

## REACCIÓN EMOCIONAL EN FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Gloria Reyes Cruz<sup>1</sup> y Jaime Ernesto Vargas Mendoza<sup>2</sup>

Instituto Mexicano del Seguro Social

México

### RESUMEN

20 familiares cuidadores de pacientes con cáncer fueron examinados mediante la Escala de Hamilton para la Depresión y el Inventario de Ansiedad de Beck. 85% de ellos mostraron reacción depresiva y 15% reacción de ansiedad. Los datos fueron más congruentes con los reportados previamente para los enfermos y superiores a los reportados previamente para los familiares cuidadores. Se concluye considerando que se requiere de mayor investigación sobre la incidencia de estos factores emocionales en los familiares cuidadores y en incluir a estos en los programas de tratamiento psicológico.

Palabras clave: cáncer, familiares cuidadores, depresión, ansiedad

### ABSTRACT

20 relatives carrying cancer patients were examined through the Hamilton Depression Scale and the Beck Anxiety Inventory. 85% of them show depression and 15% anxiety reactions. Data was more congruent with previous reports including patients and were superior of those reported for carrying relatives. Conclusions points on the need for more research on the emotional reactions of carrying relatives and their inclusion in psychological programs for clinical intervention.

Key words: cancer, carrying relatives, depression, anxiety

---

1 – abril\_musi@hotmail.com

2 – je\_vargas@yahoo.com.mx

El cáncer es una de las enfermedades que ha diezmando al hombre a lo largo del tiempo. Actualmente se piensa que es una enfermedad moderna relacionada con nuestro estilo de vida, sin embargo, se ha presentado desde años atrás. En el antiguo Egipto se encuentran antecedentes de ello y fue el médico griego Hipócrates quien la denomina "cáncer", los estudios diversos de diferentes áreas de la salud se han intensificado para buscar una solución o disminuir el índice de prevalencia, sin embargo, el resultado no ha sido del todo positivo, la población a través de su conducta no facilita la prevención y eso intensifica la problemática.

Las repercusiones que el cáncer ha traído consigo han sido muchas, englobando los ámbitos psicológico, fisiológico, social y familiar.

Toda enfermedad es la ausencia de la salud y al verse una persona ante lo desconocido, esto le genera reacciones emocionales, dichas reacciones se presentan con mayor intensidad en los pacientes y familiares. Conocer las reacciones emocionales, como la depresión y la ansiedad, es importante para poder brindar una intervención eficaz, antes, durante y después de un proceso de cáncer.

En el cáncer, su diagnóstico y tratamiento produce con frecuencia estrés psicológico por los síntomas de la enfermedad en sí mismos, así como por la percepción del paciente y de su familia de lo peligroso de la enfermedad y de los estigmas que conlleva.

Estadísticas del INEGI revelan que durante 2014 el cáncer en órganos hematopoyéticos es el de mayor presencia en hombres (59.2%) y mujeres (61.1%) menores de 20 años de edad, en el mismo rango de edad, en 2014, la tasa más alta de letalidad hospitalaria por tumores malignos en la población menor de 20 años se presenta en el grupo de 15 a 19 años de edad: cinco de cada 100 varones y cuatro de cada 100 mujeres que egresan del hospital por un tumor maligno, fallecen. (INEGI, 2017)

Las estadísticas presentadas nos dan un panorama específico de la situación de cáncer en México.

Lara (2006) cita a Ritterband & Spielberger, (2001), refiriendo que el trastorno que se asocia con más frecuencia con el cáncer es la depresión, por lo cual se afirma que la prevalencia puede alcanzar hasta un 85% en los pacientes oncológicos.

En relación a la ansiedad, en un estudio llevado a cabo en Alemania y publicado en el 2001 con 517 pacientes con cáncer (75% mujeres), los autores concluyen haber encontrado un 13% de prevalencia en el último mes para cualquier trastorno de ansiedad (Cano, 2005).

Diversas investigaciones han demostrado que en el grupo de cuidadores (familia), también han prevalecido trastornos como la ansiedad y la depresión.

Rodríguez (2002) en una investigación realizada hace unos pocos de años, se examinaron ambos grupos: pacientes con diagnóstico de cáncer y al grupo de los familiares, enfocándonos en los resultados del grupo familiar se encontró que existe una alta prevalencia de ansiedad y síntomas depresivos en los grupos de cuidadores familiares. Se descubrió que un 56,3% (n = 209) de los pacientes daban positivo en la escala de ansiedad y un 23,2% (n = 86) en la escala de depresión.

También se han hecho estudios en los cuales se ha comprobado que el estado emocional de una persona con cáncer es factor importante para poder ver un avance o un desgaste mayor ante los tratamientos a los cuales se está sometiendo, Frankenhaeuser (1979) "ha demostrado que la respuesta fisiológica al estrés varía en función de factores tan estrictamente psicológicos como la percepción de control de la situación estresante por parte de un individuo inmerso en ella" (Bayés, 1985, p.p. 61).

Las reacciones emocionales que un paciente experimenta ante una enfermedad crónica como lo es el cáncer, influyen en su estado de ánimo y su recuperación, sin embargo, el paciente no es el único sujeto que experimenta las reacciones emocionales, sino que también sus familiares.

El ciclo por el que un paciente pasa en el campo de la oncología, no es individual, regularmente en el ciclo se encuentran los familiares también, ambos pasan este ciclo con trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad.

Depresión y ansiedad se presentan en ambos ámbitos, pacientes y familiares. La depresión es el resultado de situaciones de estrés relacionados al diagnóstico y tratamiento del cáncer y su medicación, mismos procesos que el familiar experimenta en el acompañamiento, mientras que la ansiedad en el campo de la oncología se expresa a través del diagnóstico de cáncer, en la espera de los procedimientos y pruebas, cuando cambia el tratamiento y después de enterarse de que hay una recaída. Vita (2000).

## ANSIEDAD

La ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y emocional, apareciendo generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas. Es una reacción autónoma del organismo. La ansiedad incontrolable, duradera y con efectos perjudiciales sobre el rendimiento y la adaptación es la que se considera patológica. Dicha ansiedad patológica

puede observarse mediante la presencia de irritabilidad, dificultades para conciliar o mantener el sueño, dificultades de atención/concentración, aprensión duradera, disminución del rendimiento intelectual, inquietud, preocupación excesiva y alerta, entre otros muchos síntomas y signos posibles. (Maté, 2004)

Los síntomas conductuales son: aislamiento social, evitación de los estímulos temidos, irritabilidad, mutismo, verborrea, inquietud interna, agitación psicomotriz, hiperactividad. (Maté, 2004)

Existen distintas categorías clínicas entre los diagnósticos de ansiedad:

- La crisis de angustia (panic attack) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.
- La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.
- El trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
- La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
- La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).
- El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

- El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.
- El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
- El trastorno de ansiedad no especificado se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria). (Pichot, 1995, p.401-403)

## DEPRESIÓN

Existen distintas categorías clínicas entre los diagnósticos de depresión que son denominados trastornos del estado de ánimo:

- El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).
- El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).
- El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

- El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.
- El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).
- El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.
- El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda). (Pichot, 1995, p.323-324).

La familia con un paciente de diagnóstico cáncer afronta una crisis desde el momento en el que se comienza con la sospecha de un probable cáncer, este momento de crisis conlleva una reacción emocional de primera instancia, la ansiedad.

Diversos estudios han identificado la problemática psicológica que se presenta en los familiares, principalmente trastornos de ansiedad y depresión. Maslach y Jackson (1996) en su teoría del estrés en cuidadores primarios, caracterizaron al síndrome de desgaste del cuidador primario como un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de suma atención (Aguilar, 2009) mismas reacciones emocionales permiten que la calidad de vida del paciente así como su estabilidad se vean afectados.

Estudios en familiares con pacientes cursando con alguna enfermedad crónica, han encontrado mediante la aplicación de la escala de Zarit, que el 96% presentaban ansiedad y el 100 % depresión. Estos autores concluyen que es importante anotar que la depresión y la ansiedad son entidades subdiagnosticadas en los cuidadores. (Aguilar, 2009)

En el presente trabajo se valoró la presencia de ansiedad y depresión en los familiares de pacientes oncológicos, que reciben atención ambulatoria, quimioterapia, en el Hospital General de Zona N° 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación en Oaxaca.

A partir de lo anterior, se planteó como objetivo de este estudio conocer las reacciones emocionales en familiares de pacientes a fin de comprender el proceso de la enfermedad en las familias y establecer bases para proponer alternativas psicoterapéuticas.

## METODO

<b>Sujetos</b>	20 familiares cuidadores de pacientes oncológicos recibiendo quimioterapia en la Unidad de Medicina Ambulatoria del HGZ1 – IMSS - Oaxaca
<b>Materiales</b>	Se utilizaron dos cuestionarios, la Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) (Hamilton, 1960) y el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck & Steer, adaptación española de Sanz et al, 2011)
<b>Procedimiento</b>	Fase I.- Reclutamiento y consentimiento informado de los sujetos  Fase II.- Aplicación de los cuestionarios de manera individual  Fase III.- Calificación de los cuestionario y presentación gráfica de los datos

## RESULTADOS

En la Figura 1 se muestran los niveles de Depresión de los familiares de pacientes Oncológicos bajo tratamiento. Se puede observar que el 85% mostró depresión. La mayoría de ellos manifestaba una depresión ligera (40%) pero un 25% tenía depresión severa y un 15% depresión muy severa (véase la Tabla 1 también).

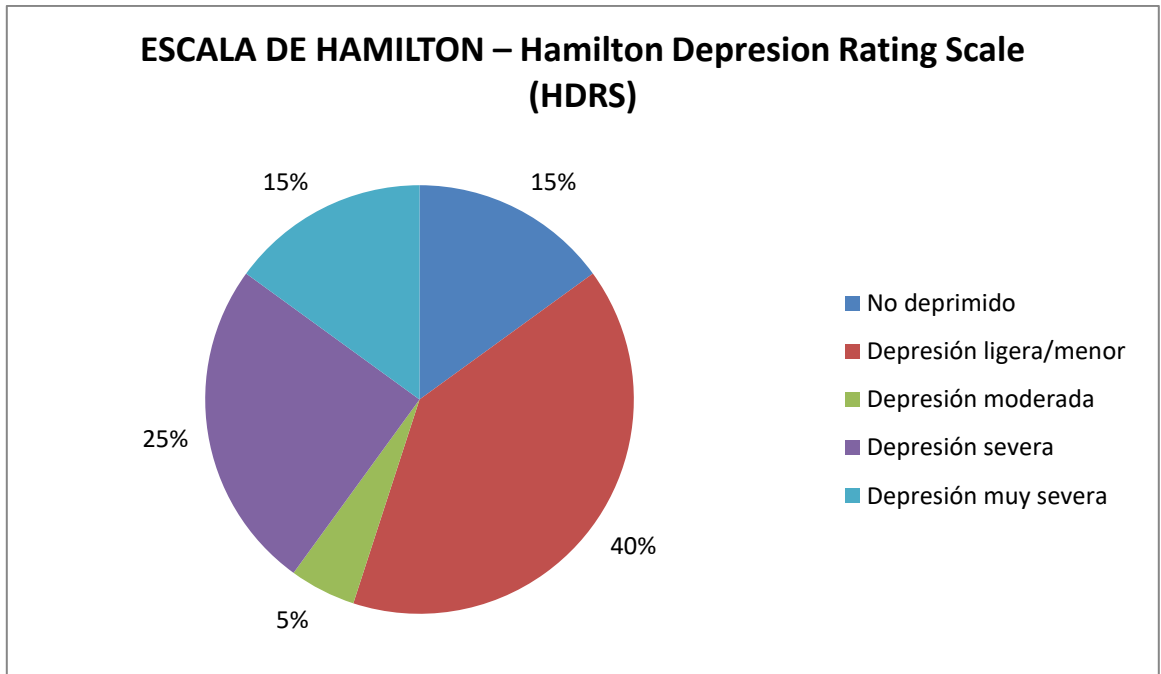


Figura 1 – Niveles de Depresión en familiares de pacientes Oncológicos bajo tratamiento

CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN REAL	TOTAL	TOTAL %
No deprimido	0-7	I.I.I.	3	15%
Depresión ligera/menor	8-13	I.I.I.I.I.I.I.I.	8	40%
Depresión moderada	14-18	I.	1	5%
Depresión severa	19-22	I.I.I.I.I.	5	25%
Depresión muy severa	>23	I.I.I.	3	15%
TOTAL = 20 100%				

Tabla 1 – Datos de la Escala de Hamilton

En la Figura 2 podemos observar los niveles de Ansiedad en los familiares de pacientes Oncológicos bajo tratamiento. Todos ellos reportaron cursar con reacciones de ansiedad. Ahí vemos que la mayoría presentaron una ansiedad muy baja (85%) a niveles sub-clínicos y solo 10% mostraba ansiedad moderada y un 5 % ansiedad severa (véase la Tabla 2 también).



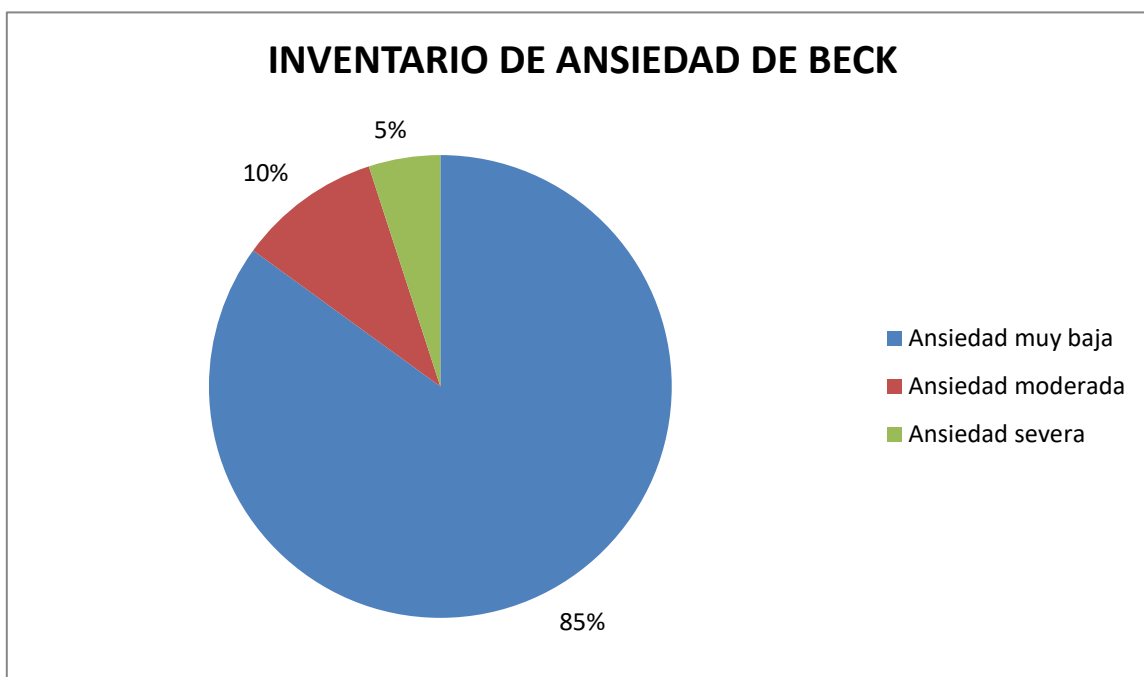


Figura 1 – Niveles de Ansiedad en familiares de pacientes oncológicos bajo tratamiento

CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN REAL	TOTAL	TOTAL %
ANSIEDAD MUY BAJA	00-21	I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.I.	17	85%
ANSIEDAD MODERADA	22-35	I.I.	2	10%
ANSIEDAD SEVERA	Más de 36	I.	1	5%
TOTAL = 20				100%

Tabla 2 – Datos del Inventario de Ansiedad de Beck

## DISCUSIÓN

Los datos obtenidos de la pequeña muestra evaluada en este estudio no corresponden a los reportados previamente por Rodríguez (2002) quien también estudió las reacciones emocionales de los familiares cuidadores de enfermos de cáncer, encontrando en ellos 56.3% con ansiedad y 23.2% con depresión (más ansiedad que depresión). En cambio, nuestros sujetos manifestaron un 85% con depresión y 15% con

ansiedad, cifras que corresponden más a las reportadas para los pacientes en los estudios de Lara (2006) cuando cita a Ritterband & Spielberger (2001) y Cano (2005), respectivamente (más depresión que ansiedad).

Estas diferencias posiblemente se pudieran atribuir a los diferentes métodos y materiales de estudio o cuestionarios utilizados o a algunas características de los sujetos examinados. Se requerirá de mayor investigación para evaluar estos factores.

En nuestro caso, queda clara la necesidad de elaborar programas de intervención psicológica en apoyo de los pacientes con cáncer y de sus familiares cuidadores, que contemplen sesiones de tratamiento para sus reacciones emocionales (depresión y ansiedad), que les permitan acceder a una mejor calidad de vida, que a su vez les posibilite una mejor función como cuidadores y una mejor condición para su propia salud emocional.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Aguilar, B. S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Instituto nacional de cancerología en México* , 39-46.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer . *Psicooncología* , 71-80.
- Hamilton M. C. (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23, 56-62
- INEGI. (2017). *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero)*. Aguascalientes : INEGI.
- Jorge Mate, M. F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología* , 211-230.
- Lara, S. C. (2006). depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *PEPSIC*, 10.
- Pierre Pichot, J. J.-I. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* . México: MASSON S.A.
- Rodríguez Vega, A. O. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores . *Eur.J.Psychiat*, 27-38.
- Sanz J., Vallar F., de la Guía E., y Hernández A. (2011) *Inventario de ansiedad de Beck*. Pearson Educación, S. A.

Toro, R. B. (1985). *Psicología oncológica: prevención y terapéutica psicológica del cáncer* .  
Barcelona: Martínez Roca.

Vicente T. de Vita, S. H. (2000). *Cáncer, principios y práctica de oncología* . Madrid - España:  
Editorial médica panamericana .