percentiles menores de 75 se interpretan como puntuaciones normales.

Tabla 9. Niveles de depresión Rasgo Eutimia y Distimia en la muestra de padre o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico durante el año 2017.

Depresión Rasgo.					
Subescala	Frecuencia	Porcentaje	Subescala	Frecuencia	Porcentaje
Eutimia	7	17,5%	distimia	13	32,5%
Puntuaciones Normales	33	82,5%	Puntuaciones Normales	27	67,5%
Total	40	100%	Total	40	100%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 9 muestra que un 17,5% de los padres o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico de la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017 en la muestra seleccionada puntu-

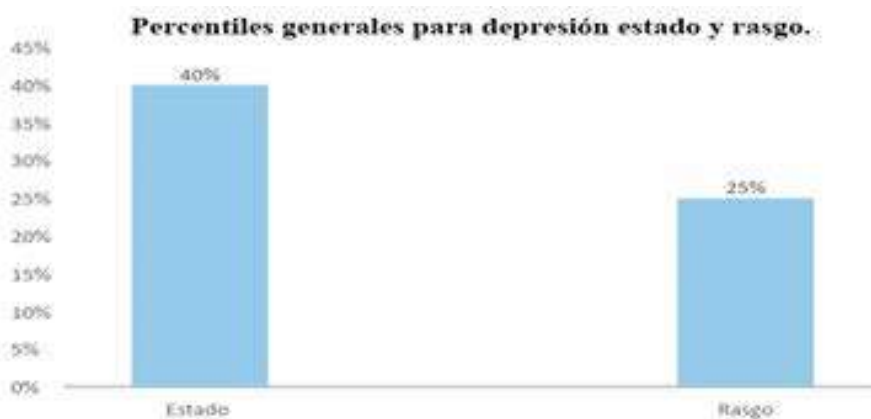
aron con depresión rasgo eutimia, un 32,5% para depresión rasgo distimia y 82,5% en eutimia y 67,5% en distimia para puntuaciones normales respectivamente.

Tabla 10. Percentiles generales para depresión estado y rasgo.

Percentil General	Frecuencia	Porcentaje
Estado	16	40%
Rasgo	10	25%

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 6. Percentiles generales para depresión estado y rasgo.





La tabla 10 y la ilustración 6, muestran los niveles de depresión en que puntuaron los padres o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico de la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017 en percentiles generales para la muestra de participantes con predominio de depresión estado con un promedio del 40% y un 25% para rasgo.

Escala de Apreciación al estrés EAE.

Tabla 11. Niveles de estrés presente en la muestra de padre o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017 de acuerdo a la variable de género

	Estrés		
	Bajo	Media Poblacional	Alto
Género	17 45,9	3	17
Femenino	% 1	8,1%	45,9%
Masculino	33,3 %	33,3%	33,3%

Fuente: Elaboración propia

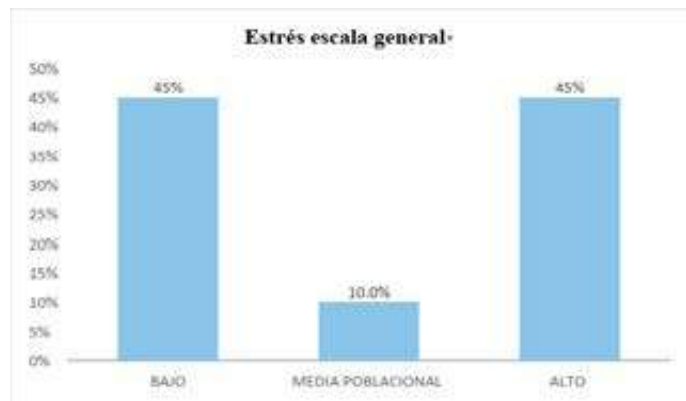
En la tabla 11 se observa que el género femenino es el de mayor puntuación con un porcentaje considerable en estrés nivel bajo y alto de un 45,9% para cada uno y un 8,1 % para media poblacional, de igual manera se evidencia la puntuación para el género masculino con un promedio general 33,3% para cada uno de los niveles evaluados.

Tabla 12. Niveles para estrés escala general en la muestra de padre o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017.

Estrés Escala General		
Media		
Bajo	poblacional	Alto
18	4	18
45%	10%	45%

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 7. Niveles para estrés escala general en la muestra de padre o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017.



La tabla 12 y la ilustración 7, muestran los resultados generales para la totalidad de la muestra en la escala de apreciación al estrés, en donde se evidencia que existe un paralelo entre nivel bajo y nivel alto con un 45% para cada parámetro, así como un 10% correspondiente a la media poblacional.



DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos de la muestra objeto de estudio padres o cuidador principal de niños o niñas diagnosticados/as con cáncer infantil, se deduce que la enfermedad oncológica pediátrica es una problemática a nivel mundial, puesto que el diagnóstico produce considerables afectaciones psicológicas para el paciente así como a su núcleo familiar, tal como lo plantean autores como Cortes, Bueno, Narváez, García y Guerrero, (2012) en donde hacen referencia a que en el proceso del diagnóstico tanto paciente como familiar atraviesan una situación de gran tensión emocional, generando un impacto con consecuencias físicas y psicológicas.

Por otra parte Sawyer et al. (2007), Citado por Cely, Duque y Capafons, (2013) consideran que las reacciones psicológicas son una serie de emociones que se desencadenan como consecuencia de una situación compleja en la vida de la persona, comprendidas algunas de estas como: ira, miedo, soledad, depresión y/o ansiedad, generando a su vez un cambio en el proceso de la dinámica familiar, de acuerdo a lo anterior y teniendo como base los resultados obtenidos se establece que las reacciones psicológicas más relevantes y significativas en el proceso de adaptación a la enfermedad en la condición de padre o cuidador del paciente oncológico pediátrico son ansiedad, depresión y estrés, teniendo en cuenta que dos de los instrumentos aplicados evalúan desde perspectivas diferentes conceptos independientes de ansiedad y depresión estado y rasgo.

Según Seisdedos (2015) ansiedad estado hace referencia a la condición emocional transitoria y ansiedad como rasgo a la propensión ansiosa relativamente estable en el tiempo. Por otro lado Agudelo y Buela (2008) afirman que depresión estado es el grado de afectación y depresión rasgo es la frecuencia de ocurrencia de los componentes afectivos de la depresión, es por

ello que en los resultados se evidencia como un grupo de catorce sujetos presentan alteraciones significativas en las reacciones psicológicas evaluadas teniendo en cuenta que en los tres instrumentos utilizados la puntuación se categorizo en un nivel alto, lo cual hace referencia a que este grupo de padres o cuidadores principales se encuentran vulnerables ante estas reacciones psicológicas como consecuencia del proceso de afrontamiento de la enfermedad del hijo o hija, así mismo en los resultados obtenidos nueve sujetos presentan niveles altos para ansiedad y depresión tanto para estado como para rasgo, de igual manera los demás sujetos pertenecientes a la muestra presentan puntuaciones no menos significativas pues se encuentran en niveles media alta para la reacción psicológica de ansiedad.

De acuerdo a lo anteriormente planteado, Rojas (2010) señala que la ansiedad es una respuesta normal que presenta la persona ante una situación de crisis, pero cuando la mencionada normalidad se ve alterada puede provocar una patología mental, por lo tanto la población objeto de estudio al no ser intervenida se encuentra propensa a presentar una mayor alteración psicológica.

Cabe destacar que una de las variables analizadas fue el parentesco del cuidador con el paciente en donde se halló que la madre se constituye como el cuidador principal del paciente oncológico pediátrico, tal como lo afirma Noel (2010) la madre es el integrante de la familia más involucrado en lo relacionado con el diagnóstico de la enfermedad con un 70% de participación, de igual manera refiere que las emociones negativas más frecuentes en este proceso son ansiedad, tristeza, angustia, estrés, miedo, impotencia y depresión, lo cual los datos obtenidos permiten evaluar las reacciones psicológicas presentes en esta población posterior de la confirmación del diagnóstico oncológico en un integrante de la familia.



Además otra de las variables tenida en cuenta fue la edad del padre o cuidador principal reflejando que el rango con mayor participación se sitúa entre los 39 y 44 años de edad, a partir de esto se tienen en cuenta los aportes realizados por Grau y Espada (2012) en donde consideran la respuesta que la familia presenta ante la enfermedad es emocionalmente compleja, teniendo en cuenta que sus miembros experimentan sentimientos de impotencia, agresividad, culpabilidad y ambivalencia. Por lo cual se puede sufrir un derrumbe psicológico comprendido como depresión o ansiedad y de la misma forma físico, en donde el cuidador puede enfermar o abandonar al enfermo, en contraste con lo anterior cabe mencionar que al estar presentes las reacciones psicológicas identificadas en especial para este rango de edades, se está expuesto a que las alteraciones emocionales conlleven al padre o cuidador principal al abandono involuntario del acompañamiento terapéutico.

Finalmente evaluar las reacciones psicológicas presentes en padres y/o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017, permite establecer que las principales reacciones psicológicas presentes en esta población son Ansiedad desde dos perspectivas estado y rasgo al igual que para depresión y estrés.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el análisis estadístico en la aplicación del inventario de ansiedad estado rasgo STAI, se puede concluir que el padre o cuidador de paciente oncológico pediátrico, presenta niveles altos de ansiedad tipo rasgo, lo cual hace referencia a la prolongación de la misma en el tiempo, frente a niveles medios de ansiedad tipo estado, indicando esto una predisposición a la ansiedad por la situación actual.

En promedio el 35% de los padres o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico presentan niveles altos en las tres inventarios de evaluación aplicados, es decir hay presencia de Ansiedad alto tanto para rasgo como para estado, al igual que depresión en rasgo y estado y finalmente estrés en nivel alto, con lo cual se puede identificar a estos participantes como un foco predominante para recibir intervención de carácter prioritario para de esta manera prevenir mayores alteraciones a nivel psicológico y se logre la adaptación necesaria para el proceso de afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico pediátrico.

Por otra parte se evidencia la importancia de ofrecer al padre o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico información de manera clara y asertiva sobre el diagnóstico y su tratamiento, atendiendo a toda clase de dudas que genere el proceso de la enfermedad ya que de esta manera se contribuye al bienestar psicológico del padre o cuidador principal, evitando a su vez niveles altos de ansiedad y estrés, teniendo en cuenta que la desinformación es un factor que genera un alto nivel de malestar psicológico en el cuidador.

Siendo necesaria la implementación de un plan terapéutico de intervención en donde se aborde de manera oportuna al padre o cuidador principal ante la sospecha o confirmación del diagnóstico oncológico del paciente pediátrico, esto con el fin de preparar y a su vez prevenir alteraciones emocionales que generen una respuesta desadaptativa ante la situación que deben enfrentar

En conclusión se consideró que existen diferentes variables que pueden interferir en el proceso de adaptación y asimilación al proceso del diagnóstico del cáncer infantil, comprendidas estas como: nivel socioeconómico, red de apoyo familiar, estado de salud físico, estados de gestación y nivel sociocultural, lo cual significa que de acuerdo al fortalecimiento en cada una de estas variables el padre o cuidador desarrollará



estrategias de afrontamiento significativas para el proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American cancer society, (2015) niños diagnosticados con cáncer: cómo afrontar el diagnóstico.

Arias, L, y Solano, J. (2012). *Evaluación de ansiedad rasgo y estado presente en un grupo de cuidadores de pacientes oncológicos pediátricos vinculados al hospital universitario de Santander (HUS)*. Tesis de pregrado no publicada. Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia.

Asociación Colombiana de Hemato oncología pediátrica (2011).

Ballestas Cueto, H., López Ortega, E., Meza Bustillo, R., Palencia Suárez, K., Ramos Polo, D., & Montalvo Prieto, A. (2013). Cuidadores familiares de niños con cáncer y su funcionalidad. *Salud Uninorte*, 29(2).

Buela, G y Agudelo, D. (2008). *Inventario de Depresión estado/ Rasgo*. Tea Ediciones. Madrid España.

Casado, M. (1994). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos*. Tesis. Madrid.

Casado, M. y Castellano, M. (2013). *Trastorno por estrés postraumático en la práctica médico-legal*. *Revista Española de Medicina Legal*, 39(1), 12-18.

Chacín, M., y Chacín, J. (2011). Estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer. *RevVenezOncol*, 23(3), 199 - 206.

Cely, J., Duque, C., Capafons, (2013). *Psicooncología pediátrica. Perspect. Psicol* 9 (2), 290 – 295.

Congreso de la república de Colombia (21 de enero de 2013). Ley de salud mental 1616 de 2013.

Cortes, F., Bueno, J., Narváez, A., García, A., y Guerrero, L. (2012). Funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología Unidad de psico – oncología, servicio de oncología médica, Hospital universitario 12 de Octubre. *Psicooncología*, 9 (2-3), 336 - 345.

De la Huerta, R., Corona, J., & Méndez, J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(1), 46-51.

Fernández, J y Mielgo, M. (2017). *Escala de apreciación del estrés*, Tea Ediciones Quinta edición. Madrid, España.

Ferrero, J. (1993) *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*, Valencia, Ed. Promolibro, 1993.

Galindo, O., Rojas, .E, Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, .M y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12 (1), 52 – 57.

Galindo, O., Rojas, E., Ascencio, L., Meneses, A., Aguilar, L., Olvera, E., Diez, F y Alvarado, S. (2015). Guía de práctica clínica para la atención psico-oncológica del cuidador primario informal de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12 (1), 81 – 93

Grau, C., y Espada, M. (2012) Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. *Psicooncología*, 12 (1) 126 – 134.



- Grau, C (2002) Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia. *Educación, Desarrollo y Diversidad*. 5 (2), 1 – 8.
- G Di Natale. G., Espinal. M., Sucre. I., Dávila. S., Hanssen. H Y Lechtig.A.(2012) Grados de depresión en niños con cáncer. *Revista Venez Oncol*.
- Llanta, M., Hernández, K., y Martínez, Y. (2015). Calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes oncopediátrico. Instituto nacional de oncología y radiobiología. Cuba.
- Ministerio de salud. (1993). Resolución 8430. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
- Montero, X., Jurado, S., Y Méndez, J. (2015). Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicooncología*, 12 (1), 68 – 80.
- Noel, G. (2010) Participación de la familia en la adaptación de niños y adolescentes que sobreviven al cáncer. *Anales* 11 (01), 73 - 85.
- Oliveros, E., Barrera, M., Martínez S., Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el Diagnóstico de Cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1,(2), 20 – 27.
- Organización mundial de la salud, 2014.
- Organización panamericana de la salud, 2014.
- Pintado, S. y Cruz, M. (2016). *Factores de resiliencia en niños y adolescentes con cáncer y su relación con el género y la edad*. Universidad de las Américas, Puebla, México.
- Rodríguez, M. (2006) *afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico*. Tesis de grado para optar el título de Doctorado en Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- Rojas, K. (2010) Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. Aportaciones originales.
- Sáenz, J. (1993) Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de psicología*, 9 (02) 134 – 137.
- Salcedo, M (2012). *Impacto psicosocial del cáncer en niños y adolescentes*. Colombia: Universidad Militar Nueva Granada.
- Santos, E., Gaíva, M., Espinosa, M., Babosa, D y Belasco, A. (2011). Cuidado del niño con cáncer: evaluación de la sobrecarga y calidad de vida de cuidadores. *Revista Latinoamericana de enfermagem*, 19 (3), 1- 9.
- Seisdedos, N. (2015). Cuestionario de ansiedad Estado/ Rasgo. Tea Ediciones Novena Edición. Madrid, España.
- Solana C. (2005) Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *S cielo* 28 (03) 157 – 163.
- Uribe, C., Amado, A., Zambrano. G., y Alarcón I. (2011). Cáncer infantil en el área metropolitana de Bucaramanga, Colombia, 2003 – 2007. *MedUnab*, 14 (02) 87 -92.
- Valencia, L. (2010) Afrontamiento del cuidador familiar ante la enfermedad oncológica en uno de Sus hijos. Tesis de pregrado. Universidad católica de Pereira Facultad Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación.



Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M.L. (2006).
La experiencia traumática desde
la psicología positiva: resiliencia y
crecimiento postraumático. *Papeles del
psicólogo*, 27(1), 40-49. Extraído el 25
de marzo de 2015,