

**Niveles de ansiedad en cuidadores de pacientes adultos atendidos en la Sociedad
Oncológica y Hematológica del Cesar- (SOHEC)**

**Galia Marcela González Valencia
Laura Carolina Ospino De La Rosa**

**Universidad Popular del Cesar
Facultad de Derecho Ciencias Políticas y Sociales
Programa de Psicología
Valledupar - Cesar
2019**

**Niveles de Ansiedad en cuidadores de pacientes adultos atendidos en la
Sociedad Oncológica y Hematológica del Cesar- (SOHEC)**

**Galia Marcela González Valencia
Laura Carolina Ospino De La Rosa**

Asesora metodológica

Dra. Doris Colina D Andrade

Asesora temática

Mgs. Nataly Gaviria

**Universidad Popular del Cesar
Facultad de Derecho Ciencias Políticas y Sociales
Programa de Psicología
Valledupar - Cesar
2019**

DEDICATORIA

A la memoria de mi hermosa madre, Galia Valencia Jiménez, quién me animó a investigar en este campo de estudio y, durante varios meses facilitó mi investigación compartiendo su enfermedad conmigo, orgullosamente fui su acompañante y viví en carne propia lo que se siente ser cuidadora de una paciente con cáncer, definitivamente esta fue una de las mejores experiencias de mi vida.

A ti madre querida te dedico esta investigación, fruto de nuestra vivencia, fruto de nuestro amor incondicional, fruto de nuestro empeño y dedicación. Te amo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Jehová mi Dios, su amor y bondad hacia mí, no tiene fin. A mi familia, por ser un pilar de esfuerzos, dedicación y paciencia para conmigo, a mi

Padre Le, por su empeño y cariño, me hicieron creer en mis fortalezas para culminar este estudio.

A mis Abuelos Joaquina y Alfonso, por enseñarme a escribir, a leer, por cultivar en mí su infinito amor, les agradeceré por su dedicación para conmigo siempre.

A mis Galias; Mi Madre querida por su apoyo y templanza durante toda mi vida, y a mi pequeña hija Galia Sofía, porque, aunque nació en medio de este estudio, me dio la fortaleza de avanzar y poder culminarlo.

A mi Esposo Mateo, por animarme cuando muchas veces quise caer, Él siempre estuvo y ha estado para mí, durante la enfermedad de mi madre y su prematuro fallecimiento, Gracias por ser mi fuerza.

Agradezco a los docentes del Departamento de Psicología de la Universidad Popular del César por cultivar en mí el amor por la psicología, en especial a mis asesoras de esta investigación; Dra. Doris Colina y Mgs. Nataly Gaviria, gracias una vez más por guiar este proyecto.

Mis más sinceros agradecimientos a SOHEC, por permitir que esta investigación fuera una realidad.

Por último, no me puedo olvidar de una mujer con tenacidad, que aparte de ser mi Tía fue mi asesora de tesis externa, la que siempre ha estado para mí en todo mi ciclo vital, es un ser incondicional, Te quiero mi sol, Nina.

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
Dedicatoria	3
Agradecimientos	4
Tabla de contenido	5
Lista de tablas	7
Resumen	8
Abstract	9
Introducción	10
Capítulo I	12
1. Problema de investigación	12
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación de la pregunta problema	16
2. Objetivos	16
2.1. Objetivo general	16
2.2. Objetivos específicos	16
3. Justificación	17
4. Delimitación del estudio	19
Capítulo II	20
5. Marco teórico	20
5.1. Antecedentes	20
5.2. Bases teóricas	28
5.2.1 La ansiedad como referente teórico	28
5.2.2 Síntomas psíquicos	31
5.2.3 Síntomas somáticos	32
5.2.4 Características sociodemográficas	34
5.3. Marco conceptual	35
5.3.1 Cuidador Primaria	36
5.3.2 Psicooncología	36
5.3.3 Ansiedad	36
5.3.4 Cáncer	37
5.4. Marco legal	37
6. Sistema de variable	39
Capítulo III	44
7. Marco metodológico	44
7.1. Tipo de investigación	44
7.2. Diseño de investigación	44
7.3. Población y muestra de la investigación	44
7.4. Método de muestreo	45
7.5. Técnica e instrumentos de recolección de datos	45
7.5.1. Fiabilidad y validez del instrumento	46
7.5.2. Sistematización y medición de datos	46

Capitulo IV	47
8.1. Resultados y discusión	47
8.1.1 Características sociodemográficas de la población sujeto de estudio	47
8.1.2 Síntomas psíquicos presentes en los cuidadores de pacientes oncológicos	54
8.1.3. Síntomas somáticos de los cuidadores sujetos de estudio	64
8.2. Conclusiones	72
8.3. Recomendaciones	75
8.4. Referencias Bibliográficas	76

LISTA DE TABLAS

	Pág
	.
Tabla 1. Distribución según sexo	48
Tabla 2. Distribución según edad	49
Tabla 3. Distribución estrato social	51
Tabla 4. Distribución escolaridad	53
Tabla 5. Distribución estado de ánimo ansioso	55
Tabla 6. Distribución Tensión	56
Tabla 7. Distribución Temores	58
Tabla 8. Distribución Insomnio	59
Tabla 9. Distribución Intelectual (cognitivo)	60
Tabla 10. Distribución Estado de ánimo deprimido	62
Tabla 11. Distribución Comportamiento en la entrevista	63
Tabla 12. Distribución síntomas somáticos (musculares)	65
Tabla 13. Distribución síntomas somáticos (sensoriales)	66
Tabla 14. Distribución síntomas cardiovasculares	67
Tabla 15. Distribución síntomas respiratorios	69
Tabla 16. Distribución síntomas gastrointestinales	70
Tabla 17. Distribución síntomas genitourinarios	71
	72

RESUMEN

Este proyecto de investigación fue de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental de corte transversal, el cual valoró los niveles de ansiedad en cuidadores de los pacientes oncológicos adultos atendidos en la Sociedad Oncológica y Hematológica del César (SOHEC). El método de muestreo utilizado fue el censo y según la verificación de los criterios de evaluación se estudiaron 60 participantes, en quienes se empleó la Escala de Ansiedad de Hamilton. Los resultados obtenidos permiten evidenciar que los niveles de ansiedad de los cuidadores tienen mayor énfasis en las características psíquicas porque las mayores respuestas de los participantes se situaron entre las dimensiones de moderado, grave y muy grave; a diferencia de los síntomas somáticos, los cuales reflejaron una mayor tendencia entre las dimensiones de ausente y moderado.

Palabras clave: Ansiedad, Cuidador, Oncológico.

ABSTRACT

This quantitative study with a cross-sectional not experimental design, evaluated the anxiety levels of the caregivers of cancer patients seen in the Oncology and Hematology Society of Cesar (SOHEC). It was used the census as a sampling method and according to the evaluation criteria was studied 60 participants using the Hamilton Anxiety Scale. The results show that the levels of anxiety of the caregivers have greater emphasis in psychic characteristics because their responses were between moderate, serious and very serious dimensions; opposite to the somatic symptoms, which reflected a greater tendency between the dimensions of absent and moderate.

Key Words: Anxiety, Caregiver, Oncological

Introducción

El diagnóstico de cáncer suele generar un impacto de carácter social, emocional y psicológico en el paciente y en su red de apoyo, la carga de la enfermedad y los tratamientos implican que el paciente y su cuidador transformen sus estilos de vida y empiecen a enfrentar situaciones como la discapacidad, la baja autoestima, la necesidad de más ingresos económicos y a su vez la percepción constante de la muerte del paciente.

Los cuidadores ejercen una función importante dentro del sistema de salud pues cooperan con la continuidad de la atención del paciente de una forma simultánea en el hogar y en los centros oncológicos, su interacción con este contexto social pueden conllevar a un deterioro continuo de su calidad de vida y generar deterioro en la salud física y mental desencadenado una sobrecarga emocional, en muchos casos acompañado de niveles de ansiedad elevados, situaciones de estrés, depresión, irritabilidad, entre otros.

Por lo anterior se realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar los niveles de ansiedad del cuidador del paciente oncológico adulto, la metodología está basada en la investigación científica. En el primer capítulo, se encuentra el planteamiento, la formulación del problema, los objetivos; general y específicos, la justificación y delimitación del estudio; el segundo capítulo denominado marco teórico contiene la argumentación teórica de las dimensiones e indicadores, bases teóricas y antecedentes; para el tercer capítulo se encuentra lo referente al marco metodológico, desde el tipo de investigación, la población establecida por medio del censo estadístico, técnica e instrumentos de recolección de datos y la medición de los mismos; finalmente, el cuarto capítulo llamado resultados de la investigación contemplo el análisis y

discusión de los resultados, las conclusiones donde se da respuesta a la formulación del problema y los objetivos, por último, las recomendaciones, generadas a partir de los resultados obtenidos con el fin de favorecer a los cuidadores de los pacientes oncológicos adultos de la Sociedad Oncológica y Hematológica del César (SOHEC).

.

CAPÍTULO I

1. Problema de investigación

1.1. Planteamiento del problema

El cáncer se puede catalogar entre las enfermedades con mayor carga de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, registrándose para el año 2015 al menos 8,8 millones de muertes por esta causa de las cuales un 70% ocurren en los países de ingresos medios y bajos debido a que esta enfermedad suele detectarse en etapas avanzadas y las personas tienen menos acceso a tratamientos en los servicios de salud (Organización Mundial de la salud, 2008).

Pese a los avances de la ciencia y la tecnología, esta enfermedad sigue cobrando vidas porque sus signos y síntomas no se hacen evidentes sino cuando el cáncer ha crecido lo suficiente para afectar otros órganos que están en lugares diferentes a donde se originó, pero usualmente los pacientes sufren manifestaciones dependiendo el lugar donde aparece, el tamaño y el nivel de afección a los órganos y tejidos. Es decir, el carcinoma tiene síntomas diversos y puede causar fiebre, cansancio o pérdida de peso cuando se produce por un tipo de células cancerosas dependiendo de la energía del cuerpo, pero en otros casos no porque su localización afecta otro tipo de sistemas y genera dificultad para respirar, dolor en los huesos, molestias en el pecho, anemia, masas, entre otros.

Al igual que la diversidad de síntomas y signos, el cáncer es concebido como un padecimiento multifactorial en donde muchos elementos se relacionan entre sí para provocar

su aparición en la vida de una persona, su familia y de la sociedad en general; por tanto, existirá una fuente amplia de factores de riesgos donde suele influir la herencia, estilos de vida inadecuados, x posición a los ambientes tóxicos propiciando la aparición de este padecimiento. Esta enfermedad se concibe como crónica y a la vez degenerativa, la cual consiste en una proliferación de células anormales extendiéndose más allá de lo usual y pudiendo invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos.

En la Región de las Américas, se proyecta para el año 2030 existirán 1,7 millones de casos de cáncer, y de esta cifra, 1 millón aproximadamente tendrá un desenlace fatal cada año. Estas estimaciones se realizan partiendo del hecho de que América Latina y el Caribe vienen presentando un crecimiento económico importante el cual señala un aumento en la calidad de vida de sus habitantes, pero no se puede dejar de lado. Sin embargo, a la par de estas transformaciones surgen los estilos de vida sedentarios, aumento en el consumo de alcohol y sustancias ilícitas, hábitos alimentarios inadecuados y contaminantes cancerígenos encontrados en el ambiente (Sapag, Lange, Campos & Piette, 2010).

En Colombia el cáncer se ha convertido en un problema de salud pública, según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Cancerología en Colombia aproximadamente 104 personas fallecieron diariamente a causa de esta enfermedad y 196 fueron diagnosticada en el año 2012.

Estas cifras demandan intervenciones eficaces para promover y aumentar la detección temprana y posteriormente evitar un aumento en la mortalidad de pacientes oncológicos en la población colombiana. Además, esta situación logra presentar cambios radicales a niveles psicoafectivos, sociales y económicos en el paciente y su cuidador (Ministerio de Salud, 2015).

En el departamento del César, la distribución de casos de pacientes adultos con cáncer

lo encabeza el municipio de Valledupar con un 69.34%, hoy en día en esta ciudad se encuentran varios centros oncológicos y especialistas en cirugía y radioterapia, entre esas Instituciones se destaca la Sociedad de Oncología y Hematología del César LTDA (SOHEC), quienes actualmente se dedican al diagnóstico, investigación y tratamiento de esta enfermedad, contando con un promedio de más de 500 pacientes con patologías de carcinomas diversos y proporcionando servicios de consulta externa de oncología clínica, hematología, ginecología oncológica, tratamiento de quimioterapia, radioterapia y braquiterapia, psicología y trabajo social.

El diagnóstico de cáncer suele generar un impacto de carácter social, emocional y psicológico no solo en el paciente, en consecuencia se extiende hacia su red de apoyo, en especial a la familia, la cual debe reorientar sus funciones para contribuir con el cuidado del mismo, porque el tratamiento y control de la enfermedad implican un cambio en sus estilos de vida, abandonando sus actividades cotidianas y enfrentándose a situaciones relacionadas con el cuidado como la discapacidad, la baja autoestima, necesidad de más ingresos económicos y a su vez la percepción constante de la muerte que impacta el estado emocional del binomio paciente- cuidador.

Los cuidadores son una figura de gran relevancia en el cuidado de los pacientes oncológicos porque se establecen como un elemento fundamental al ejercer las funciones de apoyo mutuo y cooperación requeridas para la continuidad de la atención y una excelente expectativa de sobrevivencia en este, dado que éste contará con los recursos familiares, sociales y psicológicos para fortalecer las habilidades y estrategias y afrontar con mayor fuerza la enfermedad; sin embargo, el cuidador es una figura excluida de los sistemas de salud porque la atención se centra exclusivamente en el paciente y deja de lado las afecciones físicas,

sociales y psicológicas la cual se derivan del cuidado y por consiguiente afectan la salud del acompañante.

Dentro de las afecciones de mayor impacto en la salud de los cuidadores primarios se destaca la depresión y la ansiedad, las cuales son consideradas como las principales causas de problemas de salud y discapacidad. La ansiedad está presente en por lo menos 260 millones de personas en todo el mundo; este trastorno mental se caracteriza por sentir miedo o preocupaciones recurrentes y con frecuencia se tienen presentimientos constantes de que algo malo va a suceder, posteriormente el individuo somatiza presentando síntomas como la inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, problemas para conciliar el sueño, entre otros (American Psychiatric Association, 2013). La Encuesta Nacional de Salud Mental en el 2015 arrojó como resultado amplias cifras de síntomas ansiosos en Colombia tanto en hombres como en mujeres entre edades de 18 a 45 años, por lo menos un 52,9% de las personas con uno o más síntomas de ansiedad, siendo el 59,3% de las mujeres y el 46,4% de los hombres.

Lo antes planteado llevo a realizar esta investigación sobre la posible ansiedad que podrían padecer los cuidadores primarios de los pacientes oncológicos debido a la sobrecarga generada donde pueden verse reflejados síntomas como tensiones, pérdida de energía, cansancio, aislamiento, situaciones de estrés, nerviosismo, irritabilidad, alteraciones en la ejecución habitual de su rol, sentimientos de desespero por la lentitud en la expedición de las órdenes médicas y con la constante percepción de la posible muerte del paciente, en consecuencia la persona cuidadora ve afectada su salud física y mental, su interacción con el contexto social llevándolo a un deterioro continuo de su calidad de vida, por lo anterior, es pertinente desarrollar un acompañamiento integral con acceso a programas de promoción de la

salud y prevención de la enfermedades garantes de la estabilidad psicológica del cuidador (Camacho, Hinostrosa & Jiménez, 2010). Partiendo de lo expuesto, es importante conocer la pregunta problematizadora de la presente investigación.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de ansiedad en los cuidadores primarios de los pacientes oncológicos adultos en la Sociedad Oncológica del César (SOHEC) de la ciudad de Valledupar- César?

2.Objetivos

2.1. Objetivo general

Determinar los niveles de ansiedad en los cuidadores primarios de los pacientes oncológicos adultos en la Sociedad Oncológica del César (SOHEC) de la ciudad de Valledupar.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas en los cuidadores de los pacientes oncológicos adultos.

- Describir los síntomas psíquicos de los niveles de ansiedad en los cuidadores de los pacientes oncológicos adultos.

- Detallar los síntomas somáticos de los niveles de ansiedad en los cuidadores de los pacientes oncológicos adultos.

3. Justificación

El presente trabajo investigativo tendrá relevancia al abordar la relación entre los niveles de ansiedad y la calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes adultos oncológicos partiendo del hecho que estos absorben la carga principal de los cuidados fundamentales del enfermo, por ende este estudio será importante desde la psicología de la salud debido al incremento mundial de las cifras de personas que padecen del síndrome del cuidador primario y de las consecuencias ocasionadas para la salud física y mental de la misma.

La razón que motiva este estudio es poder determinar si existen niveles de ansiedad asociados al deterioro de la salud del cuidador, porque la sobrecarga es un tema de interés y preocupación en la actualidad dado el impacto de la misma en el modo de vida y desgaste como consecuencia de ver cómo el paciente va perdiendo las facultades físicas y psíquicas conforme avanza la enfermedad. Dicho lo anterior esta investigación tiene como finalidad describir los niveles de ansiedad en los cuidadores primarios de los pacientes adultos de la Sociedad Oncológica del César de la ciudad de Valledupar, con la intención de abonar el tema de la influencia de la ansiedad en la salud física y mental de estos.

Por otro lado con esta indagación se generará un aporte a la sociedad desde el campo de la psicología de la salud, brindando de manera gradual el bienestar subjetivo, psicológico y social al cuidador familiar, de la misma forma se debe planificar planes de psicoeducación para establecer límites de desempeño de su tarea y poder delegar algunas funciones a otros familiares o amigos, además del acceso a programas que garanticen su estabilidad psicológica y el entendimiento de la situación, inscripción a planes recreacionales, días de descanso y socialización con su red de apoyo.

Por consiguiente, esta investigación será de gran utilidad para la población de cuidadores primarios de los pacientes oncológicos en SOHEC –Valledupar, como primera medida las personas que identifiquen los factores de riesgos existentes contra la salud mental tendrán mayores elementos y potenciarán las habilidades y destrezas requeridas para contrarrestar los efectos del acto de cuidado. Además, las instituciones de salud dispondrán de un mayor cúmulo de conocimientos para sustentar programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, especialmente aquellos relacionados con el cuidado de pacientes oncológicos con miras a mejorar la calidad de vida de los pacientes y su cuidador.

Otro de los aportes a los cuidadores primarios está el hecho de que a partir de este estudio y la socialización de sus resultados con los actores involucrados se estará reconociendo la importante labor realizada por estas personas en su mayoría invisibles porque los servicios de salud no contemplan acciones para fortalecerlos y el resto de la familia les confiere dicha responsabilidad sin cuestionarse el tipo de apoyo requerido; así las cosas, se podrá visibilizar el rol de los cuidadores primarios y se destacará la importancia en la recuperación del paciente oncológico.

Por último, se espera con esta investigación aportar elementos metodológicos y fortalecer

las bases de la Psicooncología en términos de establecer la relación entre el cáncer y otras variables biopsicosociales que actúan como determinantes en el proceso de salud enfermedad del paciente y sus familias. Además, los resultados derivados de la misma servirán como antecedentes para el desarrollo de próximas investigaciones cuyos objetivos contemplen la valoración de los niveles de ansiedad en cuidadores primarios de los pacientes oncológicos, por tanto, ofrecerán diferentes perspectivas para la búsqueda de alternativas al problema planteado en la investigación.

4.Delimitación

Esta investigación tuvo como temática los niveles de ansiedad en cuidadores de pacientes oncológicos adultos, la cual se inserta en la línea de la psicología clínica y de la salud, con el tema de niveles de ansiedad, para ello se apoya en autores como la Organización mundial de la salud, (Sapag et al., 2010) y el Observatorio Nacional de Cáncer en Colombia, Ministerio de Salud Nacional realizado en el año 2015, entre otros. La población estaba conformada por los cuidadores primarios de los pacientes oncológicos adultos, se recolectó la información en las Instalaciones de la Sociedad Oncológica y Hematológica del César. Este estudio se llevó a cabo en el tiempo comprendido de febrero de 2018 a febrero de 2019.

CAPÍTULO II

5.Marco teórico referencial

5.1. Antecedentes

Los estudios realizados en el área de la psicooncología han permitido desentrañar una serie de variables y categorías importantes para comprender las dinámicas internas y externas de los pacientes que desarrollan una patología oncológica, pero también en menor medida, permiten comprender las implicaciones de esta afección, en la salud física, emocional y mental de los cuidadores primarios de dichos pacientes. Por lo anterior y como parte del sustento del presente estudio, a continuación, se procede a exponer los hallazgos de diversas exploraciones e indagaciones desarrolladas a nivel mundial y local, referentes al impacto psicológico y emocional de los cuidadores de paciente con cáncer.

La primera investigación que se trae a colación, es la que desarrolló Cabral, Delgadillo, Flores & Sánchez (2014) denominada Manejo de la ansiedad en el paciente pediátrico oncológico y su cuidador durante su hospitalización a través de la musicoterapia, la cual se llevó a cabo con 112 pacientes pediátricos oncológicos y 128 cuidadores y cuidadoras de estos niños y adolescentes internados en el Hospital Civil de Guadalajara México. En este estudio se buscó analizar el impacto generado por la musicoterapia en la reducción de los niveles de ansiedad tanto en los pacientes como en sus cuidadores, viendo la musicoterapia como una técnica complementaria para el acompañamiento psicosocial de estos pacientes, eficiente para la reducción de la ansiedad y otras afectaciones psicológicas y emocionales las cuales se pueden

producir en el marco del desarrollo evolutivo del cáncer.

Para corroborar la influencia de esta técnica en la disminución de los niveles de ansiedad, utilizaron dos escalas; la primera correspondió a la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada, la cual fue aplicada a los niños y adolescentes que estaban recibiendo tratamiento para su enfermedad, y la segunda fue la Escala de Ansiedad de Hamilton, para medir los niveles de ansiedad en los cuidadores. Los autores de esta investigación, aplicaron los anteriores instrumentos en el marco de un diseño metodológico cuasi experimental analítico transversal, así como también bajo los parámetros de un tipo de estudio controlado no aleatorio con un grupo de intervención y otro de testigo.

Dentro de los resultados obtenidos en la investigación, se puede resaltar importantes efectos de la musicoterapia como mecanismo para disminuir la ansiedad en los cuidadores, así mismo, se pudo determinar variaciones en esta técnica según su impacto, en aspectos sociodemográficos como el género, la edad, el nivel escolar, entre otros. De igual forma, los investigadores hallaron que más del 60% de los cuidadores primarios son mujeres.

Además, se puede señalar en concordancia con los resultados de la investigación la existencia de una realidad en torno al considerar la hospitalización de las personas con afectaciones oncológicas como un detonante de los niveles de ansiedad en los familiares pero principalmente en quienes asumen el rol de cuidadores o cuidadoras, por ello se resalta continuamente, la necesidad de velar por el estado emocional de estas personas pues son quienes pueden permear al paciente sin distinción alguna sentimientos y emociones que contribuyan a generar un buen estado de ánimo para seguir afrontando el tratamiento.

En Latinoamérica y el Caribe, México es uno de los países que más está contribuyendo a la producción de nuevos conocimientos frente a las situaciones y realidades derivadas a partir de

la vivencia del cáncer, tanto desde el punto de vista de los pacientes, así como el de los cuidadores y familiares, por ello se expone a continuación los resultados obtenidos en la investigación titulada Nivel de depresión en el cuidador primario del paciente con cáncer, realizada por Carreón, Pérez, & Olague (2014) en instalaciones del Instituto Mexicano de Seguridad Social en el Estado de Morelia, Michoacán-México.

El objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de depresión en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer, para lo cual los investigadores seleccionaron una muestra equivalente a 113 cuidadores quienes se convirtieron en los sujetos del estudio, cabe resaltar que pese a ser una indagación que cuyo eje central era la depresión, también se encontraron hallazgos referentes a los niveles de ansiedad desarrollados por los familiares o cuidadores de estos pacientes, gracias a la utilización de la Escala de Depresión de Zung, de esta forma el estudio se dio de forma transversal.

Se reconoce a partir del estudio que los niveles de ansiedad y las afectaciones emocionales o psicológicas se desarrollan en mayor magnitud en los cuidadores cuyas familias no cuentan con los recursos económicos suficientes para afrontar el tratamiento del paciente, por tanto en los intervalos de tiempo donde se encuentran solos o sin realizar actividad alguna durante el cuidado de los pacientes, la incertidumbre sobre el factor monetario, sumado a los posibles resultados adversos en el tratamiento de su familiar o de la persona sujeto de cuidado, se convierten en factores detonantes de su estabilidad emocional, desarrollando por consiguiente un cuadro de ansiedad generador de efectos negativos en el estado del paciente.

Otra investigación importante es la realizada por Galindo, Meneses, Herrera, Caballero, & Aguilar (2015) funcionarios del Instituto Nacional de Cancerología de México, quienes a través del artículo científico titulado “Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en

cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas” dieron a conocer algunos resultados de su trabajo investigativo, en el cual ratifican la familia como principal fuente productora de cuidadores y cuidadoras de pacientes oncológicos en el mundo, confiriendo así cierta importancia a la solidificación y unidad familiar en caso de que uno de sus miembros sea diagnosticado con una patología cancerígena, evitando de esta forma la aparición de niveles de ansiedad, estrés, depresión, etcétera, más elevados de lo normal tanto en el paciente diagnosticado como en su cuidador.

Por lo anterior, el grupo de investigadores determinó que el cáncer también afecta exponencialmente a los cuidadores. Esta investigación se desarrolló con un número de 200 cuidadores y cuidadoras abordados en el Instituto Nacional de Cancerología de México, durante julio de 2014 a febrero de 2015, haciendo uso metodológico para extraer la información de análisis, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983, siendo complementada con la Escala de Evaluación de Desgaste de Cuidadores Primarios desarrollada por Zarit en el año 1980.

Los resultados de esta investigación permiten corroborar los hallazgos de las anteriores, referente a la prevalencia de mayorías femeninas entre los cuidadores de pacientes oncológicos, en este caso con un 65%, de igual forma el 48% de las personas sujetos del estudio sufren de algún padecimiento o afectación a su salud, tales como diabetes, hipertensión arterial entre otros, además, los cuidadores anteponen la salud de su familiar a la suya, y las enfermedades identificadas sumadas al estrés, depresión o a la ansiedad pueden desarrollarse en niveles más avanzados afectando definitivamente el buen estado de salud de los cuidadores.

En este mismo país se realizó otra investigación basada en los efectos de la solución de problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en

fase paliativa, este fue un estudio piloto, los participantes fueron cuidadores primarios de pacientes atendidos en el Programa de Atención y Cuidados en Oncología del Instituto Nacional de Cancerología, Se efectuó un muestreo no probabilístico de cuidadores voluntarios y fueron incluidos aquellos que aceptaron colaborar entre los meses de septiembre y diciembre del 2011, esto fue ejecutado por los autores Rangel, Ascencio, Ornelas, Allende, Landa & Suarez (2013).

Los participantes comentaban durante la entrevista que frecuentemente vivenciaban síntomas somáticos como dolor de cabeza, retorcijones en el estómago, malestar general y molestias musculares originadas por las preocupaciones y el estrés de tener a su familiar padeciendo cáncer.

Por lo anterior y en concordancia con los autores de la investigación, se deben realizar las modificaciones necesarias a las políticas de atención para pacientes oncológicos con el fin de que no solamente consideren trabajar por el bienestar y la recuperación de dicho paciente, sino también se puedan crear los mecanismos y las estrategias pertinentes para asegurar un bienestar emocional, psicológico y físico de sus cuidadores primarios, potenciando así la atención integral a la diada paciente-cuidador, la cual históricamente no ha sido reconocida por las políticas y leyes promotoras de la atención en salud en países como los latinoamericanos.

En Colombia los estudios e investigaciones desde áreas académicas como la psicología de la salud, se han bifurcado en torno a temas relevantes y de gran importancia ocupando gran espacio en el escenario de las disertaciones científicas y académicas, pero a su vez han descuidado categorías y factores de análisis fundamentales para entender la cotidianidad de la diada paciente-cuidador, pero especialmente este último, generando un sentimiento de desconocimiento sobre lo que significa ser y auto reconocerse como cuidador primario

especialmente de pacientes con afectaciones oncológicas, pues las investigaciones

realizadas en Colombia en torno a estos sujetos, se desarrollan principalmente en el marco de enfermedades crónicas no transmisibles distintas al cáncer.

El Instituto Nacional de Cancerología en el año 2015 realizó un análisis de la situación del cáncer en Colombia, donde se destacó que el Sistema General de Seguridad Social en Salud debe orientar sus esfuerzos hacia una gestión más integral, debido a que la atención de la enfermedad implica por lo general tratamientos largos y costosos, además debe proporcionar un abordaje multidisciplinario y el empleo de múltiples tecnologías en salud, muchas de ellas exclusivas. Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución No. 5261 de 1994, la cual enuncia que en Colombia las Entidades Prestadoras de Salud subsidiadas o contributivas tienen el deber de costear los medicamentos POS y NO POS de los pacientes oncológicos.

Tras un rastreo por la literatura nacional y el respectivo proceso de selección de las investigaciones y estudios realizados según la pertinencia con el objeto de estudio de la presente investigación, a continuación, se referencian las investigaciones con mayor relevancia y pertinencia que permitan ilustrar o comprender aún más las realidades vividas por los cuidadores primarios de pacientes oncológicos en Colombia.

La presentación de los antecedentes nacionales inicia con la investigación desarrollada por Carreño & Chaparro (2014) enmarcada en el Programa para la Disminución de la Carga de la Enfermedad Crónica no Transmisible en Colombia, ejecutado durante el año 2014 y financiado por Colciencias, del cual las investigadoras extrajeron un apartado que buscaba identificar la agrupación de los cuidadores familiares en Colombia, construyendo su perfil, habilidad del cuidado y la sobrecarga la cual tienen los cuidadores en Colombia.

Este estudio se realizó con 1137 cuidadores familiares de pacientes con Enfermedades

Crónicas No Transmisibles procedentes de las cinco regiones geográficas del país, a los cuales les aplicaron tres instrumentos: Encuesta de Caracterización de la Diada Paciente-Cuidador; el Inventario de Habilidad del Cuidado de Ngozi Nkongho y la Entrevista de Sobrecarga de Zarit.

Como resultado de la aplicación de los instrumentos mencionados anteriormente, se obtuvo la conformación de cuatro grupos de cuidadores, según criterios de homogeneidad siendo la región de procedencia el principal factor para el agrupamiento, seguido del género, la escolaridad, las horas dedicadas al cuidado, entre otros.

Según las conclusiones extraídas los factores sociodemográficos dieron cuenta de mayorías femeninas, con bajos niveles de escolaridad, sin vinculación laboral formal alguna, con condiciones económicas deficientes, factores que, sumados al estado de salud del paciente, terminan desencadenando o aumentando los niveles de estrés y ansiedad en los cuidadores.

En el año 2009, los autores Papalia, Sterns, Duskin y Camp, establecieron las etapas del ciclo vital las cuales se dividen en; adultez joven que abarca las edades de los 19 hasta los 40 años, adultez media contiene las edades de 40 a 60 años y el adulto mayor o también conocida como adultez tardía engloba las edades de 60 años en adelante. Teniendo en cuenta lo anterior, en la investigación realizada por Carreño & Chaparro se identificó que el porcentaje con mayor frecuencia de las edades de los cuidadores fue entre las etapas de la adultez joven y la adultez media.

Otra investigación importante a nivel nacional fue la realizada por, Ovallos & Velásquez (2012) en la Clínica de Cancerología de San José de Cúcuta donde participaron 170 acompañantes, a los cuales se les aplicó la Encuesta de Caracterización Sociodemográfica y la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, los resultados obtenidos fueron que el grado de sobrecarga es alto con un 79,4%. Así mismo, en la dimensión física, psíquica, social y

económica se reportó el mismo comportamiento. Tal situación evidencia la intensa carga que ocasiona el hecho de cuidar a un paciente oncológico, por tal razón Freud (Como se cita en Campos, 2015) señala que cuando el sujeto se enfrenta a una situación de peligro o siente que se encuentra ante la pérdida de un ser querido que le representa amor se inicia un proceso interno que conduce al Yo a la conformación del síntoma psíquico que se emplea para escapar de la situación que lo agobia.

Por último se hace necesario fomentar el interés en la revisión de los antecedentes de investigaciones relacionadas con el cáncer y su afrontamiento en el paciente y su cuidador por parte de la psicología a nivel local, regional y nacional, debido a que los estudios relacionados con la eficacia del seguimiento psicológico en el paciente oncológico y su cuidador son todavía escasos, teniendo en cuenta que la psicooncología es una disciplina relativamente nueva y poco explorada.

5.2. Bases teóricas

Para el desarrollo de la presente investigación, resulto esencial contar con un marco teórico sólido que permitiera no solo desarrollar el estudio, sino también que fuera útil para comprender y analizar los resultados obtenidos, por ello en este apartado se realizó un esbozo de los lineamientos teóricos para este estudio, constituyéndose como principal referente la teoría y disertaciones sobre la ansiedad y cómo esta se puede desarrollar en los cuidadores primarios de los pacientes.

5.2.1. La ansiedad como referente teórico. La ansiedad es un factor intrínseco en los humanos, la cual ha sido abordada desde diversas perspectivas y puntos de vista de la **psicología,**

por ello en esta investigación se recogerán los postulados integradores en una sola conceptualización o interpretación, el mayor número de variables que componen de manera holística la ansiedad.

En primer lugar, es necesario señalar la diferencia entre el miedo y la ansiedad, pues el primero es visto como un producto de estímulos presentes, es decir, la perturbación sentida de los sujetos ante situaciones del momento o que ya han pasado, mientras tanto la ansiedad es el estado emocional, psicológico e inclusive físico desarrollado por los sujetos, producto de la anticipación de posibles peligros futuros, los cuales son impredecibles y en algunos casos irrealizables. En todo caso, el exceso y mal tratamiento del miedo o la ansiedad, pueden generar trastornos patológicos en los sujetos tanto a nivel psicológico, emocional y físico, por lo cual resulta ser un tema de mucho cuidado.

Muchas veces los niveles de ansiedad desarrollados por las personas, son producto o están influenciados por las vivencias y predisposiciones en los sujetos, como resultado de las experiencias anteriores, siendo la niñez el punto donde principalmente se desarrollan estos traumas generadores de ansiedad, por ello es importante considerar que este constructo teórico esta transversalizado por los factores biológicos, vivenciales o aprendidos, factores importantes a la hora de analizar y comprender la ansiedad generados en los cuidadores primarios de pacientes oncológicos.

Por consiguiente, la ansiedad es un estado que incluye constructos de estrés y amenaza desarrollados a través de una secuencia de eventos de naturaleza cognoscitiva, afectiva, psicológica y comportamental, cuyo proceso puede ser iniciado por un estímulo estresante externo percibido como peligro, de la misma forma también puede ser provocado por un estímulo interno, tal como un pensamiento generador de zozobra y angustia.

Para concluir este primer apartado relacionado con la concepción de ansiedad, es importante señalar la definición planteada por Sierra, Ortega & Zubeidat (2003), quienes veían la ansiedad como un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

Esta definición encuadra en la teoría tridimensional de la ansiedad planteada por Lang (1968), donde esta es concebida a través de reacciones agrupadas en tres categorías como la cognitiva o subjetiva, la fisiológica y la motora o comportamental, las cuales se encuentran correlacionadas entre sí, permitiendo comprender la ansiedad como un estado dinámico y diverso entre los sujetos, que se puede presentar de manera totalmente diferenciada en cada uno.

Con base a lo anterior Castellano, Guarnizo & Salamanca (2011), plantean la existencia de un nivel de ansiedad denominado umbral emocional o estado normal de ansiedad, el cual beneficia al individuo en diversas actividades, sin embargo, cuando los niveles de ansiedad pasan este umbral se manifiesta un deterioro en las actividades cotidianas tales como el trabajo, la vida familiar, los quehaceres domésticos, las actividades escolares, entre otros; esto conlleva decrecimiento del rendimiento esperado indicando el inicio de un posible trastorno de ansiedad.

También existen los niveles de ansiedad saludables como formas de reducir la ansiedad; estos pueden ser: realizar un deporte, pasear, disponer de tiempo libre, informarse, buscar ayuda, entre otros factores. Teniendo en cuenta que en niveles bajos la ansiedad puede ser beneficiosa para el desempeño humano, pues crea estímulos necesarios para el individuo dotándolo de habilidades para reaccionar ante las diversas situaciones del diario vivir, en contraste, alcanzar

los niveles más altos impide el desarrollo integral de la persona.

Por otro lado, los autores Jarne, Talam, Armayones, Horta & Requena (2008), distinguen tres áreas en las que repercute la ansiedad: en el área cognitiva, se puede definir como temor, sentimientos pesimistas, preocupación, problemas de memoria y concentración, también se encuentra el área conductual y se reconocen factores como irritabilidad, tensión, temblores, discusiones y por último se encuentra el área somática, donde se ve implicado el funcionamiento del organismo.

Contextualizando con el tema de esta investigación, los cuidadores de los pacientes oncológicos tienden a vivenciar situaciones de estrés, tensiones, agotamiento, desgaste de su salud física y mental, que se vuelven a su vez indicadores de los niveles de ansiedad conllevando a un deterioro continuo de la calidad de vida y en la mayoría de las veces son desconocidas y poco tratadas por el equipo de salud, siempre centrándose en el paciente oncológico, más no en su red de apoyo, familiares o cuidadores.

Se contrasta lo anterior con la teoría de los autores antes mencionados quienes plantean la existencia de un nivel de ansiedad denominado umbral emocional y cuando estos límites sobrepasan el individuo empieza a experimentar la somatización de la sobrecarga que está llevando en el momento, de la misma manera sucede con los cuidadores de los pacientes oncológicos cuando están expuestos a situaciones de estrés generadores de ansiedad como: la no autorización a tiempo de las órdenes para las quimioterapias o radioterapias requeridas en el tratamiento del paciente, la poca recuperación de la vitalidad del enfermo y el profundo miedo a la muerte de este.

5.2.2. Síntomas psíquicos: Para comprender el desarrollo de la ansiedad en los cuidadores primarios de los pacientes oncológicos, es importante hablar de síntomas psíquicos, pues estos poseen un carácter estrictamente subjetivo el cual permite comprender y analizar la percepción de los sujetos.

Además, según Bernal (2010), el estudio del padecimiento psíquico ha permitido demostrar que los síntomas psíquicos no son simplemente un trastorno o una disfunción mental en el paciente.

Berrios (2011), señala que los síntomas psíquicos representan tanto los indicadores de la enfermedad como la enfermedad misma y se pueden dividir en: (a) afecciones subjetivas (por ejemplo, sentirse ansioso, deprimido, irritable, escuchar voces, etc.), y (b) signos y comportamientos determinados por los clínicos por medio de la observación o de instrumentos (por ejemplo, delirios, trastorno del pensamiento, retraso psicomotor, déficit cognitivo, desinhibición, apatía, etc.).Consecuentemente con lo anterior Campos (2015), afirma que:

Para el psicoanálisis el síntoma psíquico cuenta con una estructura particular que lo coloca en un lugar de importancia, respecto a las otras manifestaciones inconscientes, para direccionar la cura. Éste se traduce como la enfermedad, pero al mismo tiempo es a través de él que el sujeto hace un intento de curación. Indica con su síntoma psíquico lo que le está perturbando. (p.22)

Por tanto, los síntomas psíquicos suelen ser constructos personales de un determinado individuo quien le da sentido o significado basado en su experiencia personal, a su vez los cuidadores de los pacientes oncológicos deben de notar una diferencia en su estado actual y su estado normal, representando así indicadores psíquicos cuando los niveles de ansiedad están altos, tales como; temores, insomnio, estado de ánimo deprimido,

dificultad a nivel intelectual (cognitivo), entre otros.

5.3. Síntomas somáticos

Es importante incluir el concepto de somatización dentro de la investigación, pues se ha evidenciado la aparición de estos síntomas en personas que manejan niveles de ansiedad alto, de igual forma, conviene analizar de manera integral las implicaciones acarreadas a esta situación y como se encuentran expuestos los cuidadores y cuidadores de pacientes oncológicos.

Lipowski (1990), define la somatización “como una tendencia a experimentar y comunicar tensión somática y síntomas no establecidos en los hallazgos patológicos, a atribuir estos síntomas a una enfermedad física y a buscar ayuda por ellos” (p.2). El autor a su vez también afirma que la somatización cuenta con tres aspectos básicos: el aspecto experiencial, es decir como el paciente de manera subjetiva percibe el dolor, un aspecto cognitivo el cual se refiere a la interpretación de los síntomas del individuo y un aspecto conductual indicando cómo el paciente reacciona al dolor y como lo maneja.

Por lo tanto, la somatización es uno de los problemas con más frecuencia que se encargan los médicos en la atención primaria. Bass (1990), refiere que es un término con gran amplitud que incluye fenómenos clínicos y una variedad de malestares a nivel corporal animando al paciente a buscar ayuda médica atribuyéndolo a una enfermedad orgánica.

Abbey (Citado por Muñoz, 2009), refiere que en el contexto clínico la somatización hace referencia a un complejo proceso cognitivo, afectivo y conductual, en el que los pacientes, en respuesta a situaciones vitales estresantes, experimentan y comunican diversos síntomas físicos. Desde el punto de vista psicológico se puede catalogar como un mecanismo de defensa

inconsciente de una persona sin proponérselo, convirtiendo el malestar emocional en un síntoma físico y surgiendo una asociación entre los procesos mentales y corporales en el ser humano.

5.4. Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas suelen ser indicadores sociales, económicos y demográficos los cuales permiten fraccionar y así definir la población a la que se va a trabajar, la información aportada por la descripción sociodemográfica permite acceder a una aproximación de los estilos de vida de los objetos de estudio. (Equipo Sayeftya, 2017).

Según el observatorio económico social UNR (2015), las características sociodemográficas muestran la situación y evolución social de un país por medio de indicadores con niveles de análisis, llegando hasta los individuos, familias o grupos que componen la población de interés.

El Decreto 1072 de 2015 en su Artículo 2.2.24.6.2 define la descripción sociodemográfica, así: “Perfil sociodemográfico de la población trabajadora, que incluye la descripción de las características sociales y demográficas de un grupo de trabajadores, tales como: grado de escolaridad, ingresos, lugar de residencia, composición familiar, estrato socioeconómico, estado civil, raza, ocupación, área de trabajo, edad, sexo y turno de trabajo.”

Hablar de las características sociodemográficas en una investigación sobre la manifestación de la ansiedad y sus efectos en las personas, es entender la importancia que cobran factores contextuales, sociales y demográficos las cuales marcan a los cuidadores y su influencia en la reproducción de la ansiedad. Además, conceptualmente se pueden entender los indicadores sociodemográficos, como esas características propias de los seres humanos en cuanto a sus

indicadores sociales, económicos y demográficos, permitiendo definir o categorizar inicialmente a las personas y conocer la influencia de estos en determinantes realidades o problemáticas.

Este concepto permite introducir a la disertación, la necesidad de entender la ansiedad en los cuidadores primarios como la suma de múltiples factores externos e internos que lo sobrecargan, los cuales mal manejados pueden acarrear implicaciones negativas en los cuidadores.

5.5. Marco Conceptual

5.5.1. Cuidador Primario: El cuidador principal o primario es aquel que dedica mayor parte de su tiempo al acompañamiento asistencial de cualquier tipo de paciente en condición de dependencia y requieren un acompañamiento, actividad la cual trasciende inclusive los muros del hospital o centro asistencial donde el enfermo sea atendido. Por lo general el cuidador primario es percibido por los otros miembros de la familia como el responsable del cuidado del paciente, no recibe remuneración económica por sus tareas, pero sí asume todas las responsabilidades en la salud del enfermo.

De acuerdo a la OMS (Citado por Camacho, Hinostroza & Jiménez, 2010), el cuidador primario es quien asume voluntariamente el papel de responsable del paciente en un amplio sentido, el cual a su vez está dispuesto para tomar decisiones sobre el bienestar del paciente. Por último, es importante señalar que la importancia del cuidador primario aumenta conforme progresa la incapacidad del enfermo (Islas, Ramos, Aguilar & García, 2006), generando en este un sentimiento de obligación hacia el cuidado del enfermo y por lo general resulta ser un familiar.

5.5.2. Psicooncología: Teniendo en cuenta el Instituto de psicología de Espasa (2013), la psicooncología es la especialidad dentro de la psicología de la salud la cual se ocupa de atender a los pacientes afectados por el cáncer y a sus familias. Se encarga además de investigar sobre las relaciones de variables biopsicosociales, el inicio y el progreso de la enfermedad oncológica de cualquier tipo. Es importante destacar que en cualquier momento de la enfermedad suceden eventos que desarrollan niveles de ansiedad tanto en el paciente como en el cuidador, por ende, desde la psicooncología se ayuda a afrontar el impacto emocional y social que ejerce esta enfermedad, todo esto con el fin de generar una mejor calidad de vida

5.5.3. Ansiedad: La ansiedad es un término que se utiliza para los padecimientos que causan nerviosismo, miedo, aprensión y preocupación en determinada persona. Ésta ocurre debido a un evento en particular que conlleva a una reacción desproporcionada con la retroalimentación esperada de la situación, del mismo modo la ansiedad es catalogada como una enfermedad mental que afecta al estado de ánimo y por ende al comportamiento (Mercola, 2018). Al respecto se manifiesta

Las personas con trastornos de ansiedad podrían perder amistades, experimentar aislamiento y exclusión de actividades, tienen dificultades para obtener y retener un trabajo, se enfrentan a retos para encontrar ayuda y podrían recuperarse lentamente. Aparte de estos impactos negativos en su vida cotidiana, las personas con trastornos de ansiedad también son más propensas a complicaciones como la depresión, abuso de sustancias alcohólicas y psicoactivas, enfermedades físicas, ideas suicidas, entre otros. (Time to change, 2018, p.1)

5.5.4. Cáncer: De acuerdo a la OMS (2018), el cáncer es un término que envuelve un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo, del mismo modo también se habla de tumores malignos, una de las características más sobresalientes de

esta enfermedad es la multiplicación rápida de células, esto se da de forma anormal y pueden extenderse en todo el

órgano afectado. La principal causa de muerte en el mundo se da cuando esta enfermedad se propaga a otros órganos, en un proceso denominado metástasis.

5.6. Marco Legal

En Colombia la principal normatividad que existe respecto a la salud, es la Constitución Política de 1991, que establece en el Artículo 49 que el Estado debe garantizar la atención de salud y el saneamiento básico para todas las personas, tomando en consideración los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad.

Con la creación de la Ley 100 de 1993, se constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual consiste en las normas y procedimientos que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

En el año 2010 con la Ley 1384, la cual consiste en establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y sus familiares, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la

prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.

Se da paso a la Ley 1438 en el año 2011 la cual tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

La ley 1616 del 21 de enero del 2013 ofrece garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Proyecto de Ley 33 de 2009, la presente tiene por objetivo reconocer la figura jurídica del cuidador familiar en casa, refiriéndose a personas que están a cargo de familiares que por su situación física, mental, intelectual o sensorial dependen de otro para realizar las actividades esenciales de la vida diaria.

6.Sistema de variables

El estudio no posee variable dependiente debido a que la investigación no cumplió con los criterios de causa y efecto, sin embargo conto con tres dimensiones, las cuales son; síntomas psíquicos, síntomas somáticos y características demográficas.

La dimensión de los síntomas psíquicos contuvo los siguientes variables indicadores: tensión, temores, insomnio, dificultad a nivel intelectual (cognitivo), estado de ánimo deprimido, entre otras.

La dimensión de los síntomas somáticos estuvo conformada por los siguientes indicadores: dolores y molestias musculares, zumbidos en los oídos, sensación de debilidad, taquicardia, dolor en el pecho, boca seca, palidez, cefaleas, sudoración excesiva, entre otras.

La dimensión características sociodemográficas abarcó los siguientes indicadores: sexo, edad, estrato, escolaridad, entre otras.

Cuadro 1. *Operacionalización de variables*

	Dimensión	Indicadores	Definición conceptual	Naturaleza	Definición operacional
NIVELES DE ANSIEDAD	Síntomas psíquicos	Temores	El temor es una presunción o una sospecha de un daño a futuro que la persona considera arriesgado, peligroso o dañoso. (Barraca, 2019).	Cuantitativa Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente • Leve • Moderado • Grave • Muy grave/Incapacitante
		Insomnio	Se considera una falta anormal del sueño y dificultad para poder conciliarlo en el momento exacto en el que corresponde dormir. (López, Fernández, Mareque & Fernández, 2011).	Cuantitativa Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente • Leve • Moderado • Grave • Muy grave/Incapacitante

	Dimensión	Indicadores	Definición conceptual	Naturaleza	Definición operacional
		Dificultad a nivel intelectual (cognitivo)	Se da cuando el funcionamiento intelectual se ve afectado a causa de estrés, preocupaciones y temores. (Ochoa, 2019)	Cuantitativa Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente • Leve • Moderado • Grave • Muy grave/Incapacitante
		Estado de ánimo deprimido	Periodos de tristeza que alteran la capacidad del funcionamiento diario del individuo (Luna, 2019)	Cuantitativa Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente • Leve • Moderado • Grave • Muy grave/Incapacitante
		Tensión	Estado de ánimo de impaciencia o exaltación producido por circunstancias generadoras de estrés. (Naranjo, 2009).	Cuantitativa Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente • Leve • Moderado • Grave • Muy grave/Incapacitante

	Dimensión	Indicadores	Definición conceptual	Naturaleza	Definición operacional
	Síntomas somáticos	Dolores musculares	Tiende a comprometer a músculos específicos y suele estar relacionado como producto de un estado tensionante o una sobrecarga de actividades. (Vorvick, 2017).	Cuantitativa Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente • Leve • Moderado • Grave • Muy grave/Incapacitante
		Sensación de debilidad	Falta de fuerza física o muscular que puede ser producida por	Cuantitativa Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente • Leve • Moderado
			preocupaciones o por estados ansiosos y depresivos. (Sierra, et al 2003)		<ul style="list-style-type: none"> • Grave • Muy grave/Incapacitante
		Taquicardia	Velocidad excesiva del ritmo de los latidos del corazón en ocasiones se origina por miedo o preocupación. (Mayo Clinic, 2019).	Cuantitativa Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente • Leve • Moderado • Grave • Muy grave/Incapacitante

	Dimensión	Indicadores	Definición conceptual	Naturaleza	Definición operacional
		Sudoración excesiva	Consiste en la liberación de vapor de agua y sales minerales por parte de las glándulas sudoríparas, en ocasiones se da de forma excesiva por causas emocionales. (Quirónsalud, 2019).	Cuantitativa Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente • Leve • Moderado • Grave • Muy grave/Incapacitante
		Dolor en el pecho	Es un dolor que produce una presión fuerte en el pecho y se puede trasladar al brazo, mandíbula o espalda. (Mayo Clinic, 2019).	Cuantitativa Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente • Leve • Moderado • Grave • Muy grave/Incapacitante
	Características sociodemográficas	Sexo	Condición orgánica que distingue al sexo femenino y al sexo masculino. (Oviedo, 2009)	Cualitativa nominal	Femenino/Masculino
		Edad	Tiempo que ha vivido un ser vivo y se cuenta desde que nació. (Zimmer, 2018)	Cualitativa ordinal	Edad según el documento de identidad
		Estrato social	Grupo de personas que están ubicadas en un sitio similar dentro	Cualitativa ordinal	1 Bajo-bajo 2 Bajo

	Dimensión	Indicadores	Definición conceptual	Naturaleza	Definición operacional
			de la jerarquía social establecida. (Marcos, 2018).		3 Medio bajo 4 Medio 5 Medio Alto 6 Alto
		Grado de escolaridad	Nivel de estudio que tiene cada individuo de determinada población. (Ministerio de Educación, 2018)	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Bachillerato: Incompleto/Completo • Técnica/Tecnológica Incompleta/Completo • Pregrado Incompleto/Completo • Posgrado Incompleto/Completo

Fuente: Elaboración propia (2018)

CAPÍTULO III

7.Marco metodológico

7.1. Tipo de investigación

Esta investigación se situó dentro del paradigma metodológico positivista, el cual según Hernández, Fernández y Baptista (2014) “se define como el proceso de recolección de datos para demostrar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento” (p.4).

Por consiguiente, el estudio se enmarcó en un tipo de investigación descriptiva y con relación a esto Hernández et al., (2014) refiere que este tipo de investigación “Busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno al cual se analice y describe tendencias de un grupo o población” (p.92).

7.2. Diseño de investigación

El diseño que se utilizó en esta investigación es no experimental, por cuanto no hubo manipulación de variables, se basó en observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos (Hernández, et al, 2014). De corte transeccional porque los datos se recolectaron en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir dimensiones y analizar su incidencia en un momento único dado.

7.3. Población y muestra de la investigación

Según Hernández et al, (2014) la población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones y que además deben situarse claramente por sus características de contenido, lugar y tiempo” (p.174). La población sujeto de esta investigación, estuvo conformada por los cuidadores primarios de los pacientes oncológicos adultos que estaban siendo tratados en la Sociedad Oncológica del César (SOHEC), fueron un total de 60 participantes que cumplían la función como acompañantes. Este centro oncológico se encuentra ubicado en la Carrera 15 # 19-91 Edificio Centro Médico San Jorge localizado en la zona hospitalaria de la ciudad de Valledupar.

Teniendo en cuenta que los cuidadores primarios deben de aplicar a los siguientes criterios de inserción:

- El cuidador debe ser adulto mayor de 18 años.
- El paciente oncológico que requiera cuidador debe ser adulto mayor de 18 años.
- Que voluntariamente acceda a participar en este estudio.
- Tanto cuidador como paciente deben de estar radicados en la Ciudad Valledupar-César
- El paciente al que cuide lleve mínimo 7 meses siendo atendido en SOHEC y se encuentre en tratamiento actualmente.

7.4. Método de muestreo

Para esta investigación se realizó un censo, por ende, no se ejecutó cálculo de muestra, de esta forma se incluyó toda la población. El cual se define como un conjunto de elementos de

referencia sobre el que se realizan las observaciones (Hernández et al, 2014). El censo de una población estadística consiste, básicamente, en obtener el número total de individuos mediante las más diversas técnicas de recuento.

7.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos es la expresión operativa del diseño de la investigación y que especifica de manera concreta y clara como se hizo la investigación (Tamayo, 2003). Así mismo, Rodríguez (2008), menciona que las técnicas, son los medios empleados para recolectar información, entre las que se destacan, la observación, cuestionario, escalas, entrevista y encuestas.

La escala que se utilizó en esta investigación es la de Calificación de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), fue diseñada por Max Hamilton en el año 1959 y de ese tiempo para acá ha sufrido múltiples cambios. Actualmente la escala consiste en 14 ítems, diseñados para evaluar la severidad de la ansiedad de un paciente. Cada uno de los 14 ítems, contiene un número de síntomas, y cada grupo de síntomas, está calificado en una escala de cero a cuatro, con cuatro siendo el más severo. Todas estas puntuaciones, son usadas para computar una puntuación general, que indica la severidad de la ansiedad de la persona.

Pasos

1. Primer acercamiento con la Sociedad Oncológica y Hematológica del César, en el cual se solicitó el permiso para realizar la investigación en sus instalaciones.
2. Luego del permiso concebido para ingresar, se realizó entrevistas informales al equipo de trabajo de la Institución; psicóloga, trabajadora social, oncólogos y hematólogos, con

el fin de indagar sobre el acompañamiento que ellos les proporcionan a los pacientes y a sus cuidadores primarios, durante el tratamiento.

3. Se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) a 60 cuidadores, que permanecían acompañando a los pacientes durante el proceso de quimioterapia, braquiterapia, radioterapia o consulta oncológica y que además cumplían con los criterios de inclusión de esta investigación.

4. Posteriormente se realizó el análisis de los resultados teniendo en cuenta la medición de los niveles de ansiedad según la Escala aplicada, estableciendo porcentajes correspondientes.

5. Cuando se obtuvieron los resultados, se entregó copia de la investigación a SOHEC, junto con las recomendaciones dirigidas a ellos como Institución especializada en la atención oncológica y hematológica.

7.5.1. Fiabilidad y validez del instrumento: Teniendo en cuenta la Revista colombiana de psiquiatría en el año 2016, la escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) se encuentra estandarizada. *Fiabilidad* muestra una buena consistencia interna, alfa de Cronbach de 0.79 a 0.86 y posee una fiabilidad del test-retest de 0.96.

Validez la puntuación total muestra una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran la ansiedad como la escala de Covi: 0.73-0.75 y con el inventario de ansiedad de Beck: 0.56, distingue los niveles de ansiedad en los individuos, es sensible al cambio tras el determinado tratamiento.

7.5.2. Sistematización y medición de datos: El análisis de los resultados se realizó teniendo en cuenta la medición de los niveles de ansiedad, estableciendo porcentajes correspondientes, éstos se presentaron mediante gráficas, tablas y cuadros

8. Marco Administrativo

8.1. Cronograma de actividades

El cronograma de actividades según Tamayo (2003) “Es un plan de trabajo o un plan de actividades, que muestra la duración del proceso investigativo, las actividades aquí indicadas no son definitivas. La especificación de las actividades depende del tipo de estudio que se desea realizar” (p. 219).

Cronograma de actividades

Actividades	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Acercamiento a la idea	X										
Diagnostico-Planteamiento del problema	X	x									
Elaboración de Antecedentes			x								
Elaboración del Marco teórico			x								
Elaboración del Marco metodológico				x							
Validación del instrumento					X						
Aplicación de instrumento						x	x				
Recolección de datos							x				
Análisis de datos								x			
Resultados estadísticos									x	x	
Revisión y corrección										x	
Trabajo Final											X

Fuente: Elaboración propia (2019)

8.2. Presupuesto

El presupuesto según Tamayo (2003) “Es un plan de acción dirigido a cumplir una meta prevista, expresada en valores y términos financieros que debe cumplirse en determinado tiempo y bajo ciertas condiciones previstas” (p. 231).

Presupuesto

Rubro	Valor
Fotocopia	300.000
Impresiones	50.000
Papelería	200.000
Transporte	700.000
Asesorías externas	800.000
Viáticos	500.000
<i>Total</i>	<i>\$ 2.550.000</i>

Fuente: Elaboración propia (2019)

CAPÍTULO IV

9. Resultados

La presente investigación buscó evaluar los niveles de ansiedad en cuidadores de pacientes adultos atendidos en la Sociedad Oncológica y Hematológica del César- (SOHEC). Corresponde a un estudio cuantitativo con 60 cuidadores de pacientes oncológicos, para la recolección de datos se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton la cual consta de 14 ítems que evalúa la intensidad y frecuencia de los niveles de ansiedad. En este apartado se presentarán los resultados obtenidos en la presente investigación distribuidos en tres secciones: características sociodemográficas, síntomas psíquicos y síntomas somáticos de los niveles de ansiedad.

9.1.1. Características sociodemográficas de la población sujeto de estudio

La Tabla 1 permite evidenciar la distribución porcentual en cuanto al sexo de los 60 cuidadores a quienes se les aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton, dando como resultado el 78% de los cuidadores son mujeres y el 22% restante son hombres.

Tabla 1. Tabla de frecuencia distribución según sexo

Sexo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	13	21.7	21.7	21.7
	Femenino	47	78.3	78.3	100.0
Total		60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019).

Tabla 2. *Tabla de frecuencia distribución según edad*

Edad	Freccia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	19	1	1.7	1.7	1.7
	21	1	1.7	1.7	3.3
	23	3	5.0	5.0	8.3
	24	2	3.3	3.3	11.7
	25	3	5.0	5.0	16.7
	26	2	3.3	3.3	20.0
	27	2	3.3	3.3	23.3
	29	1	1.7	1.7	25.0
	33	1	1.7	1.7	26.7
	35	1	1.7	1.7	28.3
	38	4	6.7	6.7	35.0
	42	3	5.0	5.0	40.0
	43	1	1.7	1.7	41.7
	45	4	6.7	6.7	48.3
	46	1	1.7	1.7	50.0
	47	3	5.0	5.0	55.0
	48	4	6.7	6.7	61.7
	50	3	5.0	5.0	66.7
	51	3	5.0	5.0	71.7
	52	1	1.7	1.7	73.3
	54	1	1.7	1.7	75.0
	56	3	5.0	5.0	80.0
	57	3	5.0	5.0	85.0
	58	3	5.0	5.0	90.0
	59	1	1.7	1.7	91.7
	60	2	3.3	3.3	95.0
	62	3	5.0	5.0	100.0
Total		60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019).

En lo que respecta a la distribución según la edad, la Tabla 2 refleja que la principal tendencia etaria con un 60%, comprende los cuidadores entre los 40 y 60 años, mientras que el 40% restante se divide de la siguiente manera; el 35% comprende los cuidadores que están en los rangos de edad de 19 años hasta los 40 años y el otro 5% restante comprende el rango de 60 años en adelante.

Tabla 3. *Tabla de frecuencia distribución estrato social*

Estrato social					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	16	26.7	26.7	26.7
	2	33	55.0	55.0	81.7
	3	10	16.7	16.7	98.3
	4	1	1.7	1.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019).

En la Tabla 3 se muestra la distribución según el estrato social, el 27% pertenece al estrato uno, mientras que el estrato dos, cuenta con un porcentaje del 55% siendo este la frecuencia más alta, por su parte el estrato tres corresponde al 17% y el estrato 4 al 2%.

Tabla 4. *Tabla de frecuencia distribución escolaridad*

Escolaridad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	10	16.7	16.7	16.7
	Bachiller	29	48.3	48.3	65.0
	Técnico	6	10.0	10.0	75.0
	Universitario	15	25.0	25.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019).

En lo que concierne la escolaridad de los cuidadores de la presente investigación, la tabla 4 muestra que 17% de los cuidadores han cursado hasta la educación básica primaria, se identifica además que 48% son bachilleres, por su parte 10% de la población poseen educación técnica y el 25% es universitario.

9.1.2. Síntomas psíquicos presentes en los cuidadores de pacientes oncológicos

De la tabla N° 5 hasta la tabla N° 11 permiten reflejar el porcentaje en cuanto a los síntomas psíquicos vivenciados por los cuidadores, los cual se puede reflejar por medio del estado de ánimo ansioso, tensiones, temores, insomnio, dificultad para concentrarse (cognitiva), depresión, entre otros.

Tabla 5. *Tabla de frecuencia distribución estado de ánimo ansioso*

Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	5	8.3	8.3	8.3
	Leve	5	8.3	8.3	16.7
	Moderado	20	33.3	33.3	50.0
	Grave	15	25.0	25.0	75.0
	Muy Grave/Incapacitante	15	25.0	25.0	100.0
Total		60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019).

Los resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton aplicada en los cuidadores de pacientes oncológicos dan cuenta que 34% de los participantes mostró una tendencia moderada, seguida de un 25% que correspondió a las respuestas otorgadas en el nivel de muy grave-incapacitante y grave para ambas categorías; y 8% para los grupos de respuestas que expresaron niveles ausentes y leves en igual proporción (Ver tabla 5).

Tabla 6. *Sensación de tensión que experimentan los cuidadores de pacientes oncológicos. SOHEC, 2019*

Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	10	16.7	16.7	16.7
	Leve	7	11.7	11.7	28.3
	Moderado	17	28.3	28.3	56.7
	Grave	13	21.7	21.7	78.3
	Muy Grave/Incapacitante	13	21.7	21.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019).

La tensión hace parte de los síntomas psíquicos que comprende sensaciones de inquietud, llanto fácil, imposibilidad de relajarse, temblores y sobresaltos, con base a lo anterior la tabla N° 6 muestra que 28% de los participantes de este estudio se ubicaron en una tendencia moderada, seguidos del 22% que señalan estar en el rango de muy grave/incapacitante, 21% en el rango de grave; y las minorías se ubicaron en leve (12%) y ausente (17%).

Tabla 7. *Temores de los cuidadores de pacientes oncológicos*

Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	23	38.3	38.3	38.3
	Leve	11	18.3	18.3	56.7
	Moderado	14	23.3	23.3	80.0
	Grave	6	10.0	10.0	90.0
	Muy Grave/Incapacitante	6	10.0	10.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019).

La tabla 7 permite evidenciar la distribución porcentual en cuanto a los temores que viven los cuidadores de pacientes oncológicos de la presente investigación, dichos temores pueden ser representados en síntomas psíquicos como el temor a la oscuridad, a quedarse solo, al tráfico y a los animales grandes entre otros. La tendencia mayoritaria encontrada respecto a los temores correspondió a las dimensiones de ausente con un porcentaje de 38%, moderado con un 23%, leve arrojo un 18%, grave 10% y muy grave/incapacitante 10%.

En lo concerniente al porcentaje del insomnio encontrado en la tabla 8 se divide de la siguiente manera; en la mayor puntuación se localiza con un 34% la categoría Muy grave/Incapacitante, prosigue Grave con un 28%, luego se ubica Moderado con un 15% y los últimos pertenecen a los rangos de Leve mostrando una proporción de 13% y Ausente con un 10%.

Tabla 8. *Distribución de la población según el nivel de insomnio*

Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	6	10.0	10.0	10.0
	Leve	8	13.3	13.3	23.3
	Moderado	9	15.0	15.0	38.3
	Grave	17	28.3	28.3	66.7
	Muy Grave/Incapacitante	20	33.3	33.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019).

La tabla 9 representa los principales resultados obtenidos en la dimensión cognitiva intelectual, señalando que 27% de los cuidadores se ubican en la categoría moderado, mientras que la dimensión grave obtuvo el 25%, continuando con 20% para el rango de los muy grave/incapacitante, y posteriormente se menciona los porcentajes de ausente y leve que contienen la misma frecuencia 10% cada uno

Tabla 9. *Distribución según la dificultad que tienen los cuidadores para concentrarse Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	11	18,3	18,3	18,3
	Leve	6	10,0	10,0	28,3
	Moderado	16	26,7	26,7	55,0
	Grave	15	25,0	25,0	80,0
	Muy Grave/Incapacitante	12	20,0	20,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia (2019).

En lo que atañe al ítem estado de ánimo depresivo la tabla N° 10 permite constatar los siguientes resultados en la categoría muy grave/incapacitante se obtuvo un resultado del 20%, continuando con grave que arrojó el 32%, seguido de moderado con 23%, finalizando con leve en 12% y ausente en 13%.

Tabla 10. *Tabla de frecuencia distribución estado de ánimo deprimido*

Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	8	13,3	13,3	13,3
	Leve	7	11,7	11,7	25,0
	Moderado	14	23,3	23,3	48,3
	Grave	19	31,7	31,7	80,0
	Muy	12	20,0	20,0	100,0
	<u>Grave/Incapacitante</u>				
Fuente:	Total	60	100,0	100,0	

Elaboración propia (2019)

En la tabla 11 muestra los porcentajes del comportamiento general durante la entrevista de los cuidadores, esta condición pudo ser exteriorizada por síntomas generales y fisiológicos como lo son: tensión, sensación de no poder relajarse, agitación nerviosa en las manos, inquietud, temblor, taquicardia, temblor, palidez facial, entre otros.

Tabla 11. *Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) de los cuidadores de pacientes oncológicos*

Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	17	28.3	28.3	28.3
	Leve	9	15.0	15.0	43.3
	Moderado	14	23.3	23.3	66.7
	Grave	16	26.7	26.7	93.3
	Muy Grave/Incapacitante	4	6.7	6.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019).

Los resultados obtenidos en este ítem señalan que la categoría ausente obtuvo una tendencia del 28%, siguiendo la condición de grave (27%), moderado (23%), y la condición de leve (15%) y muy grave/incapacitante (7%).

9.1.3. Síntomas somáticos de los cuidadores sujetos de estudio

De la tabla 12 hasta la tabla 18 se muestran los porcentajes que dan cuenta de los síntomas somáticos manifestados por los cuidadores los cuales se pueden evidenciar a partir de la valoración de los dolores musculares, zumbidos en los oídos, visión borrosa, escalofríos, taquicardia, entre otros.

Tabla 12. *Distribución síntomas somáticos (musculares) de los cuidadores familiares de pacientes oncológicos*

Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	4	6.7	6.7	6.7
	Leve	6	10.0	10.0	16.7
	Moderado	16	26.7	26.7	43.3
	Grave	18	30.0	30.0	73.3
	Muy Grave/Incapacitante	16	26.7	26.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019).

En lo que respecta a los síntomas somáticos musculares en los cuidadores de la presente investigación, la Tabla 12 muestra que el mayor porcentaje es la categoría grave con un 30%, siguiendo muy grave/incapacitante 27%, luego moderado 26%, leve 10% y una minoría refiere la condición de ausente con 7%.

La Tabla 13 focaliza los porcentajes del ítem síntomas somáticos generales (sensoriales), bajo esta categoría de medición se encuentran zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos, escalofríos, debilidad y sensación de hormigueo.

Tabla 13. *Tabla de frecuencia distribución síntomas somáticos (sensoriales)*

Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	10	16.7	16.7	16.7
	Leve	6	10.0	10.0	26.7
	Moderado	19	31.7	31.7	58.3

Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.

Grave	18	30.0	30.0	88.3
Muy	7	11.7	11.7	100.0
Grave/Incapacitante				
Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019).

Los resultados obtenidos de este ítem se distribuyen de la siguiente forma: la mayor tendencia fue la categoría moderado con 31%, luego le sigue grave con 30%, continuando con ausente el cual reflejó un 17%, finalizando con muy grave 12% y leve el 10%.

En lo correspondiente a los síntomas cardiovasculares de la Tabla 14 se obtuvo que las mayorías ubican sus respuestas para la condición de ausente (32%), seguidas de moderado (28%), grave (15%) 15% y muy grave (12%)

Tabla 14. *Distribución de los síntomas cardiovasculares presentes en cuidadores*

Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	19	31.7	31.7	31.7
	Leve	8	13.3	13.3	45.0
	Moderado	17	28.3	28.3	73.3
	Grave	9	15.0	15.0	88.3
	Muy	7	11.7	11.7	100.0
	Grave/Incapacitante				
Total		60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019).

En lo que respecta a los síntomas respiratorios, la tabla 15 muestra que la tendencia mayoritaria fue el ítem moderado (30%), luego ausente (28%), continua leve (17%) y clausurando con grave (13%) y muy grave (12%).

Tabla 15. *Distribución de los síntomas respiratorios*

Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Ausente	17	28.3	28.3	28.3
Leve	10	16.7	16.7	45.0
Moderado	18	30.0	30.0	75.0
Grave	8	13.3	13.3	88.3
Muy Grave/Incapacitante	7	11.7	11.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019).

Siguiendo con este orden de ideas, la tabla 16 expone los porcentajes de los síntomas gastrointestinales, los cuales se dividen en ausente con la mayor frecuencia 37%, luego le sigue leve con un 25%, continuando con moderado 13%, luego grave 13% y finalizando con muy grave con un 12%.

Tabla 16. *Distribución de los síntomas gastrointestinales*

Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Ausente	22	36.7	36.7	36.7

Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.

Leve	15	25.0	25.0	61.7
Moderado	8	13.3	13.3	75.0
Grave	8	13.3	13.3	88.3
Muy Grave/Incapacitante	7	11.7	11.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019)

La tabla 17, por su parte, expone los porcentajes de los síntomas genitourinarios donde se logra observar que las mayorías 47% refieren la condición de ausentes, luego sigue grave con 18%, continuando con leve 17%, moderado con 15% y finalmente la dimensión de muy grave que tiene una frecuencia del 3%.

Tabla 17. *Distribución de los síntomas genitourinarios*

Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	28	46.7	46.7	46.7
	Leve	10	16.7	16.7	63.3
	Moderado	9	15.0	15.0	78.3
	Grave	11	18.3	18.3	96.7
	Muy Grave/Incapacitante	2	3.3	3.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019)

La tabla 18 muestra los porcentajes de los síntomas autónomos, los cuales se dividen de la siguiente manera; la categoría moderada obtuvo un 28%, le sigue ausente con un 33%, continuando con leve con un 17%, luego grave con un 15% y finalizando con muy grave 7%.

Tabla 18. *Distribución de los síntomas autónomos*

Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	20	33.3	33.3	33.3
	Leve	10	16.7	16.7	50.0
	Moderado	17	28.3	28.3	78.3
	Grave	9	15.0	15.0	93.3
	Muy Grave/Incapacitante	4	6.7	6.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia (2019)

9.2. Discusión

Los factores sociodemográficos influyen de forma constante en los contextos sociales y culturales que han demostrado estar asociados con el impacto de una patología como el cáncer, aunque es importante destacar que esta enfermedad puede llegar a padecerla cualquier persona, sin importar su edad, el sexo, la escolaridad o el estrato social (Galindo et al., 2015).

Las normas sociales se cimientan a partir de los roles de género que pueden ser entendidos como factores causales de la representatividad del sexo femenino en cuanto a la figura de cuidador de los pacientes oncológicos. Este resultado inicial se asemeja en gran medida a los hallazgos de otro estudio donde se evidenció que el 60% de los cuidadores de los pacientes

oncológicos son mujeres y el 40% restante son hombres (Cabral et al., 2014).

El cuidado es algo que suele ser constituido por la cultura humana y ha sido la mujer la que a lo largo de la historia toma el papel como responsable por la salud física y mental de la familia en general en una determinada enfermedad, sin embargo, esta actividad asume actitudes y conductas que a manera socio cultural el sexo femenino se compromete con este rol de cuidadora principal mostrando un compromiso moral, afectuoso y responsable (Galindo et al., 2015).

Continuando con el perfil sociodemográfico de los cuidadores, los rangos de edad en los que se encontraron los sujetos de estudio, teniendo en la principal tendencia etaria con un 60%, los cuidadores entre los 40 y 60 años, siendo esta la adultez media donde la mayoría de las facultades básicas alcanzan su cima, la experiencia y las habilidades para la resolución de problemas son altas (Papalia et al., 2009). Es quizás por esta razón que la mayor frecuencia de cuidadores de pacientes oncológicos se encuentra en este rango de edad, debido a que existe una madurez más concisa en la toma de decisiones y en el acompañamiento responsable del enfermo.

Este resultado es convergente con los hallazgos de Carreño et al (2016) donde el 67% de los cuidadores tienen un rango de edad de 33 a 51 años, pertenecientes a la adultez joven y a la adultez media, del mismo modo se asemeja con los resultados de una investigación realizada en el Instituto Nacional de Cancerología en México dirigida a cuidadores de primarios de pacientes oncológicos, la cual mostró como resultados que el promedio de edad de los acompañantes fue de 47 años en un rango de edades de 18 años a 79 años arrojando que prevalece este rango etario en los cuidadores de pacientes oncológicos (Galindo et al., 2015).

En lo concerniente al estrato social el Instituto Nacional de Cancerología (2015), señala que existen diferencias notorias entre la participación en las prácticas preventivas que tienen las

familias de estratos bajos con relación a las de estratos altos; además, se logró establecer que los pacientes de estratos altos poseen mejores pronósticos que los de estrato bajo, es decir las familias pobres poseen menos oportunidades para un diagnóstico precoz lo que aumenta considerablemente el número de pacientes por esta causa (Ministerio de Salud, 2015).

En la investigación realizada por Vega et al, (2012) en la Clínica de Cancerología en San José de Cúcuta en el año 2012 se obtuvo que 58% de los cuidadores pertenecen al estrato socioeconómico dos, resultados similares al presente estudio, señalando además que la principal tendencia de ingresos se ubica entre uno y dos salarios mínimo mensuales vigentes para el año 2018, no siendo suficientes para el sostenimiento, manutención, alimentación, transporte para dirigirse al tratamiento ya sea quimioterapia o radioterapia y espacios de ocio de un enfermo de cáncer y su cuidador, por ende, esta es una de las principales problemáticas sociales que padece esta población.

En Colombia las Entidades Prestadoras de Salud subsidiadas o contributivas tienen el deber de costear los medicamentos Plan Obligatorio de Salud POS y NO POS de los pacientes oncológicos, pero en ocasiones las familias no cuentan con recursos suficientes para la alimentación balanceada, la recreación y la calidad de vida que debe tener el enfermo y su acompañante, por esta razón en la medida que los cuidadores poseen un menor nivel socioeconómico perciben una mayor sobrecarga al no disponer de los recursos necesarios para nutrirse adecuadamente, contratar a personas que ayuden con el cuidado del enfermo lo que en parte aliviaría la carga y podría disminuir la tensión emocional producida por el cuidado (Minsalud, 1994).

En lo que respecta a la escolaridad esta investigación muestra semejanza al estudio que realizó los autores Galindo et al. (2015), el cual analizó la escolaridad de los acompañantes de

enfermos oncológicos, reflejando que el porcentaje más alto fue de 38% y corresponde al bachiller completo, esta puede ser la razón por la cual la mayoría de los cuidadores carecen de recursos, ya que pueden que no estén en el mercado laboral, debido a que cuentan con pocos estudios y en ocasiones se encuentran en estratos bajos.

En el ámbito nacional se encontraron diferencias entre el presente estudio y el realizado en la Clínica Cancerológica en la Ciudad de Cúcuta por los autores (Vega et al., 2012) mencionados con anterioridad, que estableció una mayor frecuencia de los índices de escolaridad de los cuidadores oncológicos en primaria incompleta obteniendo un puntaje de 48% opuesto con esta investigación la cual reflejó que el mayor porcentaje del nivel educativo de los acompañantes es de bachiller completo, notándose que esta población tienden a ser familiares del enfermo con poca capacitación u estudios.

A partir de estos resultados se pudo constatar que existe concordancia en la investigación realizada por Galindo et al., (2015) citada con antelación, porque entre las mediciones de las categorías grave y muy grave suman el 50%, de una forma parecida sucede en dicho estudio manifestando que el 43% de los cuidadores muestran un estado de ánimo ansioso, presentando síntomas como lo son miedo, anticipación a lo peor, temor e irritabilidad en su diario vivir.

Para dar cuenta de los niveles de ansiedad es necesario abordar los síntomas psíquicos que experimentan las personas, especialmente aquellos que se expresan a partir de la tensión vivida, los temores frente a determinado evento, insomnio, dificultades en el ámbito cognitivo, estado de ánimo tipo depresivo entre otros. A continuación, se muestra la discusión obtenida en cada una de las dimensiones antes expresadas:

Los síntomas psíquicos pueden ser exteriorizados por los cuidadores en momentos de estrés y sobresalto, particularmente por la no autorización de los medicamentos POS y NO POS

a tiempo por parte de las EPS, al aplazamiento de citas médicas debido a que hay gran demanda de pacientes y pocos médicos especialistas en esta área o porque no hay suficiente recurso económico para la alimentación balanceada que necesita el paciente (Instituto Nacional de Cancerología, 2015).

Los cuidadores de pacientes oncológicos experimentan una serie de tensiones producto de la situación en la que se encuentran, porque estar a la espera de un diagnóstico positivo o negativo de un ser querido los conlleva a que no puedan relajarse, o que lloren con facilidad entre otros síntomas; además, el hecho de que la mayoría sean familias de bajos recursos económicos y que no cuenten con el dinero suficiente para realizar los procedimientos que requiere su familiar genera sensaciones que afectan su salud mental haciéndose necesario que el profesional de la psicología y áreas afines intervengan integralmente para disminuir la problemática presentada.

Este resultado revela diferencias significativas con el estudio realizado por Vega et al., (2012), el cual reportó que 62% de los cuidadores sienten temor por el futuro de su familiar, quizás porque el tratamiento oncológico no de resultados positivos y el enfermo tenga un desenlace mortal, mostrando divergencias por la presente investigación que arroja como mayor frecuencia la categoría ausente (38%).

Para la interpretación de estos resultados es necesario traer a colación la propuesta original del profesor Berrios (2011), quien afirma que los síntomas mentales han de considerarse como objetos híbridos, porque son una mezcla de señales biológicas y factores personales, culturales y sociales cuya naturaleza surge de la configuración que realizan las personas de los mismos al encontrarse en un momento de estrés o tensión intensa como lo es el caso de cuidar a familiares con diagnóstico de cáncer. Es decir, cada individuo teje su propia percepción del

temor tomando en consideración aspectos personales, biológicos y culturales lo que podría explicar porque frente a una situación similar de riesgo unos experimentan temor y otros lo viven en menor escala.

El sueño es un proceso reparador que les permite a las personas recargar energías para continuar con sus actividades de la vida cotidiana, en especial cuando ejercen un rol como cuidador familiar. Sin embargo, las situaciones de estrés, tensión y miedos son limitantes para que se produzca este proceso en términos normales porque el sujeto no logra calmar estas emociones y afecta el normal desenvolvimiento del acto de dormir y relajarse.

Teniendo en cuenta que el mayor porcentaje del insomnio correspondió a la categoría muy grave/Incapacitante con 34% siguiéndole grave con un 28%, se puede afirmar que los cuidadores sujetos de estudio no logran mantener un sueño tranquilo y prolongado, originado quizás por las preocupaciones recurrentes relacionados con los asuntos financieros o por creer que no está desempeñándose de forma correcta en su papel como acompañante del enfermo.

La depresión es considerada como una enfermedad o trastorno mental, se caracteriza por mostrar síntomas psíquicos como; pérdida de interés por actividades cotidianas, insatisfacción en las diversiones, despertar prematuro, cambios de humor durante el día, entre otros. En los hallazgos obtenidos de la presente investigación se obtuvo que el mayor porcentaje en estado ánimo deprimido es en la categoría grave con un 32%, lo que podría obedecer a que los cuidadores en ocasiones sienten tristeza y desolación porque tienen a su familiar enfermo y según el diagnóstico guardan pocas esperanzas de mejoría.

Contrastando estos resultados con la investigación realizada por Cabral et al., (2014) se encuentran amplias disimilitudes ya que en dicha investigación se evidenció que el 80% de los participantes reflejaron una depresión normal, el 19% depresión leve y el 1% depresión

moderada. En esta dirección, Campos (2015) advierte que el síntoma psíquico está presente en el inconsciente del sujeto y muchas veces la persona desconoce que padece de este, por lo tanto es común que al consultárseles sobre estos síntomas las personas manifiesten que no lo sienten, pero en el presente estudio los participantes si se han percatado de estas sensaciones y logran reconocerlo lo que es muy importante para el ámbito de la psicología porque se podría trabajar sobre la base de algo que es consciente para el sujeto haciéndose más fácil su intervención.

Algunos cuidadores experimentan síntomas somáticos los cuales se pueden manifestar con los dolores musculares, zumbidos en los oídos, visión borrosa, escalofríos, taquicardia, micción frecuente, entre otros.

La investigación de Seira (Citado por Rangel, 2013) revelan similitudes con la de este estudio, cuyos cuidadores participantes reportaron en 19% padecimientos de lumbalgia, un 18% dorsalgias y 32% artrosis, esto podría ser debido a la sobrecarga o esfuerzo físico, afectando de manera continua el sistema muscular de los acompañantes, haciéndose necesario que las instituciones de salud tomen en cuenta las afecciones del cuidador para evitar complicaciones futuras en la salud de estas personas.

Estos datos muestran cierta similitud con el estudio realizado por Galindo et al., (2015), en el cual se evidencia que su población de estudio presenta en un 32% alteraciones en sus órganos sensoriales, como lo son visión borrosa y zumbidos en los oídos. Por otro lado, Camacho et al. (2010), refieren que los cuidadores familiares por lo general tienden a ignorar la carga que genera el cuidado y las implicaciones para la salud, porque en la medida en que avanza la enfermedad el cuidador incrementa el tiempo del ejercicio del cuidado y disminuye el espacio y tiempo de descanso para él, por tanto las alteraciones sensoriales se agudizan cuando el cuidador se recarga con su rol.

Se puede constatar que entre lo investigado y los hallazgos de los autores Cabral et al., (2014), hay concordancia, porque en dicho estudio los síntomas respiratorios resultaron ser moderados con un valor de menos de 20%. Lo antes expuesto puede suceder debido a la pérdida de energía, al cansancio, a la preocupación y al miedo por no cumplir su rol de manera adecuada, factores que repercuten en la salud física del cuidador, además los síntomas respiratorios más comunes suelen ser opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.

En la mayoría de los casos los cuidadores de los pacientes oncológicos tienen un ritmo de vida agitado, donde el estrés y el temor hacen parte de sus pensamientos diarios, dicha situaciones puede afectar en sus sistemas gastrointestinales y genitourinarios generando síntomas como lo son; dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento, micción frecuente, eyaculación precoz, ausencia de erección, entre otros.

Sin embargo, cada cuidador es un ser único que presente características diferentes lo que hace que en algunos grupos poblacionales se intensifiquen los síntomas de determinada naturaleza y en otros no, como es el caso de los cuidadores de Valledupar que refieren menor intensidad en este tipo de afecciones pero mayor presencia de otros síntomas. Es por esto, que urge la necesidad de realizar estudios más profundos para determinar los factores que originan estas afecciones y cómo tratarlas.

10. Conclusiones

Finalmente en este trabajo se obtuvieron los siguientes resultados; los cuidadores familiares de pacientes oncológicos atendidos en SOHEC en la ciudad de Valledupar, Colombia en su mayoría son mujeres, con edades comprendidas en la adultez media, que viven en estrato 2 y poseen un nivel educativo de bachilleres, variables que permiten señalar que las políticas públicas en salud deben enfatizar en las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades bajo la perspectiva del enfoque diferencial y de género.

En lo que respecta al nivel educativo se torna interesante el hecho de que en su mayoría sean bachilleres porque estas poseen capacidades y destrezas para comprender las indicaciones médicas con mayor claridad y poner en práctica las recomendaciones que

contribuya al mejoramiento de la salud del paciente; sin embargo el estrato se torna preocupante porque las condiciones de vida de las familias que viven en esta tipología son más deficientes que aquellas de otros estratos superiores, porque no van a contar con los recursos necesarios para cubrir las necesidades del paciente, de la familia y para su autocuidado.

Los síntomas psíquicos presentes en la población sujeto de estudio conservaron una tendencia moderada en algunas dimensiones tales como el estado de ánimo ansioso, sensación de tensión y la dimensión cognitiva intelectual; por otra parte la tendencia grave o muy grave se obtuvo para las dimensiones de estado de ánimo depresivo, el insomnio, y la categoría ausente se pudo identificar en los temores y el comportamiento general de la entrevista, de esta forma debido a la sobrecarga de los cuidadores pueden pasar de la dimensión grave a muy grave/incapacitante.

Los datos obtenidos en la categoría de síntomas psíquicos muestran una línea de

intervención que debe privilegiar las acciones que conlleven a minimizar los efectos en la salud, esto quiere decir que además de los niveles de ansiedad encontrados también se hallaron síntomas depresivos, no obstante no se determinó ninguna clase de trastorno del estado de ánimo ni de ansiedad, ya que para considerarse trastornos deben de cumplir con los criterios del DSM-V. Los síntomas somáticos presentaron tendencias ausentes en las dimensiones de síntomas cardiovasculares, gastrointestinales, genitourinario y aquellos síntomas autónomos como la boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas entre otros; la tendencia moderada la registraron las dimensiones de los síntomas respiratorios y los síntomas somáticos sensoriales, y la tendencia grave se registró en los síntomas somáticos musculares.

Como puede observarse, los dolores, molestias, rigidez, contracciones musculares, voz temblorosa entre otros, son los síntomas que se experimentan en mayor nivel por parte del cuidador, lo que debe servir de referente para la intervención al igual que aquellos síntomas relacionados los aspectos respiratorios y sensoriales que pese a que se obtuvieron tendencias moderadas son de interés para intervenir porque al disminuirse dichas tendencias el cuidador contará con los elementos necesarios para afrontar su dificultad y mejorar su calidad de vida.

En definitiva, los niveles de ansiedad del cuidador de pacientes oncológicos que son atendidos en SOHEC de la ciudad de Valledupar se evidencian con mayor énfasis en las características psíquicas porque las mayores respuestas de los participantes se situaron entre las dimensiones de moderado, grave y muy grave; en contravía los síntomas somáticos reflejaron una mayor tendencia entre las dimensiones de ausente y moderado. Por tanto, se ha de priorizar las acciones que fortalezcan el ámbito psíquico para desarrollar habilidades y destrezas que faciliten ejercer el cuidado sin que esto afecte la salud del cuidador.

11. Recomendaciones

Tomando en consideración los resultados y objetivos de la presente investigación se considera recomendar:

A la Sociedad Oncológica y Hematológica del César (SOHEC) de la ciudad de Valledupar, implementar el acompañamiento psicológico durante todo el proceso a los cuidadores de los pacientes oncológicos, esto con el fin de mejorar su calidad de vida y proveer el uso de estrategias requeridas para este proceso de afrontamiento de esta difícil enfermedad.

- Se sugiere además tener en cuenta que es necesario contar con más personal del área de psicología, para brindar el apoyo requerido a los pacientes y sus cuidadores no solo en la fase inicial de su proceso, si no durante el tiempo que sea indispensable, debido a la gran población de pacientes que se maneja dentro de Sociedad Oncológica y Hematológica del César (SOHEC).

- Al Programa de Psicología de la Universidad Popular del César que continúe fomentando el espíritu investigador en los estudiantes y que además agreguen en su pensum una cátedra de Psicooncología para que los estudiantes conozcan de esta rama y se interesen por investigar temáticas derivadas de la enfermedad.

- A investigaciones científicas futuras relacionada con los niveles de ansiedad en los cuidadores de los pacientes oncológicos, continuar actualizando los resultados de los estudios previos a años anteriores, especialmente en Colombia a nivel nacional, debido a que son muy escasos los estudios realizados con relación a esta temática, esto con el fin de brindar información clara y concisa del tema investigado.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Ansiedad*. Estados Unidos: APA.
- Bass (1990). *Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad*. Revista Redalyc. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/101/10100407/>
- Bernal H. (2010). *Síntoma psíquico*. Recuperado de <https://bernaltieneunblog.wordpress.com/2010/09/16/151-el-sintoma-psiquico/>
- Barraca J. (2019). *Temores y fobias*. Madrid, España Recuperado de <http://jorgebarraca.com/service/temores-fobias-especificas/>
- Berrios (2011). *Construcción de los síntomas psíquicos*. Montevideo pp 21. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/6308/1/Campos%2C%20Karina.pdf>
- Cabral M., Delgadillo O., Flores E., & Sánchez F. (2014) *Manejo De La Ansiedad En El Paciente Pediátrico Oncológico Y Su Cuidador Durante La Hospitalización A Través De Musicoterapia*. Revista de Psicooncología. Vol. 11, Núm. 2-3; pp. 243-258. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/47386/44419>
- Carreño S., & Chaparro L. (2016) *Agrupaciones de cuidadores familiares en Colombia: perfil, habilidad de cuidado y sobrecarga*. Revista Pensamiento Psicológico, vol. 15, núm. 1, 2017, pp. 87-101. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80149351007>
- Carreón C., Pérez E., & Olague V. (2014) *Nivel de depresión en el cuidador primario del paciente con cáncer*. Rev Enferm Inst Mex. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim143c.pdf>
- Castellanos M., Guarnizo C., Salamanca, Y. (2011). *Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana*. International Journal of Psychological Research. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2990/299022819007/>
- Camacho L., Hinostrosa G. & Jiménez A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. Revista Enfermería Universitaria. Vol. 7, Núm 4; pp. 37-38. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3587/358741836006.pdf>
- Campos, A.K. (2015). *Construcción de los síntomas psíquicos*. Un caso ejemplar en el siglo XXI: la depresión (trabajo final de grado). Universidad de la República, Uruguay, pp 22. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/6308/1/Campos%2C%20Karina.pdf>
- Congreso de la República de Colombia (2010). *Ley 1384 del año 2010*. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1384_2010.html
- Congreso de la República de Colombia (1993). *Ley 100 del año 1993*. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Congreso de la República de Colombia (2011). *Ley 1438 del año 2011*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

- Congreso de la República de Colombia (2013). *Ley 1616 del año 2013*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Congreso de la República de Colombia (2009). *Ley 33 del año 2009*. Recuperado de <https://vlex.com.co/vid/proyecto-ley-senado-451467698>
- Constitución Política (1991). Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
- Constitución Política (1991). *Artículo 49*. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
- Equipo Safetya (2017). *Descripción sociodemográfica*. Recuperado de Decreto 1072 de 2015 en su artículo 2.2.24.6.2 (2015). Recuperado de <http://www.atcalsas.com/normas/generalidades-sst/decreto-1072-de-2015>
<https://safetya.co/descripcion-sociodemografica-de-los-trabajadores/>
- Galindo O., Meneses A., Herrera A., Caballero M., & Aguilar J. (2015) *Escala Hospitalaria De Ansiedad Y Depresión (HADS) En Cuidadores Primarios Informales De Pacientes Con Cáncer: Propiedades Psicométricas*. Revista de Psicooncología. Vol. 12, Núm. 2-3; pp. 383-392. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/51016>
- Hernández-Sampieri R., Fernández C., & Baptista P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ª ed. Bogotá: McGraw Hill pp 4-350. Recuperado de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Instituto de Psicología Espasa (2013). *Psicooncología*. Recuperado de <http://www.institutespasa.com/es/psicooncologia/psicooncolog%C3%ADa-%C2%BFqu%C3%A9-es>
- Instituto Nacional de Cancerología en Colombia (2015). *Incidencia, mortalidad y prevalencia de Cáncer en Colombia 2007-2011*. 1º ed. Bogotá: Ministerio de salud y protección social pp 24-36. Recuperado de <http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/incidencia1.pdf>
- Islas N., Ramos B., Aguilar M. & García M. (2006) *Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC*. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852006000400006
- Jarne A., Talarn A., Armayones M., Horta E. & Requena E. (2008). *Psicopatología*. España: NA. Recuperado de http://www.academia.edu/18887212/LIBRO_DE_BASE_Psicopatologia
- Lang P. (1968). *Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct*. Research in psychotherapy. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/record/2004-15393-004>
- Lipowsky (1990). *Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad*. Revista Redalyc. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/101/10100407/>
- López F., Fernández O., Mareque M. & Fernández A. (2011). *Abordaje terapéutico del insomnio*. Revista SEMERGEN. Vol. 38, Núm. 4; pp. 233-240. Recuperado de

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359311004461>
- Luna R. (2019). *Estado de ánimo depresivo*. Madrid, España Recuperado de <https://psicologaenmadrid.com/que-hacemos/estado-de-animo-depresion-bipola>
- Marcos A. (2018). *Los Estratos sociales en Colombia*. Bogotá Recuperado de https://elpais.com/internacional/2018/04/20/colombia/1524176587_818282.html
- Mayo Clinic. (2019). *Palpitaciones cardíacas*. EEUU. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/heart-palpitations/symptoms-causes/syc-20373196>
- Mercola J. (2018). *Ansiedad*. Recuperado de <https://articulos.mercola.com/ansiedad/que-es-la-ansiedad.aspx>
- Ministerio de Educación. (2018). *Niveles de educación*. Bogotá Recuperado de https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-233834.html?_noredirect=1
- Ministerio de salud. (2015). *Encuesta nacional de salud mental*. Bogotá: Colciencias. Recuperado de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf
- Ministerio de salud. (2015). *Observatorio nacional de cáncer en Colombia*. Bogotá: Minsalud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-cancer.pdf>
- Ministerio de salud. (1994). *Resolución Número 5261 de 1994*. 2019. Bogotá: Minsalud Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCi%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf
- Muñoz, H. (2009). *Somatización: consideraciones diagnósticas*. Revista Med. Vol. 17, pp. 2-3. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562009000100009
- Naranjo, M. (2009). *Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo*. Revista Educación, Vol. 33, pp. 171-190. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>
- Observatorio económico social UNR (2015). *Indicadores sociodemográficos*. Recuperado de <http://www.observatorio.unr.edu.ar/indicadores-sociodemograficos/>
- Ochoa N. (2019). *Funcionamiento Intelectual*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/317803400/Funcionamiento-Intelectual>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Definición de cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Control del cáncer*. España: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/modules/es/>
- Oviedo A., (2009). *El sexo es una condición orgánica que distingue al macho de la hembra*. Asturias, España. Recuperado de <https://www.elcomercio.es/gijon/20090826/asturias/sexo-condicion-organica-distingue-20090826.html>
- Papalia, D. Sterns, H., Duskin, R., & Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y la vejez* (3ª ed.). Recuperado de <http://anyflip.com/vede/zxsq/basic>
- Quirónsalud. (2019). *Tipos y tratamientos de sudoración excesiva*. Madrid, España Recuperado de

- <https://www.quironsalud.es/blogs/es/piel-protege-cuidala/tipos-tratamiento-sudoracion-excesiva>
- Rangel, Ascencio, Ornelas, Allende, Landa & Suarez (2013). *Efectos de la solución de problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa: un estudio pilot*.
Revista colombiana de psiquiatría (2016). *Validación en Colombia de Instrumentos*. Bogotá pp 146-155 Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n3/v45n3a02.pdf>
- Rodríguez P. (2008). *Técnicas e instrumentos de investigación*. 2009 Recuperado de http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/tecnicas_instrumentos.html
- Sapag J., Lange I., Campos S. & Piette J. (2010). *Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina*. Panam Salud. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v27n1/01.pdf>
- Sierra J., Ortega V., & Zubeidat, I. (2003) *Ansiedad, Angustia Y Estrés: Tres Conceptos A Diferenciar*. Revista Mal-Estar E Subjetividade pp. 10–59. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Tamayo M. (2003). *El proceso de la investigación científica*. México: Limusa. Recuperado de <https://clea.edu.mx/biblioteca/Tamayo%20Mario%20-%20El%20Proceso%20De%20La%20Investigacion%20Cientifica.pdf>
- Time to change (2018). *Ansiedad y pánico*. Recuperado de <http://www.time-to-change.org.uk/about-mental-health/types-problems/anxiety-disorders>
- Vega Angarita, O., & Ovallos Lizcano, F., & Velásquez Ardila, N. (2012). *Sobrecarga de los cuidadores de pacientes oncológicos usuarios de la Clínica Cancerológica, en San José de Cúcuta*. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145226758006.pdf>
- Vorvick L., (2017). *Dolores musculares*. Washington. Recuperado de <http://eclinicalworks.adam.com/content.aspx?productId=39&pid=5&gid=003178>
- Zimmer C., (2018) *¿Cuántos años puede vivir un ser humano?*. New York. Recuperado de <https://www.nytimes.com/es/2018/07/05/expectativa-de-vida-longevidad/>

ANEXOS

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre del paciente: _____

Fecha de evaluación: _____

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Resolución 008430 del Ministerio Nacional de Salud)

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: NIVELES DE ANSIEDAD EN CUIDADORES DE PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA SOCIEDAD ONCOLÓGICA DEL CESAR-(SOHEC)

OBJETIVO DE ESTUDIO: Describir los niveles de ansiedad en los cuidadores primarios de los pacientes oncológicos adultos en la Sociedad Oncológica del César (SOHEC) de la ciudad de Valledupar.

Procedimientos a Seguir: Se aplicara la escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), la cual será aplicada por los investigadores y posteriormente se hará una análisis de la misma con el objetivo de dar respuesta a esta investigación.

Confidencialidad: La privacidad de las informaciones será garantizada por los investigadores del estudio y su utilización obedecerá estrictamente a objetivos científicos. Los sujetos que participen en esta investigación tendrán acceso a la información generada por la misma. Si usted no entendió alguna parte de este documento, pregunte al investigador antes de firmar. Reconozco el recibimiento de este acuerdo constituido por un consentimiento informado y acepto participar en este estudio.

Firma del participante

Cédula

Firma del investigador

Cédula

Firma del investigador

Cédula



SOCIEDAD DE ONCOLOGÍA &
HEMATOLOGÍA DEL CÉSAR LTDA.
SOHEC



Certificado por el
INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN
Resolución No. 201600000 del 14-11-2016

24 septiembre 2018
Valledupar, César

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CÉSAR**

Cordial saludo

Por medio de la presente se les informa que las estudiantes de su programa GALIA GONZÁLEZ VALENCIA identificada con la cédula de ciudadanía N° 1067940237 y LAURA OSPINO DE LA ROSA identificada con la cédula de ciudadanía N° 1065826329 se les permitió realizar en nuestra institución la investigación titulada: **NIVELES DE ANSIEDAD EN CUIDADORES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ADULTOS** y además aplicar posteriormente el instrumento: **ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**, en 60 cuidadores de los pacientes oncológicos.

Lo anterior se hace con la finalidad de dar respuesta a la investigación realizada por las estudiantes.

Cordialmente,

**DR. RAIMUNDO MANNEH AMASTHA
REPRESENTANTE LEGAL**

Carrera 15 # 14 – 91 Edificio Centro Médico San Jorge
Tels: 5804141 - 5602310 - 5803667 Fax: 5804040
Formato Digital