

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“Terapia Racional Emotiva Conductual para Ansiedad y síndrome de
Burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer, que asisten a
FANLYC”**

Autora:

Jestanni Mahel Martínez Alonzo

Trabajo de Graduación para optar por el
título de Magíster en Psicología Clínica

PANAMÁ REPÚBLICA DE PANAMÁ, 2018.

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

Formulario De Inscripción Programa De	Psicología Clínica
Maestría en	
Facultad de	Psicología
Número de código	
Nombre del estudiante	Jestanni Mahel Martínez Alonzo
Cédula	8-806-1430
Título que aspira	Maestría en Psicología Clínica
Tema de la tesis	Terapia Racional Emotiva Conductual para la ansiedad y síndrome de Burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer, que asisten a FANLYC.

Nombre del asesor: Dra. Graciela Mabel Álvarez

Firma del asesor: _____

Firma del estudiante: _____

Aprobado por: _____

Coordinador del programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de
Investigación y Postgrado

DEDICATORIA

Dedico este estudio:

A mi hijo Ángel David Mela Martínez y a mi esposo Ricardo Mela por su paciencia y comprensión.

A mis Padres Rogelio y Marta, por su apoyo incondicional y consejos diarios.

A mis profesores que con sabiduría supieron impartir sus enseñanzas y guiarme hasta ver cumplida esta meta.

Y a los cuidadores de familiares con cáncer que luchan por contribuir en mejorar la calidad de vida de las personas que presentan esta condición.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos

Deseo agradecer a Dios por darme la Gracia, sabiduría y motivación a lo largo de mi vida.

A mi hijo, por su paciencia y amor.

A mi Esposo, por su apoyo y confianza.

A mis Padres, por su apoyo incondicional y motivación.

A mi Hermano Alex, por su paciencia, apoyo y buenos consejos.

A mis queridas colegas: Pris, Iza, Dama, Sher y Carli por sus sugerencias, apoyo incondicional.

A mis compañeros y jefes de trabajo por su motivación.

A los hermanos de la Iglesia que mediante sus oraciones, me ayudaron a confiar en que esta meta se cumpliría.

Con mucho respeto y cariño a la Dra. Graciela Mabel Álvarez, asesora de este estudio, por sus orientaciones, y motivación.

Al profesor Ricardo López por su apoyo y buena disposición.

A la profesora Elsa Fajardo por sus orientaciones en la revisión metodológica de este trabajo, gracias profesora.

A la Fundación FANLYC por permitirme realizar este valioso estudio en su fundación y a la Licda. Elis K. Ceballos psicóloga de la misma por sus asesoramientos, intervenciones con el objetivo que se completara esta investigación a favor de los cuidadores de niños y adolescentes con cáncer.

Y un agradecimiento muy especial a los cuidadores de las personas con cáncer que me permitieron en el marco del respeto y confidencialidad información relevante sobre la manera en que confrontan la condición de salud de sus familiares.

A todos, gracias porque su apoyo me ha permitido adquirir nuevos conocimientos y sensibilizarme más con las personas que padecen de cáncer y quiénes brindan su apoyo incondicional a los mismos, sus cuidadores.

TABLA DE CONTENIDOS

Portada	I
Registro de tesis	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice de contenidos	V
Índice de tablas	VII
Índice de gráficas	VIII
Índice de imágenes	IX
Índice de anexos	IX
Resumen	1
Introducción	2
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	4
1.1 Antecedentes	5
1.2 Ansiedad	12
1.2.1 Definición	12
1.2.2 Ansiedad rasgo y ansiedad estado	14
1.2.3 Ansiedad normal y patológica	15
1.2.4 Signos y síntomas de la ansiedad	16
1.2.5 Trastornos de Ansiedad	18
1.3 Qué es el cáncer	21
1.3.1 Tipos de cáncer en niños y adolescentes	22
1.3.2 Epidemiología en Panamá – Cifras de FANLYC	23
1.4 Cuidador Primario	24
1.4.1 Definición	24
1.4.2 Síndrome de Desgaste del Cuidador Primario	26
1.5 Síndrome de Burnout	27
1.5.1 Definición	27
1.5.2 Diferencia entre estrés y burnout	30
1.5.3 Características del Burnout	31
1.6 Terapia Cognitivo-Conductual	33
1.6.1 Definición	33
1.7 Terapia Racional Emotiva Conductual	37
1.7.1 Definición	37

1.7.2	El pensamiento racional e irracional	38
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO.....		40
2.1	Planteamiento del problema:.....	41
2.2	Objetivos generales y específicos	41
2.2.1	Objetivos generales.....	41
2.2.2	Objetivos específicos	41
2.2.3	Preguntas de investigación	42
2.3	Hipótesis.....	43
2.3.1	Hipótesis de Investigación.....	43
2.3.2	Hipótesis experimentales y estadísticas.....	43
2.4	Diseño de investigación.....	44
2.5	Tipo de investigación.....	44
2.6	Definición de las variables	45
2.6.1	Variable Independiente	45
2.6.2	Variable Dependiente.....	46
2.7	Población y selección de la muestra	48
2.7.1	Criterios de inclusión	48
2.7.2	Criterios de exclusión	48
2.8	Técnicas de medición.....	49
2.9	Diseño estadístico	50
2.10	Procedimiento.....	51
2.11	Procedimientos éticos en la investigación	52
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....		53
3.1	Descriptivos	55
3.2	Pruebas de Hipótesis	58
3.3	Discusión de los resultados.....	62
CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		67
4.1	Conclusiones.....	68
4.2	Recomendaciones.....	72
Bibliografía		73
ANEXOS		78
Anexo n° 1. Modelo de consentimiento informado		79
Anexos n° 2. Sesiones Terapéutica		81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No.1. Aspectos descriptivos de la Muestra de cuidadores de niños y adolescentes con cáncer que asisten a FANLYC, 2018.....	Pág.55
Tabla No. 2. Puntajes T obtenidos en el pretest y postest de las subescalas <i>del inventario del síndrome de Burnout</i>	Pág.56
Tabla No.3: Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pretest y el postest en la subescala Ansiedad estado.....	Pág.58
Tabla No.4: Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala de ansiedad estado.....	Pág.58
Tabla No.5: Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pretest y el postest en la subescala Cansancio/agotamiento Emocional.....	Pág.59
Tabla No.6: Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala Cansancio/Agotamiento emocional (CE).....	Pág.59
Tabla No.7: Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pretest y el postest en la subescala Despersonalización.....	Pág.60
Tabla No.8: Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala Despersonalización.....	Pág.60
Tabla No.9. Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pretest y el postest en la subescala Realización Personal.	Pág.61
Tabla No.10: Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala Realización Personal.....	Pág.61

ÍNDICE DE GRÁFICAS

- Gráfico No.1. Puntajes T obtenidos en el pretest y postest de la subescala de ansiedad estado de IDAREPág.55
- Gráfico No.2. Puntajes obtenidos en el pretest y postest de la subescala Cansancio/Agotamiento Emocional del inventario del síndrome de Burnout.....Pág.56
- Gráfico No.3. Puntajes obtenidos en el pretest y postest de la subescala de Despersonalización del inventario del síndrome de Burnout.....Pág.57
- Gráfico No.4. Puntajes obtenidos en el pretest y postest de la subescala Realización Personal del inventario del síndrome de Burnout.....Pág.57

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen N° 1. Síntomas de la Ansiedad.....	Pág. 18
Imagen N° 2. Consecuencias del Síndrome de Burnout.....	Pág. 29

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1. Modelo de consentimiento Informado.....	Pág. 79
Anexo N° 2. Sesiones Terapéuticas.....	Pág. 81

RESUMEN

En la presente investigación se valoró el efecto de la terapia Racional Emotiva Conductual en la disminución de la ansiedad y del nivel del burnout en cuidadores de pacientes con diagnóstico de cáncer de FANLYC. La muestra estuvo conformada por 6 cuidadores en con un rango de edad entre 20 y 60 años. El cual se le evaluó a través del inventario de ansiedad estado (IDARE), inventario de Burnout de Maslach y Jackson. El estudio abordado fue de tipo explicativo de tipo pre experimental con pre test y pos test y un solo grupo, y la selección de la muestra fue no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia.

El programa terapéutico utilizado tuvo una duró 10 sesiones que se trabajaron de manera grupal, la primera se realizó una entrevista clínica y la aplicación del pre test; de la sesión 2-9 se realizaron las intervenciones terapéuticas con una duración de una hora aproximadamente por sesión. Y en la última sesión se realizó la aplicación del post test.

ABSTRACT

In the present investigation, the effect of Rational Emotive Behavior Therapy in the reduction of anxiety and the level of burnout in caregivers of patients diagnosed with FANLYC cancer was evaluated. The sample consisted of 6 caregivers in an age range between 20 and 60 years. Which was evaluated through the state anxiety inventory (IDARE), Burnout inventory of Maslach and Jackson. The study addressed was an explanatory type of pre-experimental type with pre-test and post-test and a single group, and the selection of the sample was non-probabilistic of an intentional type or for convenience.

The therapeutic program used lasted 10 sessions that were worked in a group manner, the first was a clinical interview and the application of the pretest; from session 2-9 therapeutic interventions were carried out with a duration of approximately one hour per session. And in the last session the application of the post test was carried out.

Introducción

La ansiedad puede ser normal o patológica, esta es el resultado de sensaciones o alteración del estado emocional normal frente a diferentes hechos que forman parte del diario vivir. Para el manejo de la ansiedad es importante que se trabaje en el aumento de la autoeficiencia, en la sensación del sujeto de tener confianza de que tiene control sobre su entorno. Entre las características más sobresalientes del síndrome del cuidador primario se encuentran: irritabilidad, dificultades para conciliar el sueño, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo.

La presente investigación consiste valorar el efecto de la Terapia Racional Emotiva Conductual en la disminución de la ansiedad y del síndrome de Burnout en cuidadores de pacientes con diagnóstico de Cáncer de FANLYC. Para ello se uso una muestra de 6 cuidadores entre 20 y 60 años a los cuales se les aplicaron los instrumentos de evaluación: Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) y el Inventario de Burnout de Maslach y Jackson. Estos instrumentos fueron aplicados antes y después del Programa Terapéutico y permitieron comparar los resultados para disminuir los síntomas de ansiedad y el síndrome de burnout de los cuidadores.

En el primer capítulo se presentan los antecedentes, justificación de la investigación y el marco teórico. En el cual comenzamos hablando de la ansiedad, ansiedad rasgo y ansiedad estado, signos y síntomas de la ansiedad, trastorno de ansiedad, cuidador primario, síndrome de desgaste del cuidador primario, síndrome de burnout entre otros.

En el segundo capítulo se describe la metodología de la investigación, que incluye: planteamiento del problema, objetivo general, objetivos específicos, preguntas de investigación, hipótesis, tipo de investigación, diseño de la investigación, población y muestra, variables, instrumentos utilizados, procedimientos y los análisis estadísticos empleados.

En el tercer capítulo se describen los resultados hallados a través de la estadística descriptiva e inferencial y se concluye realizando un análisis de los mismos.

El cuarto capítulo inicia con las conclusiones y finaliza con las recomendaciones. Luego se colocan las referencias bibliográficas que se utilizaron en la investigación realizada. Al final del trabajo se colocan los siguientes anexos: consentimiento informado, cronograma de actividades, descripción de las sesiones realizadas.

CAPÍTULO I.
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1.1 Antecedentes

La Revista Psicología Clínica de México (2005), publicó un estudio sobre la ansiedad, donde se demostró que la misma surge como respuesta emocional a diversas situaciones que se perciben o interpretan como amenazantes o peligrosas para las personas, es decir, que son reacciones no adaptativas, que se manifiestan de manera frecuente y excesiva.

Spielberger (1966, 1972, 1989) citado por Reis, F., Castañeda, C., Campos, M. Y Del Castillo, O., (2012)., considera que para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo (Cattell y Scheier, 1961). La ansiedad-estado, es un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo. Contrariamente a la ansiedad estado, la ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad.

En un estudio titulado “Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas”, (2012), se evidencia la variabilidad de la ansiedad-estado según el nivel de tensión percibida por el atleta (más intenso el día de la competencia que cuatro días antes), y la estabilidad de la ansiedad- rasgo. Afirmando también los supuestos de Spielberger, que a mayor ansiedad-rasgo, el individuo tiene a percibir con mayor facilidad los estímulos como amenazantes, por tanto, el nivel de ansiedad-estado será también más elevado, o tenderá a elevarse con mayor frecuencia. También observaron que la dimensión somática de la ansiedad-estado varía más que la cognitiva (pudiendo equivalerse con la afirmación de Spielberger que existe mayor manifestación conductual de la ansiedad-estado). Reis, F., Castañeda, C., Campos, M. & Del Castillo, O. (2012).

Para Virues, R. (2005), gracias a un análisis de la Organización Europea para la Salud en el Trabajo mencionó que en Norteamérica (Estados Unidos, Canadá y México) los trabajadores latinoamericanos presentan un cuadro en donde el 13% se queja de dolores de cabeza, un 17% dolores musculares, 30 % dolor de espalda, 20% fatiga y 28%, componentes de ansiedad. La ansiedad y sus efectos traen consigo un desgaste emocional y comportamental. (Rescatado de Revista Psicología Clínica, 2005).

Algunos datos de la Organización Mundial de la Salud del año 2001, situaban en aproximadamente 450 millones el número de personas aquejadas por este tipo de trastorno mental denominado ansiedad. (OMS, 2001).

(Bonilla, Gavín, Acién y Martínez, (2014) citado por Lazo (2016) definen al cuidador como “la persona no profesional de la salud perteneciente a la familia que proporciona la asistencia y el apoyo diario a otra persona que, por razones de incapacidad, edad, o enfermedad no puede valerse por sí misma y no recibe compensación económica por ello”.

Uribe (2006) citado por (Ramírez B., Aguilar, S., 2009), afirma que, si la persona que cuida no goza de bienestar físico y mental no puede dar una atención de buena calidad. Uribe (2006) citado por Ramírez B., Aguilar, S., 2009, refiere que el cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva a riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona.

Es importante tener presente que los cuidadores constituyen una pieza clave en la triada terapéutica equipo sanitario- enfermo-cuidador primario.

Por lo cual es común que los profesionales de salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tener en cuenta el contexto familiar donde se generan un sinnúmero de cambios, algunos nocivos para la salud de quienes desempeñan las funciones de cuidadores.

Para Zambrano et al., citado por (Reis, F., Castañeda, C., Campos, M. & Del Castillo, O., (2012); las características más prevalentes del síndrome del cuidador primario son: trastornos en el patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio, y aislamiento.

Según el Ministerio de Salud (2017), corresponde el 72% de los casos de morbilidad por ansiedad, depresión y estrés corresponde en su mayoría a mujeres en el rango de 35 a 49 años. Este elemento constituye un factor de riesgo para la población de cuidadores, que como se ha descrito, en su mayoría son mujeres.

Morales, Muñoz, Bravo, Iniesta, y Montero, (2000) encontraron que el cuidador primario está sometido a un estrés importante, en su labor demostrando la presencia de depresión y ansiedad a través de la escala 56 Ansiedad/Depresión de Goldberg. Estos investigadores detectaron en los cuidadores: ansiedad en el 60% de los sujetos investigados y depresión en el 32%, por medio de esta escala (Chang, Tsai, & Tsao, 2007).

Bethancourt, Bethancourt, Moreno y Suárez, (2014) citado por Lazo (2016) analizaron a 15 cuidadores aplicando la entrevista IDARE, Lista de Indicadores de Vulnerabilidad al Estrés, Escala de Zarit y Cuestionario de Bienestar Psicológico (CAVIAR) concluyendo que el 86.6% presentaban sobrecarga intensa, se evidencia depresión y ansiedad, la insatisfacción en las áreas personal y familiar, y reflejaron un bienestar psicológico bajo.

Martínez, Morales, Muñoz, Viafara, & Herrera (2006), realizaron un estudio donde el objetivo era describir la prevalencia del síndrome del cuidador y las características psicosociales de los cuidadores, estudiaron a 102 cuidadores y encontraron que, de acuerdo a la escala de Golberg, 87 (85.2%) de los cuidadores presentaban ansiedad y 83 (81.3%) depresión. En la evaluación de la escala de

Zarit, hubo 48 cuidadores con el síndrome del cuidador, de estos el 96% presentaron ansiedad, y el 100 % depresión. Estos autores concluyeron que es importante anotar que la depresión y la ansiedad son entidades subdiagnosticadas en los cuidadores.

Observamos como los resultados de estos estudios, confirman el concepto que los cuidadores constituyen una población en riesgo de sufrir enfermedades psíquicas y físicas. Es por ello importante la intervención del equipo de salud en el descubrimiento temprano y de los cuidadores cuya sobrecarga es tal que limita su desarrollo personal y pone en riesgo su salud física y mental.

Barrera, Pinto y Sánchez, (2010) citado por Lazo (2016) construyeron un instrumento para estudiar a los cuidadores familiares de América Latina. Y los resultados indicaron que la mayoría son mujeres en edad productiva, con varios roles, escolaridad baja o media, viven en parejas, ocupación afectada por el rol (pierden sus empleos y terminan dedicándose al hogar), nivel socioeconómico variado, tiempo al cuidado mayor de 18 meses, por 12 o más horas los 7 días de la semana. Las personas cuidadas son padres, esposos, e hijos, siendo los diagnósticos más frecuentes de los pacientes: accidentes, cáncer, enfermedad cardiovascular y respiratoria.

Los cuidadores de los pacientes con Cáncer son altamente invisibilizados. Es común que el abandono familiar, el desgaste emocional y la frustración se conjuguen en elementos constantes al rol de cuidador, dejando de lado, casi por completo, los elementos del desarrollo biopsicosocial del cuidador. En este sentido De Valle-Alonso et al., (2015) afirman que “El cuidador familiar es la persona encomendada a cubrir las necesidades básicas y psicosociales... Este puede ser asignado arbitrariamente o por conveniencia, o puede aceptar de manera voluntaria, contratada o por coerción de los familiares. Los cuidadores familiares se clasifican como principales o primarios y secundarios, éstos según el grado de responsabilidad que asumen al cuidado”.

En este sentido vale la pena recordar que el cáncer es una enfermedad que no distingue razas, niveles socioeconómicos, culturales o religiones. Por ello es importante comprender que en la amplitud de la existencia de esta enfermedad se afecta la vida no solo de quien la padece de manera directa sino también la del equipo médico tratante, la de la familia de manera inmediata la del cuidador primario.

Maslach y Jackson (1996), en su teoría del estrés en cuidadores primarios, caracterizaron el síndrome de burnout, 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. La descripción del síndrome se refiere a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga o como una combinación de ellos. El segundo aspecto, la despersonalización, un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficiarios del propio trabajo. Si bien la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa a esta misma respuesta, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos expresados en insensibilidad hacia los otros. El tercer componente en estas reflexiones es el sentimiento de falta de realización personal, donde surge una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, autoestima baja, aumento de la irritabilidad, aislamiento profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo.

Placencia Reyes y Arias Galicia (2012), realizaron un estudio en México, llamado “El Síndrome de Agotamiento Profesional (Burnout) en el personal de enfermería de un hospital del sector público del estado de Morelos” Este estudio se realizó con el objetivo de Detectar la prevalencia de los tres componentes del Síndrome de Agotamiento Profesional y la relación con la satisfacción laboral, la satisfacción con la vida y el salario. El estudio fue transversal y los instrumentos utilizados fueron: Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey, el QLabors para medir la satisfacción en el trabajo, el salario y la vida; también consultaron datos

sociodemográficos. Los resultados mostraron medias bajas y moderadas para el síndrome de Agotamiento Profesional, mientras que con la satisfacción con la vida, el trabajo y el salario, las medias fueron altas.

Roth (2010), realizaron una investigación en ciudad de La Paz, Bolivia sobre el síndrome de burnout, la personalidad y la satisfacción laboral en enfermeras de dicha ciudad. El objetivo general de la misma fue: Definir las relaciones existentes entre los componentes del síndrome de burnout con los niveles de satisfacción laboral, los rasgos de personalidad y las variables sociodemográficas de enfermeras profesionales que trabajan en hospitales en la ciudad de La Paz. Los resultados recabados fueron que se encontraron, entre otros datos, relaciones entre los elementos del síndrome de burnout con algunos componentes de la personalidad: *...el agotamiento emocional se correlaciona con la extraversión y el neuroticismo; la despersonalización lo hace negativamente con la amabilidad y positivamente con el neuroticismo; finalmente, la realización personal se correlaciona positivamente con la apertura a la experiencia, la responsabilidad, la extraversión y la amabilidad, no correlaciona con el neuroticismo. La satisfacción laboral se correlaciona positivamente con la variable 'realización personal' y negativamente con la 'despersonalización' y el 'agotamiento emocional'.* (p.86)

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

Las personas tienen su propio estilo de afrontar situaciones difíciles como una enfermedad crónica es por ello necesario conocer la base biológica y/o psicológica con que enfrentan las mismas.

Respecto al ámbito laboral de las personas, un estudio de Cooper y Marshall (1978), citados por Virues (2005), identificaron 40 factores estresantes que agrupan en 7 categorías:

- Factores intrínsecos al puesto y condiciones de trabajo
- Rol en la organización
- Relaciones sociales en el trabajo
- Desarrollo de la carrera
- Estructura y clima organizacional
- Fuentes extra organizacionales como los problemas familiares
- Características personales.

A partir de la década de los 70's se dio un cambio en el mundo del trabajo, en especial al momento en que se desarrollaron nuevas tecnologías, los cambios organizacionales y el aumento del desempleo que a su vez produjo una serie de sobre carga laboral o intensificación del trabajo de aquellos que conservaban sus puestos, dando lugar a nuevos factores de riesgos psicosociales que afectaron la calidad de vida y bienestar de las personas, surgiendo el denominado Síndrome de Burnout.

Antunes (2000), afirma que estos cambios en la vida laboral de las personas tienen implicaciones, especialmente en la subjetividad de los trabajadores, provocando este fenómeno de interés general en la sociedad moderna.

Becic, (1996) citado por Yandra Ávila (2010), menciona que es importante contar con intervenciones terapéuticas apropiadas para disminuir la ansiedad, síndrome de burnout tanto en familiar primario y el paciente oncológico. En 1956 era conocida con el nombre de "Rational Therapy" luego remplazado por el de Rational Emotive Therapy y finalmente a partir de 1994 denominada Rational Emotive Behavior Therapy o REBT (en español terapia racional emotiva conductual o TREC. Indicando que Las personas no se alteran por los hechos sino por lo que piensan de los hechos Sintética y gráficamente Ellis, resumió su teoría en lo que denomino el "ABC recordando que entre A y C siempre esta B.

- A Representa el acontecimiento activador suceso o activación.
- B representa en principio al sistema de creencias pero puede considerarse que incluye todo el contenido de sistema cognitivo (pensamientos

recuerdos imágenes supuestos inferencias actitudes atribuciones normas valores esquemas filosofía de vida etc.).

- C representa la consecuencia o reacción en ocasión de la situación A Las C pueden ser de tipo emotivo (emociones) cognitivo (pensamiento) o conducta (acciones).

Mateeus (2004), citado por Ávila (2010), explica que para conseguir el control de las emociones displacenteras primero debemos identificar los pensamientos automáticos que son los causantes de la interpretación ansiógena de las situaciones Una vez identificados al presentarse esos pensamientos automáticos debemos preguntarnos si ellos son ciertos de esta manera empezaremos a reducir la frecuencia de aparición de las emociones displacenteras para poder confrontar a los pensamientos o distorsiones cognitivas en primer lugar debemos aprender a identificarlos.

1.2 Ansiedad

1.2.1 Definición

Según el Diccionario de la Real Academia Española, la ansiedad proviene del latín “*anxietas*”, que significa angustia y aflicción. Iruarrizaga et al (1997), considera como la respuesta anticipada e involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos. Se conocen como estos estímulos al pensamiento, las ideas, las imágenes, etc., que son distinguidos por el ser humano como situación de amenaza y peligro. Todo esto va acompañado por un sentimiento desagradable que puede alterar los sentidos de quienes lo padecen.

Beck y Engler (1996), sostiene que en los pacientes que presentan ansiedad debe existir una estructura cognitiva disfuncional que los lleva a producir sesgos en los aspectos del procesamiento de la información. Para que esta estructura o esquema cognitivo tenga lugar, es necesario la aparición de un suceso, similar aquellos sucesos que proporcionaron la base para la formación durante el proceso

de socialización de los esquemas de un individuo, o sea, para la formación de reglas y actitudes almacenadas en ellos.

Lazarus (2000), se refiere a la ansiedad como una emoción existencial ya que es una reacción ante amenazas a nuestra identidad como personas, a nuestra vida, hacia quiénes somos y representamos, hacia nuestra seguridad personal, nuestro lugar en el mundo, a la forma en que somos vistos por los demás. Lazarus indica que para el manejo de la ansiedad y del estrés es imprescindible que se trabaje en el aumento de la autoeficiencia, en la sensación del sujeto de tener confianza de que tiene control sobre su entorno.

Barlow (1988), nos indica que la ansiedad es “una combinación difusa de emociones (estructura cognitivo-conductual) orientada hacia el futuro”. (Barlow (1988). En: Belloch y otros (1997), p55.Vol.2).

Belloch, Sandín y Ramos (1997), definen la ansiedad como “estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenaza, acompañados de activaciones del sistema nervioso autónomo”. (Belloch y otros (1997), p.77.Vol.2).

Lazarus (2000), señala que la ansiedad “es una emoción propia del estrés, es más propensa a aparecer y a ser intensa cuando la persona no confía o confía poco en su propia capacidad para manejar el mundo con efectividad”. (Lazarus (2000), p.271.

Desde el punto de vista de A. Beck (1985), en Belloch y otros (1997), la ansiedad se caracteriza por los parámetros de la triada cognitiva: visión del futuro incierta, visión del entorno como peligroso y visión de uno mismo como carente de capacidad o recursos para superar las situaciones. Añade que el individuo, a través de su desarrollo, ha adquirido esquemas cognitivos referentes a amenazas que se activan en algunas situaciones.

Ellis (1989), menciona que la ansiedad se deriva de la creencia irracional de que eso no debería pasar u ocurrir, y sería horrible, muy horrible si sucediera.

Belloch y otros (1997), indican que la ansiedad posee tres componentes: el cognitivo o subjetivo, el fisiológico o somático y el motor o conductual. La ansiedad es señalada como un cúmulo de emociones que se dan cuando una persona siente que está expuesta al peligro sea real o imaginaria la amenaza. Cuando un individuo tiene ansiedad y está en una condición de emergencia su cuerpo se prepara para generar una respuesta normal o adaptativa. En ese espacio se da una función relativamente importante de supervivencia, complementada a su vez con sensaciones y emociones comunes en el desarrollo humano como lo son el miedo, la ira, la tristeza y la felicidad.

Beck (1985), en Belloch y otros (1997), señala que entre las distorsiones cognitivas frecuentes en los trastornos de ansiedad generalizadas están:

- La Inferencia arbitraria: En la cual el sujeto anticipa o valora las situaciones o riesgos basados en evidencias insuficientes.
- Catastroficación: Valoración catastrófica o muy negativa de una situación.
- Maxificación: En donde el sujeto se evalúa a sí mismo, al mundo y a los demás o a cualquier situación, magnificando, lo negativo o minimizando lo positivo.
- Minimización: En donde el sujeto se percibe con muy disminuida capacidad para enfrentar una situación.
- Las reacciones de ansiedad están precedidas por pensamientos de incapacidad para controlar la situación, preocupación, inseguridad ante distintas situaciones familiares, sociales, laborales y con relación a la salud.

1.2.2 Ansiedad rasgo y ansiedad estado

Spielberger (1980), citado por Salazar (2015), señala que la ansiedad debe diferenciarse de dos maneras: como un estado transitorio o como un rasgo relativamente estable de la personalidad. Por lo que propuso la Teoría de Ansiedad Estado – Rasgo (Cattell y Scheier, 1961).

La ansiedad estado, según Spielberger (1972), citado por Salazar (2015), es un "estado emocional" inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por otro lado la ansiedad rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo; la ansiedad rasgo es considerada como un indicador pertinente de la falta de ajuste emocional a una enfermedad crónica

1.2.3 Ansiedad normal y patológica

Kaplan y Sadock (2000), señalan que “La ansiedad normal es una respuesta apropiada ante alguna situación amenazante”. La ansiedad tiene dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas y la conciencia de estar nervioso o asustado.

Esta ansiedad patológica es resultado de problemas de diversos tipos a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana, y sobre todo de sus ideas interiorizadas acerca de sus problemas.

Lazarus (2000), menciona que cuando las personas se sienten ansiosas se les dificulta relajarse y tienen la sensación de que algo va mal en la situación en que están o en la vida en general. Por lo que se sienten intranquilas, preocupadas, se encuentran invadidas por pensamientos que no pueden eliminar y que quieren evitar o escapar.

Se puede concluir que la ansiedad puede ser normal/adaptativa o patológica y que es el resultado de sensaciones o alteración del estado emocional normal frente a diferentes hechos que forman parte del diario vivir. No siempre se consideran alarmantes los síntomas de la ansiedad, ya que en ocasiones forman parte de las situaciones diarias que las personas enfrentan y que requiere que el ser humano se adapte a los diferentes escenarios de su vida.

1.2.4 Signos y síntomas de la ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional que se da ante la percepción de una amenaza o peligro y tiene como finalidad la protección del individuo.

Hamilton (1959), en su escala de ansiedad, enumera y categoriza los diferentes síntomas tanto somáticos como psíquicos que puede experimentar una persona que padece ansiedad:

- **Síntomas Cardiovasculares:** Taquicardia o pulso acelerado, Elevación de la tensión arterial, sensación de tensión baja o desmayos, Arritmias, Palpitaciones; dolor precordial en el pecho, Opresión en el pecho, Palidez o rubor.
- **Síntomas respiratorios:** Sensación de ahogo o de falta de aire (disnea); sensación de opresión o constricción en el tórax, suspiros, Ritmo respiratorio acelerado y superficial (hiperventilación).
- **Síntomas Gastrointestinales:** Náuseas, Sensación de atragantamiento o dificultad para tragar, Vómitos, Diarreas, heces blandas, dolor abdominal, cólicos intestinales, Sensación de ardor, pesadez abdominal, Flatulencia o gases, Aerofagia o tragar aire, Pérdida de peso, Estreñimiento.
- **Síntomas genitourinarios:** Micciones frecuentes, micción urgente; dolor al orinar, Amenorrea; menorragia., Disminución del deseo sexual o anorgasmia (pérdida de la libido), Eyaculación precoz e impotencia o disfunción eréctil en el hombre.
- **Síntomas neurovegetativos:** Sequedad de mucosas, especialmente de boca y lagrimales, Sudoración y salivación excesiva, Sensación de desmayo inminente, Rubor o palidez, Vértigos, Cefalea, Erectismo piloso (piel de gallina).
- **Síntomas neurológicos:** Temblores, hormigueo o parestesias, hipersensibilidad a los ruidos, olores o luces intensas, mareos o inestabilidad, insomnio: dificultad para conciliar el sueño, sueño

interrumpido, sueño insatisfactorio o no reparador, sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.

- **Síntomas somáticos musculares:** Cefaleas tensionales, especialmente en la nuca, contracturas musculares; espasmos musculares y calambres, rigidez muscular, dolor muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante.
- **Síntomas somáticos Sensoriales:** Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío o calor, sensación de debilidad, parestesias (pinchazón, picazón, hormigueos).
- **Otros síntomas Psicofísicos:** Fatiga y agotamiento; fatigabilidad, astenia (neurastenia), sensación de tensión e inquietud, llanto fácil, imposibilidad de relajarse, impaciencia, rostro preocupado., suspiros, respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics., tartamudez, disminución o aumento del apetito.
- **Funciones intelectuales y cognitivas:** Dificultad o falta de atención-concentración, dificultad para dejar la mente en blanco, problemas de memoria., pensamiento acelerado, o al contrario, embotamiento.

La ansiedad es una respuesta normal que se presenta como reacción ante el estrés que se da por la percepción y sensación de estar expuesto a un peligro o amenaza ya sea real o imaginario y que puede volverse patológica cuando los pensamientos le invaden y no lo pueden controlarlo, por lo que la capacidad de hacerle frente se le dificulta. (Martínez, 2018).

En conclusión se puede decir que los síntomas de ansiedad son muy diversos y tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa, que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, náusea, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc.

Imagen N° 1. Síntomas de la Ansiedad



Fuente: Triyana, Piktochart

1.2.5 Trastornos de Ansiedad

Entre los trastornos de ansiedad se encuentran las fobias, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, etc. Trastorno de Ansiedad Social: Se determina por una fuerte sensación de temor y nerviosismo en situaciones sociales o cuando un individuo se cree el centro de atención. Se sonroja por todo, suda constantemente, sus latidos son violentos, su voz siempre es temblorosa, así como en su cuerpo, entre otros síntomas. Trastorno de Pánico: La persona tiende a tener una sensación súbita de

miedo y temor inexplicable, un ataque de pánico. También sus latidos del corazón están acelerados, se presenta dolor en el pecho, falta de aliento, mareo, cosquilleo o adormecimiento, sofocos o escalofríos, náuseas y hasta sensación de asfixia.

Trastorno de ansiedad Generalizada: Todos los días el paciente se encuentra preocupado, persistiendo en sus molestias. Tiene fuertes dolores de cabeza, sensación de inquietud, sensación de irritabilidad, temblores, problemas para dormir, tensión muscular, facilidad para cansarse, problemas de concentración. Viene con repercusiones de la niñez y la adolescencia que no fueron superadas.

Trastorno Obsesivo Compulsivo: Se da con pensamientos recurrentes y hasta perturbadores que no se pueden controlar. La persona se obsesiona con pensamientos e imágenes que repite una y otra vez, sin aparente razón alguna. Miedo a diversas situaciones como: ensuciarse o contaminarse con microbios, duda de si dejó la puerta abierta al salir, la cocina o la estufa encendida, hasta impulsos sexuales que le pueden provocar vergüenza. Es compulsivo con las compras y no se mide para gastar y al final verse sin nada, realiza inventarios constantes de sus cosas en casa y el trabajo.

Trastorno por estrés postraumático: Recuerdos vividos y atemorizantes, pesadillas de un evento traumático. Estos eventos dolorosos suelen ser consecuencia de maltrato o abuso infantil, agresiones físicas, violencia de género, accidentes de gravedad. (Blai, R., 2008)

Según el CIE-11, la ansiedad “se trata de un trastorno disfórico en el que los síntomas depresivos provocan un malestar o una disfunción significativa y llevan a un deterioro funcional y a la búsqueda de ayuda, sin presentarse síntomas relevantes depresivos”.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, también conocido como DSM-5, establece una clasificación de los trastornos de ansiedad:

- Trastorno de Ansiedad por Separación. Es un trastorno de ansiedad caracterizado por la manifestación de miedo o ansiedad excesiva e inapropiada en relación a su separación de aquellas personas hacia las cuales siente apego.

- Mutismo Selectivo. Trastorno de ansiedad caracterizado por la manifestación constante de dificultades al hablar en situaciones sociales específicas, a pesar de poder hacerlo en otras situaciones de manera adecuada.
- Fobia Específica. Trastorno de ansiedad caracterizada por la presencia de miedo o ansiedad intensa ante un objeto o situación específica: Miedo a volar, a las alturas, ver sangre, etc.
- Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social). Trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las cuales el individuo es expuesto al posible examen por parte de otras personas: mantener una conversación, ser observado mientras come o bebe, dar una charla delante de varias personas, etc.
- Trastorno de Pánico. Trastorno de ansiedad caracterizado por la manifestación imprevista y recurrente de miedo o malestar intenso, el cual alcanza su máxima expresión en minutos y caracterizada entre otros criterios, por cuatro o más de los siguientes síntomas: Palpitación acelerada del corazón, sudoración, temblor, dificultades para respirar, sensación de ahogo, náuseas, sensación de mareo, escalofríos o sensación de calor, hormigueo o entumecimiento, desrealización o despersonalización, miedo de “volverse loco”, miedo a morir.
- Agorafobia. Trastorno de ansiedad caracterizado por la ansiedad intensa que surge en lugares o situaciones donde sería difícil escapar.
- Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de ataques de pánico o ansiedad excesiva que ha sido inducido por intoxicación o abstinencia de sustancias o medicamentos
- Trastorno de Ansiedad debido a otra afección médica. Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de ataques de pánico o ansiedad excesiva como consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

- Otro Trastorno de Ansiedad no especificado. Trastorno mental caracterizado por la presencia de los signos característicos de un trastorno de ansiedad que causa malestar clínicamente significativo en áreas importantes de funcionamiento (social, académico, laboral) pero no cumplen los criterios de otros trastornos de ansiedad.
- Trastorno de Ansiedad Generalizada. Trastorno mental caracterizado por ansiedad y preocupación excesiva en relación a la posible ocurrencia o antelación de una serie de acontecimientos o actividades (laboral o escolar).

1.3 Qué es el cáncer

El cáncer es, pues, un grupo de enfermedades con diferente pronóstico y tratamiento (Grau, 2001).

En la Enciclopedia de cáncer, Schwab (2008), lo define como una multiplicación desregulada de las células, con la consecuencia de un incremento anormal en el número de las mismas en órganos particulares, en estadios iniciales, que posteriormente puede llegar a diseminarse afectando el funcionamiento normal del organismo.

En la década de los 50 el promedio de vida de los niños estaba en diecinueve semanas después del diagnóstico, y sólo existía un 2% de supervivientes después del año. En los años 70 el cáncer era considerado una enfermedad terminal, pero con el avance de la medicina en la actualidad es percibida como una enfermedad crónica potencialmente curable. En cánceres pediátricos, la supervivencia a los cinco años del diagnóstico se sitúa cerca del 70%. Los progresos conseguidos se deben no sólo a tratamientos muy agresivos con administración aislada, o combinada, de quimioterapia, radiación y, en algunos casos, cirugías, sino también a la creación de unidades especializadas, al funcionamiento de los Comités de Oncología Pediátrica, a la colaboración entre diferentes instituciones, y al tratamiento multidisciplinar de la enfermedad.

El tratamiento médico se realiza en centros hospitalarios especializados y el niño debe permanecer ingresado durante periodos de duración variable, o realizar visitas más o menos frecuentes al hospital, por lo que su vida habitual se ve alterada a causa de la enfermedad,

Según El Ministerio de Salud pública y asistencia social de Guatemala (2010), en la actualidad en el mundo hay aproximadamente 20 millones de personas vivas que sufren algún tipo de cáncer. Para el 2020 probablemente habrá más de 30 millones a nivel mundial. Lo cual puede considerarse en estricto sentido como un problema de salud pública que ha aumentado de manera acelerada en las últimas décadas, en morbilidad-mortalidad en la mayoría de los países del mundo.

Un diagnóstico de cáncer en un niño o adolescente es sin duda un golpe devastador para toda la familia: padres, hermanos y otras personas allegadas al niño. El cáncer crea instantáneamente una crisis en la dinámica familiar y en su entorno. La vida cotidiana se interrumpe y los padres deben ausentarse del trabajo para poder estar con su hijo o deben contratar a alguien para el cuidado del niño enfermo para poder laborar y así sufragar los gastos que conlleva el tratamiento. El niño enfermo (el paciente) se convierte en el foco principal del tiempo y la atención de la familia, y todas las demás preocupaciones familiares quedan en un segundo plano.

1.3.1 Tipos de cáncer en niños y adolescentes

Según Grau (2001), los cánceres pediátricos más frecuentes son:

- **Leucemia:** Es una enfermedad de la sangre producida por una proliferación incontrolada de las células denominadas blastos (forma inmadura de las células antes de que aparezcan sus características definitivas) en la médula ósea.
- **Linfomas:** Son cánceres de los ganglios linfáticos que pueden afectar a todo el sistema linfático del organismo: ganglios linfáticos periféricos, y

órganos linfoides como el bazo, timo, y ciertas partes de otros órganos, como las amígdalas.

- **Tumores cerebrales:** Estos tumores son clasificados y nominados por el tipo de tejido en el cual se desarrollan (astrocitomas, ependinomas, meduloblastoma, tumor neuroectodérmico primitivo, etc.). Los síntomas más habituales son convulsiones, cefaleas matutinas, vómitos, irritabilidad, cambios en los hábitos de comer o dormir, y somnolencia.
- **Neuroblastoma:** Se trata de un tumor que aparece en las células nerviosas del sistema nervioso autónomo. La localización más frecuente es la abdominal (82%) y, dentro de ella, en la glándula suprarrenal, seguida de los ganglios simpáticos paravertebrales, celiacos, etc.; también es frecuente la localización mediastínica, y, en menor medida, la pélvica y cervical .
- **Tumor de Wilms:** Es un cáncer que se origina en los riñones, siendo muy infrecuente en las edades superiores a los 15 años.
- **Rabdomiosarcoma:** Es un tipo de sarcoma de partes blandas que afecta fundamentalmente a las células musculares y su localización más frecuente es la cabeza, cuello, pelvis y extremidades, en edades comprendidas entre los 2 y 6 años.
- **Sarcoma osteogénico:** Es la forma de cáncer de huesos más frecuente en la infancia. Los huesos más afectados son los largos de la extremidad superior (húmero) y de la extremidad inferior (fémur y tibia).
- **Sarcoma de Ewing:** Es una forma de cáncer que afecta a los huesos largos y a los planos. Se manifiesta en edades comprendidas entre los 10 y 25 años, siendo los huesos y los pulmones los lugares más habituales de diseminación.

1.3.2 Epidemiología en Panamá – Cifras de FANLYC

Según últimas estadísticas de FANLYC, en 2017 existían en Panamá basándose en información de diferentes hospitales en todo el país 702 niños registrados con

cáncer; 314 son niñas y 388 son niños. La tabla de datos reveló que en Panamá existen 266 niños, Chiriquí con 102; y Panamá Oeste con 91 niños que padecen esta terrible enfermedad. Lo que indica que son las provincias con la tasa más alta de casos detectados a nivel nacional.

Por desglose de provincia se registraron en: Veraguas (54), Coclé (44), Colón (32), Bocas del Toro (41), Ngabe Buglé (25), Herrera (21), Los Santos (13) Darién (12) y Guna Yala (1). FANLYC (2017). Es importante enfatizar que esta cifra pudo haber aumentado para este año 2018.

1.4 Cuidador Primario

1.4.1 Definición

Astudillo, et. al. (2008), definen al cuidador primario, como: la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/ la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente.

De valle - Alonso et al., (2015), afirman que “El cuidador familiar es la persona encomendada a cubrir las necesidades básicas y psicosociales. Este puede ser asignado arbitrariamente o por conveniencia, o puede aceptar de manera voluntaria, contratada o por coerción de los familiares. Los cuidadores familiares se clasifican como principales o primarios y secundarios, esto según el grado de responsabilidad que asumen al cuidado”.

Armstrong (2005), plantea que el cuidador primario asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que este por si mismo no puede llevar a cabo; en este rol es común que el cuidador sea un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), y que, por lo general, no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del enfermo.

Los cuidadores primarios ocupan un lugar esencial en la atención de estos enfermos, absorbiendo la carga principal de los cuidados.

Uribe (2006), señala que el cuidado diario y a largo plazo de una persona enferma, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva a riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona. Por lo que si la persona que cuida no goza de bienestar físico y mental no puede dar una atención de buena calidad.

Torres (2006), sustenta que la tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden: físico, psíquico y sociofamiliar, los cuales originan un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento.

Un adulto de confianza que esté involucrado en la vida cotidiana del niño con cáncer (o de los hermanos de este niño) puede verse afectado en gran parte por la enfermedad del niño o del adolescente, y también puede que sea clave en el proceso de aprender a sobrellevar esta situación. Cuando se utilice el término "cuidador", éste puede aplicar a estas personas también. La manera en que manejan sus emociones suele reflejar sus propias experiencias de la vida y las diferencias culturales de cada cuidador, así como la forma particular de afrontar una situación muy estresante.

Antes de asumir las responsabilidades de atención, el cuidador principal o primario deberá tener en cuenta los siguientes elementos acerca de (Arrieta, 1999):

- a) La información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución.
- b) Orientación sobre cómo hacer frente a las carencias progresivas y a las crisis que puede tener la enfermedad de su familiar.
- c) Valorar los recursos de los que dispone: los apoyos físicos de otras personas, la disponibilidad de tiempo y los deseos de compartir su cuidado que tienen otros miembros de la familia.

- d) Mantener, si es posible, sus actividades habituales.
- e) Saber organizarse y cuidarse.
- f) Prepararse para enfrentar la etapa de duelo (Astudillo, Mendinueta, & Astudillo, 2002).

1.4.2 Síndrome de Desgaste del Cuidador Primario

En la literatura se describe el “*síndrome del cuidador primario*”, fenómeno relacionado directamente con la sobrecarga que, a nivel físico y emocional que pueden padecer quienes ocupan este desgastante papel.

Maslach y Jackson (1996), en su teoría del estrés en cuidadores primarios, lo caracterizaron 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. Esta teoría toca los siguientes aspectos:

1. En su primer aspecto la descripción del síndrome se refiere a un aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga o como una combinación de ellos.
2. El segundo aspecto, se refiere a la despersonalización, un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficiarios del propio trabajo.
3. El tercer aspecto, se refiere al sentimiento de falta de realización personal, donde surge una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, como depresión, autoestima baja, aumento de la irritabilidad, aislamiento profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo.

Para Zambrano y cols (2007), las características más sobresalientes del síndrome del cuidador primario son: trastornos en el patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones

interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio, y aislamiento.

Según la Sociedad Americana contra el cáncer (2014), las personas a cargo de la atención del niño pueden a menudo tener un mejor control de sus sentimientos si se ocupan de atender sus propias necesidades.

Resulta fácil descuidar cosas como comer, dormir, hacer ejercicio y tener momentos para despejarse de la atención médica y del cuidado del niño. Sin embargo, comer, dormir, hacer ejercicio y tener momentos para despejarse son especialmente importantes para ayudar a que los cuidadores cuiden de su propia salud. También sirve para confirmar al niño que algunas rutinas continúan siendo normales y que los adultos están bien, a pesar del estrés por su enfermedad.

Cuando el cuidador, los padres y otros adultos que sean parte importante en la vida del niño se ocupan de sus propias necesidades, esto sirve de modelo para el niño, enseñándole que las rutinas para la atención personal son importantes. Puede que los cuidadores, los padres y otras personas encargadas de la atención requieran ser recordados sobre la importancia de acudir a su médico familiar para atender sus propios problemas o inquietudes respecto a su salud.

1.5 Síndrome de Burnout

1.5.1 Definición

El Síndrome de Burnout apareció por primera vez en el año 1974, nombre otorgado por Freudenberger, En años anteriores H.B. Bradley lo comparó y nombró por primera vez como Staff Burnout para el año 1969, como un problema psicosocial presente en oficiales de policía de libertad condicional.

Para el año 1974, con un concepto más real y claro, Freudenberger lo denominó una afectación que provoca sentimientos de agotamientos y frustración, cansancio

y adicción al trabajo. Pero con el pasar de los años y ante la apertura de nuevas metodologías psicoclínicas de la investigación, otros investigadores de renombre como Pines y Kafry 1978, Dale 1979, Edelwich y Brodsky 1980, Maslach y Jackson 1981, Feigley 1984 y Raedeke y Smith 2001, arrojaron nuevos elementos que han contribuido a un mejor entendimiento y atención adecuada del burnout.

Fraudenberger (1974) citado por Silveira (2003), define el concepto de síndrome de burnout como “Las personas a veces sufren incendios, al igual que los inmuebles. Bajo el efecto de la tensión que produce la vida en nuestro complejo mundo, sus recursos internos acaban por consumirse como si estuvieran bajo la acción de las llamas, dejando tan solo un inmenso vacío en el interior, aun cuando la apariencia externa parezca más o menos intacta”.

El síndrome de burnout o también llamado síndrome de quemarse por el trabajo, según Maslach y Jackson citados en Martínez Pérez (2010), es “una manifestación comportamental del estrés laboral y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro/realización (RP).”

Gil-Monte y Peiró (2009), expresan que “el síndrome de quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios”

Shirom (1989) citado por Appels (2006), menciona que “el contenido exclusivo del burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto...el burnout como una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo.”

Carrasco y Espejo (2000), el burnout es considerado una enfermedad laboral, quienes lo definen *desde el punto* de vista técnico “como el deterioro lento y paulatino de la salud del trabajador, producido por una exposición crónica a

situaciones adversas, sean éstas producidas por el ambiente en que se desarrolla el trabajo o las formas en que éste está organizado”.

Imagen N° 2. Consecuencias del Síndrome de Burnout



Fuente: Rehabilita-T Neurodesarrollo y Fisioterapia - WordPress.com

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró en el 2000 al Síndrome de Burnout como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo esta. Se describe como la forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. Pese a que ha sido reconocida por la OMS como un síndrome que afecta la salud humana, este no está incorporado en la Clasificación Internacional de Enfermedades, ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales ni en la versión del Manual de la Asociación Estadounidense de Psicología. (Morales, L., 2015).

Por lo antes mencionado podemos concluir que el Burnout puede definirse como la incapacidad de una persona para utilizar los recursos internos y hacerle frente a las demandas, por lo que sienten un vacío interior y que están a punto de estallar, viéndose afectada su calidad de vida. Lo cual da como consecuencia afectación a nivel físico, mental y emocional y se da un deterioro lento por exposiciones crónicas frente a situaciones adversas. (Martínez, 2018).

1.5.2 Diferencia entre estrés y burnout

Gil-Monte y Peiró (2009), señalan que existen diferencias entre el estrés y el síndrome de burnout; el estrés se entiende como un proceso que tiene repercusiones negativas o positivas en la vida de la persona, y el burnout sólo tiene efectos negativos para la persona que lo padece y para su entorno.

El estrés es necesario en ciertas ocasiones para que la persona comience a realizar una acción, además de que da energías para vivir, es a lo que se le llama “eustres”; pero cuando suceden situaciones o experiencias molestas que tienen consecuencias negativas en la salud de la persona se le llama “distrés”. Shirom (1989) citado por Appels (2006), “el contenido exclusivo del burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto...el burnout como una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo.”

Según Martínez Pérez (2010), el estrés se puede presentarse en distintas situaciones de la vida de la persona, mientras que el burnout se da en contextos laborales y puede llegar a afectar a todo el entorno de la persona.

Según Moreno y Peñacoba (1999) citados por Sanzipar (2015), el estrés puede mejorar y la persona puede volver a su estado habitual luego de un período de descanso, mientras que en el burnout no sucede esto, es decir a pesar de que la persona descansa el síndrome seguirá allí latente.

La Organización Internacional del Trabajo afirmó en el año 2001, que el síndrome de burnout es un efecto crónico del estrés laboral y que puede tener derivaciones parecidas a las de otros trastornos mentales. El trabajador comenzaría padeciendo estrés a causa de situaciones negativas que se generan en su trabajo, y al no darse cuenta sobre este estado y seguir viviendo en las mismas circunstancias o en otras peores, se podría llegar a padecer el síndrome de burnout.

Según Thomaé, M. Ayala, E, Sphan. M, Stortii, M. (2006), existen cuatro niveles clínicos de burnout.

1. Nivel leve: en el que se encuentran quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.
2. Nivel moderado: que presenta cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo.
3. Nivel grave: que muestra enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, antipatía, abuso de alcohol o drogas.
4. Nivel extremo: se encuentra aislamiento excesivo, colapsos, cuadros psiquiátricos y suicidios

1.5.3 Características del Burnout

Características Físicas

El hacerse cargo de una persona dependiente durante largos periodos de tiempo puede desencadenar problemas de salud en el cuidador.

Entre las alteraciones físicas se encuentran el cansancio, dolor de cabeza, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares, mala calidad del sueño. (Chang, Tsai, & Tsao, 2007)

Características Emocionales

Morales, Muñoz, Bravo, Iniesta, y Montero, (2000) encontraron que el cuidador primario está sometido a un estrés importante, en su labor demostrando la presencia de depresión y ansiedad a través de la escala de Ansiedad/Depresión de Goldberg. Los resultados arrojados fueron: ansiedad en el 60% de los sujetos investigados y depresión en el 32%.

La depresión y la ansiedad (ocultas) hacen que cuidadores no asistan a tiempo a los servicios de salud; en consecuencia, estos trastornos se vuelven crónicos (Bayés, 2008).

Entre las alteraciones emocionales más sobresaliente se encuentran: la pérdida de autoestima, el cansancio o agotamiento emocional: corresponde a la pérdida progresiva de energía, desgaste y fatiga. Como también la imposibilidad de dar de sí mismo de forma continua que puede llegar a incapacitarle seriamente para realizar actividades funcionales en relación a sus semejantes y a su entorno (Mateo, Millán, García, & Gutiérrez, 2000).

La despersonalización se refiere a la construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos, de impotencia, indefinición y frustración.

Abandono de la realización personal hace referencia a que el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.

Entre otro tipo de manifestaciones que deben ser catalogados como signos de alarma se encuentran: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), ira, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad y autoinmolación, cargas excesivas de trabajo, entre otros. (Mateo, Millán, García, & Gutiérrez, 2000).

1.6 Terapia Cognitivo-Conductual

1.6.1 Definición

Eysenck (1964) definió terapia conductual como "el intento de cambiar el comportamiento humano y la emoción en forma benéfica según las leyes de la moderna teoría del-aprendizaje".

La Revista Latinoamericana de Psicología (1970), define la Terapia Conductuales como el intento de utilizar sistemáticamente el cuerpo de conocimientos empericas y teóricos que resultan de aplicar el método experimental en psicología y en disciplinas afines (fisiología y neurofisiología) con el fin de explicar la génesis y el mantenimiento de los patrones de conducta anormales: y aplicar este conocimiento al tratamiento o prevención de tales anormalidades por medio de estudios experimentales controlados que se llevan a cabo en el paciente individual.

Jacobsen y Hann (2003), definen la terapia cognitivo-conductual como un método que incluye la identificación y la corrección de los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos que contribuyen a la aparición y al desarrollo de los síntomas.

Wolpe y Lazarus (1966), afirman que "el objetivo de la terapia conductual es siempre cambiar los hábitos que se consideran indeseables. Según estos autores, el objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas; se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia dónde apunta la terapia. Rechaza el principio de sustitución de síntomas.

Labrador, Puente, y Crespo (1997), postulan que la meta de la TCC es eliminar, o al menos reducir los síntomas y que estos síntomas pueden desaparecer. Ponen como ejemplo que los síntomas del pánico desaparecen o disminuyen, inmediatamente va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los remplacen. Ellos ponen el énfasis en el cambio. Se le solicita al

paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. Se desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al autocuestionamiento, como también se centra en la resolución de problemas.

Goleman (1996), menciona que la TCC está centrada en los síntomas y su resolución. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. Se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos.

Schneiderman (2010), señala que la TCC está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. El énfasis de la TCC está puesto más en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”.

Aarón Beck y Albert Ellis son dos de los representantes principales en lo que a la clínica se refiere. Aunque desarrollaron de manera relativamente independiente, sus dos modelos de intervención terapéutica denominados, respectivamente, Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva; en lo esencial, coinciden. Ambos hacen hincapié en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones.

Carrobes (1999), afirma que la Terapia de cognitiva Conductual constituye “una potente tecnología aplicada a la resolución de problemas humano. La define “como la disciplina o el campo de especialización de la Psicología, que aplica los principios y conocimientos científicos obtenidos por ésta y otras disciplinas afines...”

El modelo Cognitivo Conductual propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta del paciente”. (Beck, 2000, p.17)

Diversos investigadores han señalado que por medio de esta terapia se puede tratar el Síndrome Burnout y la Ansiedad. Según la Terapia Cognitiva Conductual los problemas psicológicos que padece el ser humano se deben por lo general a sus pensamientos; lo que piensas es la causa de lo que haces o sientes.

Rosenfeld (2005), menciona algunos beneficios de la terapia cognitiva-conductual en el tratamiento de pacientes con cáncer y cuidadores:

- 1) Efectiva en la reducción del agobio emocional que experimentan pacientes y familias ante el desencadenamiento y evolución de la enfermedad y en el dominio de sus síntomas físicos.
- 2) Puede ser administrada en un breve período de tiempo, factor muy importante en oncología.
- 3) Fácilmente adaptable para tratar con problemas relacionados con el control de síntomas y con los modos de participación del paciente y su familia en la mejoría de su calidad de vida.
- 4) Prontamente aceptada por enfatizar el sentido del control personal y de la autoeficacia.
- 5) Mejora la adherencia a los tratamientos médicos.
- 6) Ayuda a aumentar la efectividad de los mismos.
- 7) Disminuye sus efectos colaterales.
- 8) Acota el tiempo de recuperación del paciente luego de las intervenciones médicas.
- 9) Ayuda a una mejor regulación anímica.
- 10) Disminuye las consultas innecesarias al equipo médico tratante, preservando la relación médico-paciente. (Rosenfeld, 2005).

La Terapia Cognitivo-Conductual tiene cuatro pilares básicos: aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo. De ellos se han desprendido múltiples líneas de investigación.

Las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir, más que simplemente decir que funciona, está comprobado que funciona (Labrador, Puente, & Crespo, 1997).

Es uno de los tratamientos más eficaces para trastornos donde la ansiedad o la depresión es el principal problema.

Se ha demostrado que es útil tratando: ansiedad, depresión, pánico, agorafobia y otras fobias, fobia social, bulimia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia

Es por ello que resulta una intervención apropiada ya que lo que busca la terapia es modificar en su estructura el sistema de creencias de la persona.

Los diferentes estudios y aplicaciones terapéuticas de la TREC han evidenciado su eficacia en el tratamiento cognitivo-emocional de trastornos emocionales como neurosis, ansiedad, depresión, desórdenes impulsivos; pudiéndose aplicar incluso en el tratamiento de verdaderos traumas que enfrentan los pacientes. El trabajo interdisciplinario y multimodal es parte del tratamiento terapéutico de la TREC; y la combinación de técnicas cognitivas, emocionales y conductuales son muy útiles en el intento de conseguir una terapia breve más profunda y duradera.

Las estrategias para tratar el burnout van encaminadas a reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en los casos que sea necesario. El tratamiento tiene como objetivo incrementar la percepción de control de la persona afectada, generar confianza y autoeficacia personal, lo que permite que éste se sienta segura y mejore su autoestima.

Es importante que las personas pongan en práctica algunos puntos:

- Proceso personal de adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana.
- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo
- Fomento de una buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
- Limitar la agenda laboral.
- Formación continua dentro de la jornada laboral.

1.7 Terapia Racional Emotiva Conductual

1.7.1 Definición

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) parte de la premisa de Epícteto (Siglo I d.C.) que "no son los acontecimientos los que nos perturban, sino nuestra interpretación que hacemos de los mismos". Es decir, que nuestra perturbación emocional es debido principalmente a nuestros pensamientos, actitudes y creencias de lo que nos ocurre a nuestro alrededor.

Según Ellis y Dryden (1987) citado por Caballo (2008), la terapia TREC utiliza gran variedad de técnicas cognitivas, conductuales, emocionales y para lograr un cambio filosófico en las personas. Utilizan esta herramienta para que las personas se dé cuenta que son ellas mismas quienes crean sus propias perturbaciones y, a pesar que el ambiente puede contribuir al problema tiene una consideración secundaria en el proceso de cambio como:

- Reconocer que tienen la capacidad de modificar esa perturbación
- Entender que las perturbaciones conductuales y emocionales casi siempre se debe a creencias irracionales
- Descubrir sus creencias irracionales utilizando los métodos lógicos empíricos de la Terapia Racional Cognitiva
- Cuestionar la creencia irracional
- Trabajar en el proceso de internalizar sus futuras y nuevas creencias racionales
- Seguir con el proceso de refutación de sus ideas irracionales y usar métodos multimodales durante el resto de su vida

Según Lega, Caballo y Ellis (1997), el ABC es utilizado por la terapia TREC para explicar los problemas emocionales y empezar con una intervención terapéutica para ayudar a la persona a arreglarlos, este método tiene como enfoque principal la forma de pensar, interpretar los resultados de esa idea en el individuo y por ende el paciente es el responsable de sus pensamientos, sentimientos y

comportamiento dejando de lado su pasado o involucramiento con otras personas.

Ellis resumió su teoría que denominó el "ABC" recordando que "entre A y C siempre está B";

Definición del ABC:

Según Hernández y Sánchez la definición del ABC es la siguiente:

A: Representa un acontecimiento activador o situación puede ser un hecho interno pensamiento, imagen, fantasía, emoción externo.

B: Representa el sistema de creencias que incluye todo un contenido del sistema cognitivo: pensamiento, filosofía de vida, valores, esquemas.

C: Representa la consecuencia o reacción que se presenta ante la situación "A". Las "Cs" pueden ser de tipo emocional, cognitivo o conductual.

Gerrig & Zimbardo (2005) señalan que "la terapia racional – emotiva busca incrementar el sentido de auto-valía del individuo y su potencial para autorealizarse al deshacerse de los sistemas de falsas creencias que bloquean su crecimiento personal" (p.526)

1.7.2 El pensamiento racional e irracional

Según Gabalda, (2007). Menciona que "lo racional significa aquello que es verdadero, lógico, pragmático, basado en la realidad; por tanto, facilita que la gente logre sus metas y propósitos" decir, son datos que ingresan con mayor exactitud y ayudan al individuo a centrarse de mejor manera en lo que proyectan conseguir, estos se caracterizan por:

- Establecer o elegir ciertos ideales, metas, valores y propósitos básicos.

- Utilizar una forma eficiente, científica, lógico- empírica, de lograr esas metas y valores, evitando consecuencias contradictorias y perjudiciales.

La conducta irracional consta de los siguientes aspectos, Gabalda, (2007):

- El individuo cree, la mayoría de las veces de forma muy firme, que está ajustado a lo que es real o no.
- Las personas que presentan una conducta irracional suelen rebajarse o no aceptarse a ellas mismas.
- Interfiere con nuestro funcionamiento satisfactorio dentro de nuestros grupos de referencia.

Bloquea, de forma muy clara, lograr el tipo de relaciones interpersonales que nos gustaría tener. Impide que trabajemos de forma madura y productiva

CAPÍTULO II.
MARCO METODOLÓGICO

2.1 Planteamiento del problema:

El rol de cuidador de pacientes con diagnóstico de Cáncer, conlleva síntomas de ansiedad y de síndrome de Burnout los cuales afectan el desarrollo biopsicosocial, las relaciones adaptativas de los cuidadores y su propia salud mental (Darley et al, 1990). Desde la psicopatología es fácil la comprensión de los elementos asociados al rol de cuidador, pero poco se ha investigado en Panamá sobre los elementos adversos que se generan por el rol, y aún menos sobre los métodos o terapias que podrían ser eficaces en la reducción o disminución de estos fenómenos. Por lo cual en el presente trabajo se desarrollarán técnicas de intervención que ayuden a prevenir y/o disminuir la aparición de los síntomas de ansiedad y del síndrome de burnout. Por lo tanto, el problema de investigación se plantearía de la siguiente manera:

¿La terapia Racional Emotiva Conductual disminuye los síntomas de ansiedad y síndrome de burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer, que asisten a FANLYC?

2.2 Objetivos generales y específicos

2.2.1 Objetivos generales

1. Comprobar el efecto de la terapia Racional Emotiva Conductual en la disminución de la ansiedad y del síndrome de Burnout en cuidadores de pacientes con diagnóstico de Cáncer de FANLYC.
2. Establecer estilos de afrontamiento funcionales en los cuidadores de niños y adolescentes con cáncer que asisten a FANLYC.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Determinar los indicadores de ansiedad y síndrome de burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer, que asisten a FANLYC

2. Relacionar la influencia del pensamiento negativo vs el adaptativo, en la percepción subjetiva de ansiedad y síndrome de burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer, que asisten a FANLYC
3. Demostrar el efecto de la Terapia Racional Emotiva Conductual en la disminución del nivel de ansiedad y síndrome de burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer, que asisten a FANLYC.
4. Establecer la asertividad y la red social de apoyo como estilos de afrontamientos funcionales en los cuidadores de niños y adolescentes con cáncer, que asisten a FANLYC.

2.2.3 Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son los indicadores de ansiedad en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer, que asisten a FANLYC?
2. ¿Cuáles son los indicadores de síndrome de Burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer, que asisten a FANLYC?
3. ¿Cuál es el nivel de ansiedad y síndrome de burnout en los cuidadores de niños y adolescentes con cáncer antes y después del tratamiento y cómo se relaciona con el tipo de pensamiento que manifiestan?
4. ¿Se puede evidenciar cambios en los niveles de ansiedad y síndrome de burnout de los cuidadores de niños y adolescentes con cáncer que participaron del estudio, antes y después de la intervención?
5. ¿Cómo se puede lograr estimular la asertividad y la red social de apoyo como formas de estilos de afrontamientos funcionales?

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis de Investigación

1. H_{t1} : La terapia Racional Emotiva Conductual disminuirá los síntomas de ansiedad en los cuidadores de niños y adolescentes con cáncer que asisten a FANLYC.
2. H_{t2} : La terapia Racional Emotiva Conductual disminuirá del síndrome de Burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer que asisten a FANLYC.
3. H_0 : La terapia Racional Emotiva Conductual no producirá disminución de los indicadores de ansiedad o del síndrome de Burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer que asisten a FANLYC.

2.3.2 Hipótesis experimentales y estadísticas

H_0 : Los cuidadores que reciban la TREC, presentarán un nivel de ansiedad igual o mayor en el Posttest vs el Pretest

H_1 : Los cuidadores que reciban la TREC, presentarán un nivel de ansiedad menor en el Posttest vs el Pretest.

$$H_0: M_d \leq 0$$

$$H_1: M_d > 0 \quad \text{1 cola, } \alpha = 0,05$$

H_0 : Los cuidadores que reciban la TREC, presentarán un nivel del Síndrome de Burnout igual o mayor en el Posttest vs el Pretest

H_1 : Los cuidadores que reciban la TREC, presentarán un nivel del Síndrome de Burnout menor en el Posttest vs el Pretest.

$$H_0: M_d \leq 0$$

$$H_1: M_d > 0 \quad \text{1 cola, } \alpha = 0,05$$

2.4 Diseño de investigación

El diseño de investigación es experimental de tipo pre-experimento porque la intervención no es a propósito de la investigación, sino que obedece a la necesidad a criterios de inclusión y exclusión propio de las necesidades terapéuticas del investigador.

En la investigación se realizó la aplicación de preprueba/posprueba con un solo grupo, es decir, el grupo mismo en si es su propio grupo control, se diagrama de la siguiente manera:

G1 01 X 02

Se aplicó primero un pretest, luego se aplicó una intervención y se midió su influencia sobre las variables dependientes (ansiedad y síndrome de burnout) por medio del posttest. Este tipo de diseño ofrece un punto de referencia inicial para observar que nivel tenía el grupo antes de la aplicación de tratamiento, es decir, hay un seguimiento del grupo.

La muestra no se seleccionó al azar (fueron escogidos por conveniencia-voluntarios: seleccionados bajo criterios de inclusión y exclusión propios de la investigación), y no hubo grupo de comparación. (Hernández Sampieri, 2010). Aunque no existió grupo de comparación (grupo control) se espera que la presente investigación se convierta en un aliciente para el desarrollo de más investigaciones experimentales y correlacionales sobre la temática, permitiendo así una comprensión más científica y global del tema.

2.5 Tipo de investigación

El tipo de investigación es explicativo porque buscaba valorar la influencia de una variable independiente (Terapia Racional Emotiva Conductual) sobre dos variables dependientes (ansiedad y Síndrome de Burnout). También puede clasificarse como un estudio de campo, cuantitativo y transversal.

2.6 Definición de las variables

(X) Independiente: Terapia Racional Emotiva Conductual

(Y) Dependiente: Ansiedad y Síndrome de Burnout

Definición de Variables

2.6.1 Variable Independiente

❖ Definición conceptual:

Terapia Racional Emotiva Conductual: Según Lega, Caballo y Ellis (1997), la Terapia Racional Emotiva Conductual se centra especialmente en conseguir un cambio fisiológico profundo, mantener una posición humanista eliminando cualquier evaluación del “sí mismo” al intentar cambiar los “tengo que” como una base de afirmaciones anti empíricas, fomentando un cuestionamiento activo que el paciente llega a internalizar. También se especializa en la corrección semántica tales como la corrección de frases “siempre”, “nunca”, “debería” entre otras.

Según Lega, Caballo y Ellis (1997), el ABC es utilizado por la terapia TREC para explicar los problemas emocionales y empezar con una intervención terapéutica para ayudar a la persona a arreglarlos, este método tiene como enfoque principal la forma de pensar, interpretar los resultados de esa idea en el individuo y por ende, el paciente es el responsable de sus pensamientos, sentimientos y comportamiento dejando de lado su pasado o involucramiento con otras personas.

❖ Definición operacional:

Conjunto de ocho (8) sesiones terapéuticas grupales de 45 minutos cada una, a frecuencia de una vez por semana. Se utilizaron las siguientes técnicas:

- **Reestructuración Cognitiva:** se explicó el A B C de Albert Ellis. La sesión tiene como objetivo el entrenamiento en reestructuración cognitiva, lo cual incluye estrategias para identificar ideas irracionales y la toma de decisiones.
- **Técnicas de afrontamiento:** Las sesiones tienen por objetivo que los participantes identifiquen el estilo de afrontamiento en término de los resultados, sean positivos o negativos, y formas adaptativas de afrontamiento.
- **Entrenamiento en asertividad:** con el objetivo de identificar conductas erróneas y formular correctamente el problema mediante observación. Los diferentes tipos de comunicación pasiva, agresiva, directa.
- **Entrenamiento en relajación:** Las sesiones tendrán por objetivo el entrenamiento en la Técnica de Relajación de Jacobson. La misma cuenta con ejercicios de respiración diafragmática, respiración profunda, y relajación muscular.
- **Auto-registro:** La técnica del auto-registro se basa en la auto-observación en el que se registran los acontecimientos problemáticos y los elementos ambientales que lo rodean. Esta herramienta permite observar los progresos que se realizan en el tratamiento de problemas específicos durante las sesiones. Igual se desarrollarán autorregistros de la comunicación asertiva.

2.6.2 Variable Dependiente

❖ **Ansiedad**

Lazarus (2000), señala que “la ansiedad, que es una emoción propia del estrés, es más propensa a aparecer y a ser intensa cuando la persona no confía o confía poco en su propia capacidad para manejar el mundo con efectividad”.

La ansiedad es una respuesta normal que se presenta como reacción ante el estrés que se da por la percepción y sensación de estar expuesto a un peligro o amenaza ya sea real o imaginario y que puede volverse patológica cuando los pensamientos le invaden y no lo pueden controlar, por lo que la capacidad de hacerle frente se le dificulta. (Martínez, 2018).

Definición operacional:

Se considerará como indicador de la presencia de ansiedad-estado un puntaje T mayor a 60 en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

❖ Síndrome de Burnout

Definición Conceptual:

Gil-Monte y Peiró (2009) definen el burnout como “el síndrome de quemarse por el trabajo” es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicio”.

El Burnout puede definirse como la incapacidad de una persona para utilizar los recursos internos y hacerle frente a las demandas, por lo que sienten un vacío interior y que están a punto de estallar, viéndose afectada su calidad de vida. Lo cual da como consecuencia afectación a nivel físico, mental y emocional y se da un deterioro lento por exposiciones crónicas frente a situaciones adversas. (Martínez, 2018).

Definición operacional:

Se considerará como indicador de la presencia del síndrome de Burnout un puntaje igual o mayor a 75 en el Inventario de Burnout de Maslach y Jackson.

2.7 Población y selección de la muestra

- 1- Población: cuidadores de niños y adolescentes con cáncer que asisten a FANLYC en la sede principal en la provincia de Panamá.
- 2- Unidad de Análisis: cuidadores que asisten a FANLYC entre 20 a 60 años, que experimenten niveles significativos de ansiedad (puntuación T >60 en el IDARE; y que se refleje también a través de la entrevista clínica y en el inventario Burnout de Maslach y Jackson igual o mayor de 75).
- 3- Muestra: Se seleccionaron a través de muestreo no probabilístico intencional o por conveniencia de personas que son cuidadores de niños y adolescentes con cáncer que asisten a FANLYC atendiendo a los siguientes requisitos y a la voluntariedad: Ser cuidador de un niño o adolescente con cáncer que asistan a FANLYC, Hombre o mujer con edades entre 20 y 60 años, Obtener un puntaje significativo en el IDARE y el inventario del síndrome de Burnout, Haber aceptado el consentimiento informado. Y que los mismos presenten síntomas de ansiedad y síndrome de burnout. Por ello sólo se tendrá un grupo de investigación (el mismo grupo será medido en dos ocasiones: antes y después de la aplicación del programa).

2.7.1 Criterios de inclusión

1. Ser cuidador de un niño o adolescente con cáncer que asistan a FANLYC
2. Hombre o mujer desde 20 hasta 60 años
3. Obtener un puntaje significativo en el IDARE y el inventario del síndrome de Burnout.
4. Haber aceptado el consentimiento informado.

2.7.2 Criterios de exclusión

1. Tener menos de 20 años o más de 60 años
2. No ser cuidador de un niño o adolescente con cáncer que asista a FANLYC.
3. Ausentarse a 3 sesiones
4. Que tenga diagnóstico psiquiátrico o discapacidad intelectual, adicciones
5. Que se nieguen a firmar el consentimiento informado

2.8 Técnicas de medición

- Entrevista clínica:

Antes de la aplicación de los instrumentos para verificar los síntomas de ansiedad y del síndrome de Burnout se les realizará una entrevista individual la cual contendría sus datos generales, situación laboral y familiar además de detalles sobre el tipo de Cáncer del menor a su cuidado.

- Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE)

El inventario de ansiedad: Rasgo - Estado (IDARE), del editorial Manual Moderno es la versión en español del STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY de Charles D. Spielberger, Richard L. Gorsuch & Robert E. Lushene desarrollada 1970, esta edición está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) la llamada Ansiedad — Rasgo, 2) la denominada Ansiedad — Estado. La escala Ansiedad — Rasgo del inventario consta de 20 afirmaciones en la que se pide a los individuos describir como se sienten generalmente. La escala Ansiedad - Estado también consiste en 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. No se utilizará la escala de Ansiedad – Rasgo ya que no es parte de esta investigación. ”.

En cuanto a la confiabilidad (Castro, 2016) afirma que: “los resultados arrojaron un índice del alfa de Cronbach de .83 y .90 en cada escala lo cual lo ubica en un nivel muy bueno de fiabilidad.”. Para otro estudio realizado por (Rojas, 2010) en 210 padres de menores en terapia intensiva la escala obtuvo un puntaje de 0.83 en cada grupo. Puede considerarse como puntaje significativo una $T > 60$. Puede ser aplicado individual o colectivamente.

- Inventario de Burnout de Maslach y Jackson

Este inventario fue desarrollado por Cristina Maslach y Susana Jackson en 1981. Posteriormente fue adaptado al español en 1997 por Cubero N. Seisdedos en la editorial Paidós. Su aplicación puede ser individual o colectiva, para en un tiempo variante de 10 a 15 minutos.

Según un estudio realizado en 114 administrativos por (Moreno, B., Rodríguez, R., & Escobar, E. 2001) entre la confiabilidad de la escala se encuentra entre $\alpha = .85$ y $\alpha = .89$

2.9 Diseño estadístico

Los puntajes obtenidos fueron ordenados en Tablas y gráficas para cada una de las subescalas de la prueba aplicadas.

El estadístico que se utilizó fue la prueba de Wilcoxon, la cual es una prueba no paramétrica. Es considerada como una alternativa a la prueba de t de Student para dos muestras pareadas. El procedimiento de ambas pruebas se basa en el cálculo de diferencias ($D_i = x_i - y_i$) entre pares de observaciones, pero en la prueba de Wilcoxon se asignan rangos a las diferencias. Cabe mencionar que, en esta prueba la hipótesis se plantea en torno a la mediana de las diferencias (M_d), mientras que en la prueba de t se plantea sobre la media de diferencias (μ_D). La eficiencia de esta prueba es de 95% para muestras pequeñas.

Este tipo de investigación tiene un grado de control mínimo porque se trabaja con un solo grupo y las unidades de análisis no son asignadas aleatoriamente; para tener control sobre la investigación se realizaron dos mediciones: una antes de la aplicación de la terapia y una después de la terapia; entrevista clínica, aplicación de instrumentos psicométricos válidos. Las principales amenazas en éste diseño es la mortalidad experimental, se inició con un grupos de 10 sujetos y al final quedaron 6 sujetos que culminaron el programa terapéutico; este tipo de diseño ofrece una ventaja que hay un punto de referencia inicial para ver qué nivel posee el grupo en las variables dependientes antes de la aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual.

2.10 Procedimiento

La distribución de las fases y los procedimientos seguidos se describen a continuación:

Fase 1. Organización

En esta fase considera la realización de un estudio analizando los detalles que el mismo conlleva, luego se solicitaron los permisos correspondientes con la fundación y la autorización de los participantes. Una vez que aceptaron participar del mismo se les proporcionaron mayores detalles sobre el estudio, presentándoles el consentimiento informado, para proceder a realizar la entrevista clínica. El trabajo de campo se desarrolló de la siguiente forma:

1. Período de Introducción: se realizó durante una sesión de 45 minutos. La cual constó de dos partes: a. Aplicación del Pretest y b. Explicación detallada del Experimento.

2. Período de Tratamiento: se realizaron ocho (8) sesiones grupales de 45 minutos cada una. En esta fase, se intervino con la terapia Racional Emotiva Conductual; se empezó con el establecimiento del rapport, siguiendo con el contrato terapéutico, las explicaciones conceptuales y la aplicación de las técnicas propias de la terapia.

Entre la fase 2 y la fase 3 se dejó una semana libre* (para garantizar el tiempo apropiado entre el tratamiento y la medida postest).

3 Período de Evaluación: se realizó en una sesión de 45 minutos, constó de dos partes: a. Aplicación del Postest y b. Brindis.

Cuando se culminó el trabajo de campo, una vez finalizado la etapa de interpretación y análisis de resultados se inició la redacción del primer informe final se sometió a la experticia de un profesional de psicología-asesor quien pudo hacer las modificaciones correspondientes. Una vez aprobado, se redactó el informe final y solicitar fecha de sustentación.

2.11 Procedimientos éticos en la investigación

Cada participante fue identificado con un código designado por el investigador principal durante el estudio para preservar la confidencialidad de los datos obtenidos y respetar los derechos de los participantes de que estas personas participaron en este estudio extendiéndose a algunos colaboradores de la fundación. Los datos personales y la información de los instrumentos fueron almacenados con la mayor confidencialidad posible y con accesibilidad restringida. Los participantes firmaron un consentimiento informado en el cual se había detallado los objetivos e instrumentos a utilizar. De encontrarse alguna situación de riesgo se realizaron las canalizaciones apropiadas para cada caso en cumplimiento a lo establecido por la ley.

CAPÍTULO III.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Resultados

Los resultados de ésta investigación fueron obtenidos de una muestra de 6 personas que son cuidadores de niños o adolescentes con cáncer que asistan a FANLYC. Los resultados correspondientes a la Ansiedad Estado y al síndrome de Burnout. Se presentan en tablas en las que se reflejan las frecuencias y los porcentajes correspondientes a los datos de cada subescala. Con el objetivo de facilitar la interpretación de los resultados se han utilizado gráficos.

Se utilizó la prueba de Wilcoxon para el análisis de los resultados de la estadística inferencial. Este estadístico es usado para hacer pruebas de hipótesis acerca de la mediana.

Los resultados correspondientes se obtuvieron de la subescala de Ansiedad Estado del IDARE y del inventario del síndrome de Burnout que consta de tres subescalas: CE=Cansancio/Agotamiento emocional, RP=Realización personal, DP=Despersonalización.

La población cumplía con los criterios de inclusión definidos para esta investigación:

Ser cuidador de un niño o adolescente con cáncer que asistan a FANLYC, este cuidador debe ser hombre o mujer entre 20 y 60 años, obtener un puntaje significativo en el IDARE en la subescala de ansiedad estado y el inventario del síndrome de Burnout.

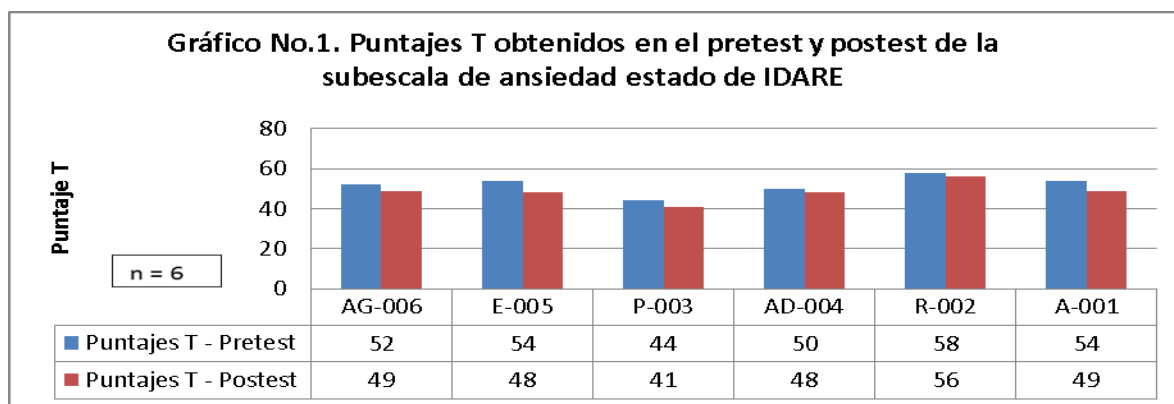
3.1 Descriptivos

Tabla No.1. Aspectos descriptivos de la muestra de cuidadores de niños y adolescentes con cáncer que asisten a FANLYC, 2018

Participante	Sexo	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Área Residencial	Edad de Dependiente
A-001	F	43 años	Soltera	Secundaria	Urbana	9 años
R-002	M	20 años	Unido	Primaria	Rural	3 años
P-003	M	45 años	Unido	Primaria	Rural	2 años
AD-004	F	30 años	Soltera	Secundaria	Rural	10 años
E-005	F	53 años	Unida	Primaria	Rural	10 años
AG-006	F	35 años	Soltera	Universidad	Urbana	14 años

Fuente: Martínez, J. 2018

La tabla No. 1, presenta los aspectos descriptivos de la muestra de cuidadores de niños y adolescentes con cáncer que asisten a FANLYC. Los aspectos que se muestran son: sexo, edad, estado civil, escolaridad, área residencial y edad de dependiente. De la población original, se produjo una mortalidad experimental de 4 sujetos de los cuales 8 eran mujeres y 2 hombres. La muestra final estuvo conformada por 4 mujeres y 2 hombres.



Fuente: Martínez J. 2018

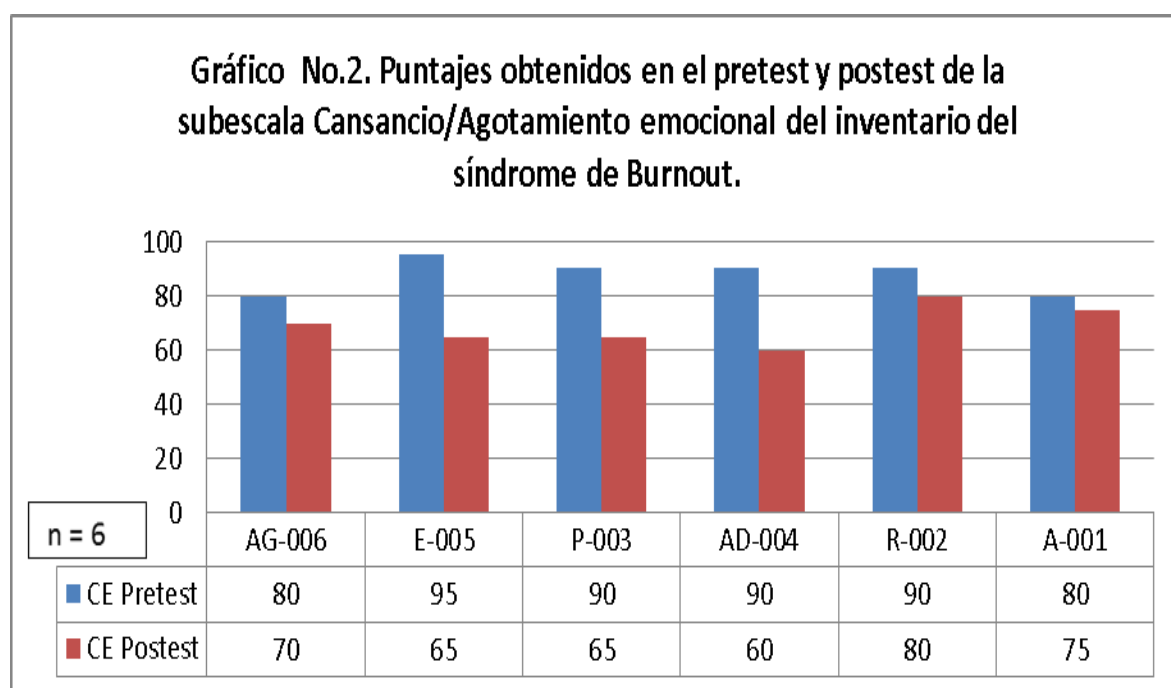
Se presentan los puntajes T obtenidos en el pretest y postest dentro de la subescalas de ansiedad estado de la prueba IDARE aplicada a 6 los cuidadores de niños y adolescentes con cáncer que asisten a FANLYC. Hubo disminución en los niveles de ansiedad estado del postest después de participar en el programa de intervención.

Tabla No. 2. Puntajes T obtenidos en el pretest y postest de las subescalas del inventario del síndrome de Burnout

Participante	Pretest			Postest		
	CE	DP	RP	CE	D	RP
AG-006	80	80	30	70	60	10
E-005	95	95	5	65	85	15
P-003	90	80	30	65	65	20
AD-004	90	90	30	60	70	10
R-002	90	90	15	80	75	10
A-001	80	75	10	75	60	10

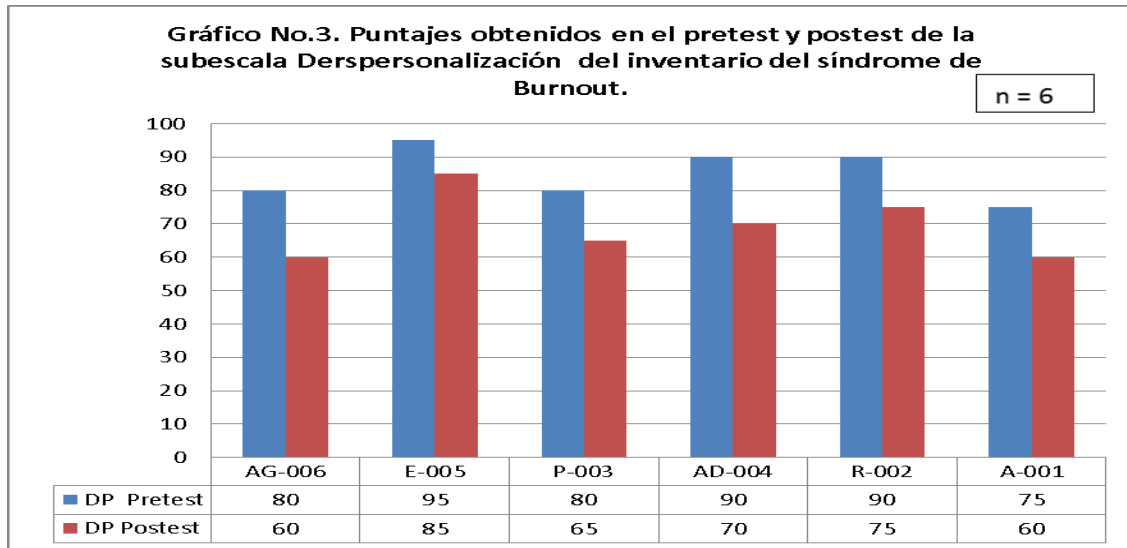
Fuente: Martínez, J. 2018

Se observan los puntajes T obtenidos en el pretest y postest dentro de la subescalas: Cansancio/Agotamiento Emocional=EC, Realización Personal =RP, Despersonalización=DP. En los siguientes gráficos se detallan los puntajes que se obtuvieron dentro de cada subescala.



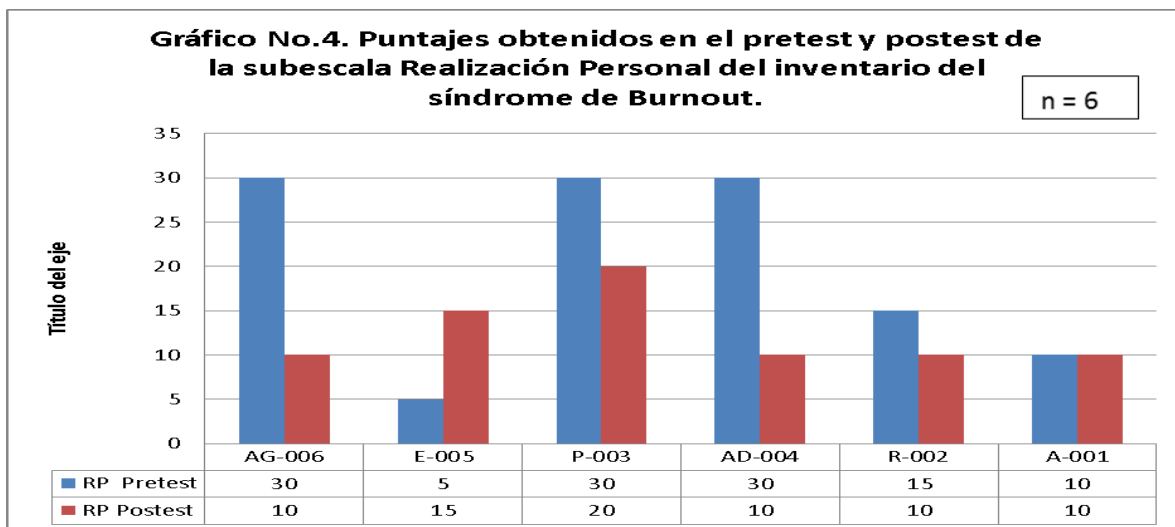
Fuente: Martínez, J. 2018

En el gráfico 2, los 6 cuidadores presentaron disminución en los puntajes del postest en la subescala de Cansancio/Agotamiento emocional del inventario del síndrome de Burnout después de participar en el programa de intervención.



Fuente: Martínez, J. 2018

En el gráfico 3, se presentan los resultados obtenidos en el pretest y el postest de la subescala Derspersonalización del inventario del síndrome de Burnout. Los 6 cuidadores tuvieron disminución en los puntajes del postest después de participar en el programa de intervención.



Fuente: Martínez, J. 2018

En el gráfico 4, se presentan los puntajes obtenidos en el pretest y postest de la subescala Realización Personal del inventario del síndrome de Burnout. 4 de los 6 cuidadores obtuvieron disminución en la subescala de Realización personal en comparación con el pretest, después de participar en el programa de intervención.

3.2 Pruebas de Hipótesis

Como no podemos afirmar la normalidad de la muestra, por ser muy pequeña, se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar muestras pareadas. Esta prueba, compara las medianas en el pretest y el postest (Ho Vs H1).

Tabla No.3: Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pretest y el postest en la subescala Ansiedad estado

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
PostestIDA - idapr	Rangos negativos	6 ^a	3.50	21.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	0 ^c		
	Total	6		

a. PostestIDA < idapr

b. PostestIDA > idapr

c. PostestIDA = idapr

Tabla No.4: Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala de ansiedad estado

Estadísticos de contraste ^a	
	PostestIDA – idapr
Z	-2.214 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.027

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

En la Tabla No.4., Al comparar las puntuaciones obtenidas del pretest y postest de la muestra en la subescala de Ansiedad-estado utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que existen evidencias estadísticas suficientes para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis alterna, pues la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.02$) es menor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$. Se puede concluir que hubo una disminución en los niveles de ansiedad de los participantes luego del tratamiento.

Tabla No.5: Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pretest y el postest en la subescala Cansancio/agotamiento Emocional

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
	Rangos negativos	6 ^a	3.50	21.00
Pos-CE - Pre-CE	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	0 ^c		
	Total	6		

a. Pos-CE < Pre-CE

b. Pos-CE > Pre-CE

c. Pos-CE = Pre-CE

Tabla No.6: Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala Cansancio/Agotamiento emocional (CE).

Estadísticos de contraste^a

	Pos-CE - Pre-CE
Z	-2.214 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.027

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

En la Tabla No.6, Al comparar las puntuaciones obtenidas del pretest y postest de la subescala CE= Cansancio/Agotamiento Emocional en el **inventario del síndrome de Burnout** de la muestra utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que existen evidencias estadísticas suficientes para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.02$) es menor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$. Se puede concluir que existen diferencias en los niveles de CE de los cuidadores antes y después de su participación en la terapia aplica.

Tabla No.7: Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pretest y el postest en la subescala Despersonalización

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Pos-DP - Pre-DP	Rangos negativos	6 ^d	3.50	21.00
	Rangos positivos	0 ^e	.00	.00
	Empates	0 ^f		
	Total	6		

a) d. Pos-DP < Pre-DP

b) e. Pos-DP > Pre-DP

c) f. Pos-DP = Pre-DP

Tabla No.8: Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala Despersonalización

Estadísticos de contraste^a	
	Pos-DP - Pre-DP
Z	-2.232 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.026

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

En la Tabla No.8, Al comparar las puntuaciones obtenidas del pretest y postest de la subescala **Despersonalización= DP** en el **inventario del síndrome de Burnout** de la muestra utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que existen evidencias estadísticas suficientes para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.02$) es menor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$. Se puede concluir que existen diferencias en los niveles de Despersonalización de los cuidadores antes y después de su participación en la terapia aplica.

Tabla No.9. Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pretest y el postest en la subescala Realización Personal.

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Pos-RP - Pre-RP	Rangos negativos	4 ^a	3.13	12.50
	Rangos positivos	1 ^b	2.50	2.50
	Empates	1 ^c		
	Total	6		

- a. Pos-RP < Pre-RP
- b. Pos-RP > Pre-RP
- c. Pos-RP = Pre-RP

Tabla No.10: Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala Realización Personal

Estadísticos de contraste^a	
	Pos-RP - Pre-RP
Z	-1.361 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.174

- a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon
- b. Basado en los rangos positivos.

En la Tabla No.10, Al comparar las puntuaciones obtenidas del pretest y postest de la subescala Realización Personal=RP en el **inventario del síndrome de Burnout** de la muestra utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que no existen evidencias estadísticas suficientes para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.17$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

3.3 Discusión de los resultados

Es necesario que partamos de la limitante de nuestro diseño de investigación: el pre experimento es el nivel más bajo dentro de los estudios experimentales porque se tiene mínimo control experimental, cuando no se tiene grupo de comparación se debilita la validez de los resultados, para tener mayor control se realizaron dos mediciones y el mismo grupo se compararía consigo mismo, se realizó una medición antes de la aplicación de tratamiento para conocer cuál es el nivel de ansiedad estado y síndrome de Burnout antes del inicio del programa y una aplicación después del mismo y así poder tener una línea de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en la variables dependientes antes del programa y hay un seguimiento del grupo.

Se intentaron controlar las variables extrañas al seleccionar una muestra que fuera lo más parecida posible: niveles altos de ansiedad estado, niveles elevados en el síndrome de Burnout, ser cuidador de un niño o adolescente con cáncer que asista a FANLYC, vivir en un lugar alejado, escasos recursos, con poco familiares en la ciudad, ser mayor de edad y se consideraron tanto hombre como mujeres; al tener varias fuentes de información a parte de los puntajes de las pruebas aplicadas (esto ayuda a reducir el falseo en las pruebas), se realizó una entrevista clínica. También es importan el tener un instrumento de medición con buenas propiedades psicométricas, ser rigurosos a la hora de aplicar la terapia como: un lugar tranquilo, a la misma hora y mismo día semanalmente, dejarle tareas para la casa y con el mismo proceso de investigación en el tiempo transcurrido entre una medición (pretest) y otra (postest); por otro lado, hubo mortalidad experimental de 4 sujetos quedando un total de 6 participantes en la investigación.

Luego que se realizó el análisis estadístico podemos indicar que la Terapia Racional Emotiva (TREC) es efectiva para disminuir los niveles de ansiedad-estado y Síndrome de Burnout; resalta la gran diferencia en la subescala de ansiedad estado entre el pretest y el postet después de la terapia aplicada (p value= 0,02), lo cual nos permite predecir que esta modalidad de intervención terapéutica es prometedora para el tratamiento de la ansiedad. En cuanto al

síndrome de Burnout la TREC ayudó en el mejoramiento de dos de las tres subescalas del síndrome de Burnout. Estas subescalas son: la subescala de Despersonalización la cual valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, teniendo una diferencia entre el pretest y el postest después de la terapia aplicada (p value= 0,02), se puede concluir que ellos lograron reconocer su actitud de frialdad y despersonalización por las demandas que conlleva el ser cuidador de un niño o adolescente con cáncer; la subescala de Cansancio/Agotamiento Emocional valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, se obtuvo una diferencia entre el pretest y el postest después de la terapia aplicada (p value= 0,02), lo que se puede concluir que los cuidadores lograron disminuir el cansancio emocional por las demandas del trabajo luego de participar en la terapia.

En la subescala Realización Personal se obtuvo (p value= 0,17). Esta escala evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Las personas que son cuidadores por la situación en la que se encuentran actualmente perciben que no son autosuficientes y que no están realizados personalmente por la condición que presentan el niño o adolescente al que cuidan.

Con estos resultados vemos como efectiva el empleo de la Terapia Racional Emotiva Cognitiva como alternativa terapéutica para ser usada en diferentes contextos: áreas clínicas, instituciones, fundaciones, educativas, centros de salud, centros comunitarios, entre otros. La terapia TREC utiliza diversas técnicas como: cognitivas, conductuales, emocionales, para lograr un cambio filosófico en las personas y así las personas se dé cuenta que son ellas mismas quienes crean sus propias perturbaciones, fomenta la autoaceptación, porque los seres humanos tienen tendencia a evaluarse a sí mismos. Según Lega, Caballo y Ellis (1997), la Terapia Racional Emotiva Conductual se centra especialmente en conseguir un cambio fisiológico profundo, mantener una posición humanista eliminando cualquier evaluación del "sí mismo" al intentar cambiar los "tengo que" como una base de afirmaciones anti empíricas, fomentando un cuestionamiento activo que el

paciente llega a internalizar. También se especializa en la corrección semántica tales como la corrección de frases “siempre”, “nunca”, “debería” entre otras.

Podemos comparar los resultados obtenidos en esta investigación con los de Bethancourt, Bethancourt, Moreno y Suárez, (2014) citado por Lazo (2016), al analizar a 15 cuidadores aplicando la entrevista IDARE, Lista de Indicadores de Vulnerabilidad al Estrés, Escala de Zarit y Cuestionario de Bienestar Psicológico (CAVIAR) concluyendo que el 86.6% presentaban sobrecarga intensa, se evidencia depresión y ansiedad, la insatisfacción en las áreas personal y familiar, y reflejaron un bienestar psicológico bajo.

Los cuidadores de niños y adolescentes con cáncer de FANLYC al inicio de la investigación presentaban niveles altos de ansiedad y síndromes de Burnout.

En el síndrome de Burnout se presenta desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, despersonalización, actitudes negativas hacia otras personas, falta de realización personal, depresión, autoestima baja, aumento de la irritabilidad, aislamiento profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo.

Estamos a favor de lo que menciona Becic (1996), que es importante contar con intervenciones terapéuticas apropiadas para disminuir la ansiedad, síndrome de burnout tanto en familiar primario y el paciente oncológico porque los cuidadores constituyen una población en riesgo de sufrir enfermedades psíquicas y físicas.

El tiempo necesario para que la Terapia Racional Emotiva sea efectiva requiere como mínimo ocho (8) sesiones terapéuticas de 45 minutos cada una, donde el ambiente terapéutico proporcione un entorno de confianza, donde se validen los sentimientos y reconexión, lo cual contribuye como una base segura para profundizar en los conflictos, para poder entenderlos, aceptarlos.

El haber logrado una alianza terapéutica sólida con los participantes y facilitar la cohesión grupal a través de un ambiente de confianza y seguridad, compromiso

con la terapia, la realización de las tareas para la casa que tienen como objetivo ayudar a la persona a generalizar su trabajo de terapia a la vida diaria, estos fueron factores claves para lograr cambios significativos en los participantes.

Al concluir la terapia los cuidadores hicieron hincapiés en la necesidad de establecer programas y políticas para el cuidado de la salud dentro de FANLYC para los cuidadores de niños y adolescentes con cáncer.

Durante el proceso se pudieron identificar los siguientes estímulos que los cuidadores percibían como amenazantes y que desencadenaban sus respuestas de ansiedad y síndrome de Burnout: la información que recibían por parte de los doctores con referente al estado de salud del niño o adolescente con cáncer, pasar poco tiempo con su familia, problemas de comunicación con sus parejas, descuido de los otros hijos, dificultades emocionales y conductuales de sus hijos, la carga horaria laboral, la carga emocional y el agotamiento que conlleva cuidar una persona con cáncer, el pasar tiempo lejos del hogar, la incertidumbre que trae consigo esta condición, el no contar con programas para el autocuidado, la alta demanda de atención que requieren estos niños y adolescentes, el agotamiento físico que sufren los cuidadores, la alta responsabilidad que se debe tener para cuidar de estos pacientes. Como observamos, estas situaciones y estímulos amenazantes son muy parecidos a los mencionados en las investigaciones y textos consultados para este estudio.

Al inicio del tratamiento presentaban niveles altos de ansiedad estado, se sentían agotados, intranquilos, inseguros, tensos, ansiosos, incómodos, sin confianza en sí mismo, a punto de explotar, agitados, tristes, nerviosos, emocionalmente defraudados, se sentían emocionalmente endurecidos, con frustración, culpables, con pocas energías, desanimados, sin capacidad para el cuidado de sus familiares, al límite de sus posibilidades, inútiles.

A pesar de que no cumplían criterios para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad, la ansiedad que experimentaban era limitante para desempeñar las funciones que realizan y esto contribuye a que se desencadenen en ellos, factores

asociados al síndrome de Burnout tales como: despersonalización, distanciamiento, cansancio/agotamiento emocional, percibir que no tiene una realización personal, es decir, estaba afectando su estabilidad emocional y su desempeño, y por tanto se indicaba atención psicológica.

Posterior a la participación de la terapia, los cuidadores presentaron bajos niveles de ansiedad estado, con energía, tranquilos, seguros, relajados, cómodos, con mayor confianza en sí mismo, con mayor control de sus emociones, felices, alegres, emocionalmente capaces, con calma, animados, con capacidad para el cuidado de sus familiares, con capacidades más allá de sus posibilidades, útiles.

Lograron darse cuenta que son ellos los que crean sus propias perturbaciones, reconocieron que tienen la capacidad de modificar sus perturbaciones, entendieron que estas perturbaciones emocionales y conductuales provienen de creencias irracionales, identificaron sus creencias irracionales y buscaron alternativas racionales, cuestionaron sus creencias irracionales, trabajaron en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales, para que el aprendizaje se mantengan se les recomienda seguir el proceso de refutación de las ideas irracionales a lo largo de su vida

En conclusión, tanto clínica como estadísticamente, la Terapia Racional Emotiva Conductual logró disminuir los niveles altos de ansiedad estado y el Síndrome de Burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer.

CAPITULO IV.
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

Luego de finalizar nuestro estudio podemos establecer las siguientes conclusiones:

Los niveles de ansiedad y síndrome de Burnout disminuyeron en los cuidadores de niños y adolescentes con cáncer de FANLYC después de participar en el programa de terapia Racional Emotiva Conductual.

En la sub escala de agotamiento emocional/cansancio emocional se observó la existencias de diferencias estadísticas entre el pre test y pos test después de la aplicación del programa. Se evidenció en la sub escala de despersonalización diferencias estadísticas entre el pre test y pos test después de la aplicación del programa.

Se evidenció en el test de IDARE-estado y MBI diferencias estadísticas entre el pre test y pos test después de la aplicación del programa.

Se considera que la Terapia Racional Emotiva Conductual, aplicada en esta investigación, ha sido efectiva para que los cuidadores disminuyeran los niveles de ansiedad estado y síndrome de burnout, obteniendo mayor bienestar psicológico, control cognitiva, estilos de afrontamiento, valoraciones positivas, mejor percepción de apoyo social, adaptación.

Observamos en este estudio que los participantes tenían valoraciones negativas antes del tratamiento. Posterior a la participación en la Terapia Racional Emotiva Conductual, los cuidadores lograron reconocer sus pensamientos disfuncionales y pudieron obtener herramientas para modificarlos. Ayudando a que disminuyeran los niveles de ansiedad y síndrome de burnout.

La teorías de Beck, Ellis, Lazarus, confirman que es necesario modificar las valoraciones amenazantes, negativas, catastróficas por otras más funcionales y asertivas. Es por ello que se trabajó en técnicas como la reestructuración

cognitiva, estilos de afrontamiento, pensamientos positivos, disminución de valoraciones negativas, minimización de la amenaza entre otros.

El perfil de los cuidadores de niños y adolescentes con cáncer correspondían en su mayoría a mujeres en edad productiva, escolaridad baja o media, viven en parejas, ocupación afectada por el rol (pierden sus empleos y terminan dedicándose al hogar), nivel socioeconómico variado, tiempo al cuidado mayor de 18 meses, por 12 o más horas los 7 días de la semana. Las personas que estaban a cargo de su cuidado eran sus hijos.

Es muy importante el apoyo social que provea la familia, amistades, organizaciones para cada uno de los cuidadores, considerando que la calidad de apoyo social que reciban los cuidadores es un factor protector de sobrecarga.

El cuidador primario en el hogar es el principal apoyo de la persona dependiente y del sistema formal de salud, por tanto, como un ser biopsicosocial debe ser abordado en forma integral.

Los cuidadores de los pacientes con Cáncer son altamente invisibilizados. Es común que el abandono familiar, el desgaste emocional y la frustración se conjuguen en elementos constantes al rol de cuidador, dejando de lado, casi por completo, los elementos del desarrollo biopsicosocial del cuidador.

El síndrome de burnout, es 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.

Podemos concluir que los síntomas de ansiedad son muy diversos y tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa, que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, náusea, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc.

Es necesario que el cuidador principal considere la información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución; orientación sobre cómo

hacer frente a las carencias progresivas y a las crisis que puede tener la enfermedad de su familiar; valorar los recursos de los que dispone: los apoyos físicos de otras personas, la disponibilidad de tiempo y los deseos de compartir su cuidado que tienen otros miembros de la familia; mantener, si es posible, sus actividades habituales; saber organizarse y cuidarse. Prepararse para enfrentar la etapa de duelo.

Síndrome de Burnout es como una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo.”

Las características más sobresalientes del síndrome de Burnout son: trastornos en el patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio, y aislamiento.

Es importante recordar que existen signos de alarma se encuentran: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), ira, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad y autoinmolación, cargas excesivas de trabajo, entre otros.

La Terapia Racional Emotiva Conductual explica que la perturbación emocional es debido principalmente a nuestros pensamientos, actitudes y creencias de lo que nos ocurre a nuestro alrededor.

Es necesario reconocer que tienen la capacidad de modificar esa perturbación; descubrir sus creencias irracionales utilizando los métodos lógicos empíricos de la Terapia Racional Cognitiva

El ABC es un método que tiene como enfoque principal la forma de pensar, interpretar los resultados de esa idea en el individuo y por ende el paciente es el

responsable de sus pensamientos, sentimientos y comportamiento dejando de lado su pasado o involucramiento con otras personas.

La Terapia Racional Emotiva Conductual busca incrementar el sentido de autovalía del individuo y su potencial para autorealizarse al deshacerse de los sistemas de falsas creencias que bloquean su crecimiento personal”

Se puede confirmar lo que sustenta la Terapia Racional Emotiva Conductual en el tratamiento de pacientes con cáncer y cuidadores: en la reducción del agobio emocional que experimentan pacientes y familias ante el desencadenamiento y evolución de la enfermedad y en el dominio de sus síntomas físicos. Que puede ser administrada en un breve período de tiempo, factor muy importante en oncología. En este estudio (8) intervenciones terapéutica de 45 minutos cada una. Fácilmente adaptable para tratar con problemas relacionados con el control de síntomas y con los modos de participación del paciente y su familia en la mejoría de su calidad de vida. Prontamente aceptada por enfatizar el sentido del control personal y de la autoeficacia. Ayuda a una mejor regulación anímica.

El trabajo interdisciplinario y multimodal es parte del tratamiento terapéutico de la TREC; y la combinación de técnicas cognitivas, emocionales y conductuales son muy útiles en el intento de conseguir una terapia breve más profunda y duradera. Las estrategias para tratar el burnout van encaminadas a reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en los casos que sea necesario. El tratamiento tiene como objetivo incrementar la percepción de control de la persona afectada, generar confianza y autoeficacia personal, lo que permite que éste se sienta segura y mejore su autoestima.

Se confirma que es necesario en la TREC que las personas se adapten a las expectativas a la realidad cotidiana. Haya equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.

4.2 Recomendaciones

1. Consideramos realizar un estudio de tipo experimental para muestras más grandes que permita validar los resultados y así se puedan generalizar a la población estudiada.
2. Continuar brindando este tipo de intervención terapéutica a los cuidadores con niños y adolescentes con cáncer, ya que esta investigación ha aportado datos teóricos y prácticos que sustenten lo provechoso que ha sido para un grupo de personas que presentan esta sintomatología.
3. Realizar un control de los resultados del programa en períodos comprendidos entre los seis meses y un año, con el propósito de evaluar, a largo plazo, sus efectos en los cuidadores de niños y adolescentes con cáncer de FANLYC.
4. Se sugiere implementar talleres integrales en temas de cuidados de la salud, motivación, manejo de la ansiedad, hábitos de autocuidado, para los cuidadores de niños y adolescentes con cáncer ya que es necesario mejorar las condiciones de estas personas y prevenir la aparición de trastornos que limiten su labor como cuidadores.
5. Lograr la participación del equipo multidisciplinario para proporcionar a los cuidadores un programa de soporte psicoterapéutico sobre el impacto biopsicosocial de la ansiedad y el síndrome de burnout, de modo que se reduzca el conjunto de síntomas que afectan la esfera psíquica de los cuidadores. Fortalezca su conocimientos con respecto a cómo cuidarse a sí mismo para poder cuidar a otro lo cual mejorará su calidad de vida y a su vez la del cuidador.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Traducción: Burg Translations, Inc., Chicago (EEUU).
- Armstrong P. (2005). Thinking it through: women, work and caring in the New Millennium. <http://www.medicine.da.ca/mcewh>. En: Islas S, Ramos
- Antunes, C. (2000). Estimular las Inteligencias Múltiples. ¿Qué son, cómo se manifiestan, cómo funcionan? Madrid, España: Narcea S. A.
- Appels A. (2006). Estrés laboral, agotamiento y enfermedad, en estrés laboral y salud. En: Buendía J (ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arrieta, C. (1999). Necesidades físicas y organizativas de la familia. En W. Astudillo, C. Arrieta, A. Mendinueta, & I. Vega (Edits.), La familia en la terminalidad (págs. 59-74). San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Astudillo, W., Mendinueta, C., & Astudillo, E. (2002). El síndrome del agotamiento en los cuidados paliativos. En: cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. En Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia (4ta. ed., págs. 514-525). Barañain: EUNSA.
- Astudillo A. W, Mendinueta A. C (2008). Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa 7ª sección Madrid. 235-255
- Ávila, Y. (2010). Terapia cognitivo conductual enfocada en disminuir los síntomas de ansiedad y del síndrome de Burnout en enfermeras de la región metropolitana de salud. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad de Panamá, Panamá.
- Ayala, E., Sphan, M., Stortti, M., Thomaé, M. (2006) Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud.
- Barlow, D. H., y Cemy. J. A. (1988). Psychological Treatment of Panic. New York, Guilford
- Barrera L, Pinto N, Sánchez B. (2010).Cuidando a los Cuidadores. Un programa de apoyo a los familiares de personas con enfermedad crónica. Index de Enfermería [Internet]. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/52-53/5458>.
- Barrios, M. (2005). Manejo de estrés y de la ansiedad en un grupo de pacientes diabéticos un abordaje Cognitivo-Conductual. Universidad de Panamá. República de Panamá.

- Bayés, R. (2008). Cuidando al cuidador. Evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador.
- Blai, R. (2008). Ansiedad: definición y características. Recuperado de: <https://psicositio.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/la-ansiedad-definicion-y-caracteristicas/>.
- Beck, A; Engler, B. (1996). Introducción a las teorías de la personalidad. 4ta. Edición. Editorial McGraw Hill, México, D.F. 558 págs.
- Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva y conceptos básicos y profundización. Editorial Gedisa, España, 395 págs.
- Belloch A, Sandín B, Ramos F. (1997). Manual de psicopatología. McGraw Hill Interamericana, España. Vol. 11613 págs.; Vol. 2, 796 págs.
- Caballo, V. (2008). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. (2 Ed). España: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Carrasco, A., Espejo de Viñas, R. (2000) Salud-Trabajo. Montevideo: Nordan-Comunidad.
- Carrobes, J. A. (1999). Prólogo. En J. Olivares y F.X. Méndez: Técnicas de modificación de conducta (pp. 19-21). Madrid: Biblioteca Nueva
- Castro, I. (2016). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad: rasgo- Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015. (Tesis doctoral). Perú: Universidad César Vallejo.
- Cattell, R.B. y Scheier, I.H. (1961). The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York, NY: Ronald Press
- Cooper, C. L; Marshall, J. (1976). Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. Journal of Occupational Psychology.
- Chang, E., Tsai, Y., & Tsao, C. (2007). Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. Psycho-Oncology.
- Darley, J; Glucksberg, S; Kinchla, R; García, E. (1990). Psicología (4a ed.). México. Prentice- Hall Hispanoamericana.
- De Valle-Alonso et al., (2015). Sobrecarga y burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Enfermería Universitaria, 12(1), 19-27.
- Ellis, A. (1989). Práctica de la terapia Racional Emotiva. 1ª edición. Editorial Decclée De Brouwen, S.A., España. 242 págs.
- Engler, Bárbara. (1996) Introducción a las Teorías de la Personalidad, 4ta.Edición. Editorial Mc Graw Hill, México
- Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. G. (1964). Manual of the Eysenck Personality Inventory. Londres: London University
- Gabalda, I. (2007). Manual teórico- práctico de psicoterapias cognitivas. La terapia racional emotivo conductual de A. Ellis. Henao, Bilbao, España.
- Grau Rubio, C. (2001): Las necesidades educativas especiales de los niños con enfermedades crónicas y de larga duración, en Grau y Ortiz: La

Pedagogía Hospitalaria en el marco de una escuela inclusiva. España - Málaga.

- Gerrig, R., Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. (17 Ed.). Pearson Educación de México
- Gil-Monte, P., Peiró, J. (2009) *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Madrid: Síntesis
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós
- Hamilton M. C. (1959). *Diagnosis and rating of anxiety*. Br j Psychiatry.
- Hernández, N.; Sánchez, J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual para Trastornos de la Salud*. Libros en Red.
- Hernández S., R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010) *Metodología de la investigación*. 5° Ed. Chile: Mc Graw Hill.
- Iruarrizaga, I; Gómez-Segura, J; Criado, T; Zuazo, M; Sastre, E. (1997). *Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales*. España.
- Kaplan, H., Sadock, B. (2000). *Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Editorial Médica Panamericana
- Jacobsen, P., & Hann, D. (2003). *Cognitive-behaviour interventions*. *Psycho-oncology*, págs. 717-729.
- Labrador, F., Puente, M., & Crespo, M. (1997). *Técnicas de control de la activación*. En F. Labrador, J. Cruzado, & M. Muñoz (Edits.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (págs. 367-395). Madrid: Pirámide.
- Lazo, D. (2016). *El síndrome de sobrecarga del cuidador y el bienestar psicológico en cuidadores informales de personas dependientes inscritas en el programa del sistema de atención domiciliaria integral (SADI) de la Policlínica Manuel Paulino Ocaña de la Caja del Seguro Social de Penonomé*. (Tesis de grado). Universidad de Panamá, Panamá.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée Brouwer.
- Lega, L.; Caballo, V.; Ellis, A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. España: Siglo XXI Editores.
- Ley N°68 del 20 de noviembre del 2003. *Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada*. República de Panamá. (Gaceta oficial 24,935).
- Mateo, I., Millán, A., García, M., & Gutiérrez, P. (2000). *Cuidadores familiares de personas con enfermedad perfil, aportaciones e impacto*. Intención Primaria.
- Martínez, E; Morales, M; Muñoz, B; Piafara, C; Herrera, A; Julián A. (2006). *Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus*

implicaciones psicosociales Colombia Médica, vol. 37 Sup1, núm. 2, abril-junio, 2006, pp. 31-38 Universidad del Valle Cali, Colombia.

- Martínez Pérez, A. (2010) El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Recuperado de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Malachi C, Jackson SE, Loiter MP. (1996). Malachi Burnout Inventory Manual. 30 ediciones. Palo Alto, California: Consultan Psychologists Press, USA.
- Ministerio de Salud de Panamá. (2017). Causas de morbilidad por ansiedad, depresión y estrés por grupo de edad y sexo, según la República de Panamá: Dirección de estadísticas del Ministerio de Salud.
- Moreno, B., Rodríguez, R., & Escobar, E. (2001). La evaluación del burnout profesional factorización del MBI-GS. *Ansiedad y Estrés*, (1), 69-78.
- Morales J. A, Muñoz T, Bravo F, Iniesta C, Montero FA, Olmos MC. (2000). Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados. Centro de Salud.
- Morales, L; Murillo, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Med. leg. Costa Rica* vol.32 n.1 Heredia
- Organización Mundial de la salud. (2011). Revisión de la clasificación de los trastornos mentales de la OMS para atención primaria, La CIE-11-APA
- Organización Mundial de Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Placencia-Reyes, O; Arias, G. (2012). El Síndrome de Agotamiento Profesional (Burnout) en el personal de enfermería de un hospital del sector público del estado de Morelos.
- Real Academia de la Lengua Española. 21. Ed. Madrid. Espasa. 2001.
- Ramírez, B., Aguilar, (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Revista Mexicana de investigación de la universidad autónoma de Tamaulipas*, 39-46.
- Reis, F., Castañeda, C., Campos, M. & Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad -rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 9-16. ISSN 1989-5879.
- Revista FANLYC. (2017). Editorial Ultracom. Panamá. 82 págs.
- Revista Latinoamericana de Psicología. (1970). <http://www.redalyc.org>
- Revista de Psicopatología y Psicología Clínica - Spanish Journal of Clinical Psychology (2005). España
- Rojas, I. (2010). Validación del inventario de ansiedad rasgo-estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 48(5), 491-496.
- Rosenfeld, C. (2005). Aportes de la psicoterapia cognitivo conductual en pacientes con cáncer. Recuperado de:

<http://www.ctcar.com.ar/publicaciones/Aportes%20de%20la%20TCC%20en%20Tratamiento%20de%20Pacientes%20con%20Cancer.pdf>

- Roth, E; (2010). Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz. Bolivia
- Salazar, I. A (2015). Estudio de la ansiedad en una muestra de estudiantes adolescentes de educación media. Universidad de Panamá. República de Panamá.
- Sánchez, J; Hernández, N. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual para Trastornos de la Salud*. Libros en Red.
- Schwab M. (2008). Enciclopedia del cáncer. 2nd. Edición Vol.1 Alemania.
- Silveira, N. (2003). Diagnósticos e Intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica. Tomo II. Montevideo: Psicolibros – Wasala
- Sociedad Americana contra el cáncer (2014). Niños diagnosticados con cáncer: cómo afrontar el diagnóstico. Estados Unidos
- Spielberger, C.D. (1966). Theory and research on anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior* (pp. 3-22). New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety Behavior* (pp. 23-49). New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. (1989). *Anxiety in sports: An international perspective*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Schneiderman, S.F. (2010). *Psicomag*. Recuperado de http://www.depresion.psicomag.com/terapia_conductual.php
- Torres F, Beltran G, Martínez P, Saldivar G, Quesada C, Cruz T (2006). Cuidar a un enfermo .pesa. Revista de divulgación científica de la universidad veracruzana.
- Uribe Z. P. (2006). *Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas*. Secretaria de Salud, México
- Virues, R. A. (2005). Estudio sobre la Ansiedad de la Revista Psicología científica, Recuperando en: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>.
- Wolpe, J; Lazarus, A (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. Pergamino, Toronto.
- Zambrano C, Ceballos C (2007). Síndrome de carga del cuidador. Revista Colombiana. Psiquiatría.

ANEXOS

Anexo n° 1. Modelo de consentimiento informado

Consentimiento Informado

Estimado Cuidador, por medio de la presente deseo invitarle a participar en el estudio: **“TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL ENFOCADA EN DISMINUIR LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y SÍNDROME DE BURNOUT EN CUIDADORES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON CÁNCER, QUE ASISTEN A FANLYC”** Usted ha sido preseleccionado por cumplir con los criterios de inclusión. El objetivo de esta investigación es poder evaluar la efectividad de la Terapia Racional Emotiva Conductual en la disminución de la ansiedad y síndrome de Burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer, que asisten a FANLYC y fomentar estilos de afrontamiento funcionales.

Procedimiento del estudio:

- Si usted decide participar, requerimos realizarle una entrevista clínica y que responda a una prueba psicológica, esto tomará un tiempo máximo de 1 hora, y se realizará en un lugar seguro.
- Posteriormente le solicitaremos que participe en la Terapia Racional Emotiva Conductual, la cual consiste en ocho (8) sesiones con una duración de (45) minutos cada una, en donde se aplicarán diferentes medios psicológicos para disminuir el nivel de ansiedad y síndrome de burnout. Este grupo terapéutico lo integrarán otros cuidadores que al igual que usted, aceptaron participar del estudio. Se llevará a cabo en un consultorio.

Beneficios:

No existe un beneficio material por su participación. Sin embargo, este espacio de apertura individual y grupal, puede proveerle una oportunidad de ser escuchado y de escuchar a otras personas en su misma situación, lo cual le ayudará a validar sus emociones y pensamientos, que, sumado a las técnicas psicológicas empleadas, favorecerá la disminución del nivel de ansiedad y síndrome de burnout experimentado, el cual actualmente puede estar limitando su óptimo desempeño en sus funciones diarias.

Riesgos:

No se esperan mayores riesgos que los usuales al asistir a una consulta clínica. De identificarse alguna situación particular, se le referirá al especialista indicado para su atención. Toda información personal, que lo (a) pueda identificar, guarda un carácter **Confidencial**, que será exigida también a las personas que tengan contacto con usted (p.ej. al resto de los participantes a través de un contrato psicológico). En los resultados de la investigación, solo se plasmarán datos generales del grupo o particulares a través de un código; la información personal

se le solicitará únicamente para promover un contacto personalizado con usted. Recuerde que está amparado por la Ley N° 3 del 5 de enero de 2000, Ley N°68 del 20 de noviembre del 2003, la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y el Código de Ética de los psicólogos panameños.

Derecho como participante:

Usted tendrá la libertad de renunciar al estudio si lo considera necesario, sin repercusión alguna. Si tiene consultas, quejas o dudas sobre sus derechos como participante, puede contactar a la investigadora Jestanni Martínez al teléfono 6200-2127 o al correo electrónico jmaclk@yahoo.com.mx Al culminar toda la investigación, reconoceremos su participación con un brindis.

Con base a lo antes descrito, ¿Usted se compromete a asistir puntualmente, a ser honesto(a) y a participar activamente durante las sesiones?

Sí **No**

Nombre del Participante Firma del Participante Contacto

Firma de la Investigadora Fecha _____

Anexos n° 2. Sesiones Terapéutica

Las sesiones son basadas en el programa de intervención cognitivo conductual para el manejo del estrés y la ansiedad en un grupo de pacientes diabéticos de la Magíster María Inés Barrios Pinilla con adecuaciones para la población de cuidadores de niños y adolescentes con cáncer de FANLYC.

Sesión 1

Módulo: Reestructuración Cognitiva.

- Presentación de los miembros del grupo
- Explicación sobre el funcionamiento del grupo
- Explicación de los objetivos, frecuencia, duración, del programa de tratamiento.
- Explicación de los fundamentos del tratamiento
- Tarea para la casa
- Terminación de la sesión

1.1. Presentación de los miembros del grupo

Cada miembro del grupo se presenta a todos los demás. En esta presentación se pueden incluir: el nombre, lo que hacen actualmente, estudios, residencia, y el familiar que cuidan en FANLYC.

1.2 Planteamientos sobre el funcionamiento del grupo

1. Asistencia a las sesiones (avisar en caso de imprevistos).
 2. Cumplir con todos los compromisos (TAREAS) establecidos en las sesiones.
 3. Los participantes del grupo deberán mantener confidencialidad.
 4. Ser respetuoso en todo momento de la opinión de los demás.
 5. Puntualidad.
 6. Traer el material de trabajo para cada sesión.
- Acepto estas reglas y me comprometo a cumplirlas

Si_____ No_____

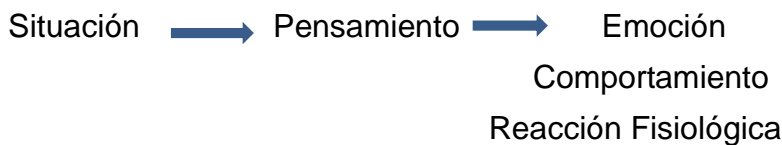
1.3 Se indica la importancia de la influencia de los miembros en la motivación, en los reforzamientos positivos, en la retroalimentación, en el modelado, en el entendimiento mutua ya que todos cuidan a un familiar.

1.5 Explicación de los fundamentos del tratamiento

Se les explica a los cuidadores de niños y adolescentes con cáncer de FANLYC en qué consiste la terapia cognitiva conductual. Se señala que la terapia cognitiva plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos. Se le indica que la interpretación de una

situación, más que la propia situación, a menudo influye sobre nuestras emociones, comportamientos y respuestas fisiológicas subsiguientes. Se indica que imaginemos una situación X, como por ejemplo.

- Percepciones de los eventos
- Emociones
- Comportamientos de las personas
-



Persona A

Situación: Que tenga que quedarse en FANLYC porque vive lejos y su familiar necesita tratamientos.

A piensa: Sí, me quedaré en FANLYC ya que vivo lejos y mi familiar requiere tratamientos y si asiste a los tratamientos mejorará.

Reacciones emocionales: Tranquilidad, bienestar.

Reacciones comportamentales: Quedarse en FANLYC durante el tratamiento de mi familiar.

Persona B

Esto es demasiado difícil, está muy lejos de mi casa, no creo que pueda dejar al resto de mi familia sola, yo soy el sustento de mi hogar, cómo harán sin mí. Además por mi pueblo pueden darle tratamiento, pero si mi hijo puede curarse solo.

Reacciones emocionales: angustia, tristeza, ansiedad, rabia, descontento.

Reacciones comportamentales: Abandonar el tratamiento de su familiar, regresarse para su casa.

Se señala que en la terapia es importante que la persona quiera cambiar para lograr el cambio. También se indica que es necesario reconocer lo que pensamos de la situación, las emociones, la conducta, las reacciones fisiológicas que surgen de ese pensamiento ante determinada situación, para entonces poder cambiar ese pensamiento por otro más adaptativo y todo lo anterior mejorará.

Se instruye al cuidador sobre la importancia de controlar los niveles de ansiedad y cómo, según distintas investigaciones, éstas le afectan.

1.6 Tarea para la casa

Con el objetivo de que practiquen en la casa la identificación de situaciones, pensamientos, emociones, conducta, reacciones fisiológica. Se da una hoja, la que deben llenar para:

Una situación Pensamiento Emociones -Conducta-Reacciones Fisiológicas
Se prepara un ejemplo de cómo hacerlo y se pide a un voluntario que imagine cómo va hacer la tarea. Imaginando una situación desagradable que le haya ocurrido; que se pregunte ¿qué estaba pensando mientras ocurría esta situación? ¿Cómo se sentía? ¿Cómo se comportó? ¿Experimentó alguna situación en su cuerpo mientras le ocurría esta situación?

Terminación de la sesión

Se hace una síntesis de los que se habló en la sesión.

Sesión N°2

Módulo: Reestructuración Cognitiva

2.1 Revisión de la tarea

2.2. Reestructuración cognitiva

2.3 Tarea para la casa

2.4 Terminación de la sesión

2.1 Revisión de la tarea para la casa

Se revisa la tarea individualmente. Y luego se pide a uno de los participantes que dé su ejemplo. Se pregunta si tuvieron alguna dificultad con la tarea y se recogen las tareas.

2.2. Reestructuración cognitiva

Se explica que la reestructuración cognitiva es una técnica cognitivo conductual que tiene como finalidad que las personas cambien sus pensamientos disfuncionales por otros más adaptativos a la situación. Se definen conceptos tales como pensamientos automáticos, distorsiones cognoscitivas, ideas irracionales.

Se explica que modificando nuestros pensamientos, logramos, probablemente, que las emociones y las conductas que emitimos sean más adecuadas.

Indicamos qué son los pensamientos automáticos: se señala que son pensamientos que surgen muy rápido y que muchas veces no llegan a nuestra conciencia, pero sí determinan nuestras reacciones. Se brindan ejemplos de situaciones problemas y los pensamientos acompañantes, a modo de narraciones. Se les da una lista de distorsiones cognitivas para que las lean y se puedan familiarizar con ellas. Se enfatiza en preguntas como: ¿qué estamos pensando en el momento en que ocurre una situación que nos hace sentir mal?

Se da a conocer que existen creencias sobre nosotros, los demás y el mundo, que generalmente no las expresamos. Que se van desarrollando desde la infancia. Son globales y rígidas. Y son aprendidas desde distintas interrelaciones.

Se ejemplifican algunas creencias centrales disfuncionales, que anotamos a continuación:

En relación con uno mismo:

Si no hago las cosas perfectas soy un inútil

Si pido ayuda muestro debilidad

Tengo que ser totalmente competente, de lo contrario no sirvo para nada.

No me puedo equivocar en nada, sino soy un fracasado, un inútil.

En relación con los demás:

Que los demás no pueden equivocarse, sino son unos inútiles y fracasados

Que las personas que me hacen algo inadecuado son malas, merecen ser castigadas.

En relación el mundo:

Que la vida debe ser fácil y placentera, si no es catastrófico.

Ejemplo:

Creencia central: vida fácil y placentera

Pensamiento disfuncional: tengo un familiar con una enfermedad crónica, cáncer, esto no debe haber pasado, por qué me pasó a mí, es catastrófico, horrible, no lo puedo soportar.

Se hacen discusiones grupales. Se ejemplifican nuevas creencias y pensamientos disfuncionales.

Luego se trata de que los participantes identifiquen algunas emociones negativas que hipotéticamente puedan surgir de estos pensamientos. Previo a que hagan este ejercicio, se les habla sobre las emociones y se les da un listado de emociones negativas, tales como:

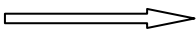
Triste, abatido, solo, desdichado, angustiado, asustado, tenso, preocupado, enojado, furioso, irritado, molesto, avergonzado, humillado, decepcionado, celoso, envidioso, culpable, herido, receloso.

Se enfatiza la ansiedad y el síndrome de burnout. Se hace un ejercicio para reconocer algunos de los síntomas de la ansiedad y burnout de estas condiciones de salud. Posibles señales en la expresión de ansiedad o nerviosismo y que se relacionan con algunos síntomas del burnout.

- ❖ Temblor en las rodillas
- ❖ Brazos rígidos
- ❖ Rascarse, frotarse
- ❖ Temblor en las manos
- ❖ Sin contacto ocular
- ❖ Cara pálida
- ❖ Sonrojo o rubor
- ❖ Humedecerse los labios
- ❖ Tragar saliva
- ❖ Respirar con dificultad
- ❖ Sudar
- ❖ Tartamudeos
- ❖ Aligerar el paso
- ❖ Boca seca
- ❖ Aumento de la frecuencia cardiaca
- ❖ Morderse las uñas

- ❖ Morderse los labios
- ❖ Sentir náuseas
- ❖ Sentirse mareado
- ❖ Quedarse inmobilizado
- ❖ No saber qué decir

Posteriormente se procede hacer un ejercicio, con la lista de pensamientos y lista de emociones, que surgen de las distorsiones cognitivas.

Pensamientos  emociones

Luego se pide a los voluntarios que imaginen una situación problemática que haya pasado en su última semana. Después se les indica que traten de pensar ¿qué está pasando por su mente en ese momento? ¿Qué sintió? ¿Qué hizo?, ¿experimentó alguna sensación en su cuerpo?

Tarea para la casa

Llenar la hoja de identificación de situaciones en las cuales hayan tenido síntomas de ansiedad y o del síndrome de burnout, identificar los pensamientos o distorsiones cognitivas-emociones-comportamientos-reacciones fisiológicas. Tomando en cuenta: la situación, el pensamiento, el comportamiento y la reacción fisiológica.

Situación Pensamientos Emociones Comportamiento Reacción Fisiológica

Terminación de la sesión

Elaboración de un resumen de todo lo que se trató en la sesión. Se enfatiza en la realización de la tarea.

Sesión N°3

Módulo: Reestructuración Cognitiva

3.1. Revisión de la tarea

3.2 Reestructuración cognitiva

3.3. Terminación de la sesión

3.1 Revisión de la tarea

Se revisa la tarea individualmente. Se les pide a los voluntarios que den ejemplos, y que luego guarden las tareas para utilizarlas posteriormente en la sesión.

3.2 Reestructuración cognitiva

Se empieza haciendo un breve resumen de lo aprendido. Se procede a mostrar a los participantes un método estructurado para modificar las distorsiones cognitivas por otros pensamientos más adaptativos. Se explica que las distorsiones cognitivas hay que evaluarlas y debatirlas.

Se entrega una lista de preguntas que los va ayudar a interrogar y a verificar las distorsiones cognitivas. Todos la leen.

¿Cuál es la evidencia?

¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir?

¿Podría sobrellevarlo?

¿Hay alguna explicación alternativa?

¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?

¿Qué debo hacer al respecto?

¿Qué le diría a un amigo si estuviera en esta misma situación?

Se entrega una lista de posibles pensamientos alternativos:

Es desagradable pero no es catastrófico

Las conductas injustas forman parte de la vida. Puedo soportarlas sin reaccionar con ira.

Todos nos equivocamos, al hacerlo no quiere decir que somos lo peor.

Se expone un ejemplo. Se explica que un psicólogo en primer lugar ayuda al paciente, mediante preguntas orales, a identificar los pensamientos, las emociones, los comportamientos, las reacciones fisiológicas.

Luego se debate el pensamiento y se indica al participante que aunque le ocurriera lo peor, podría tolerarlo y que lo importante es que lo tolerará. Se le explica que puede dar nuevas alternativas de pensamientos, pensamientos más funcionales y positivos. Igual con las emociones y comportamientos.

Se les pide a los participantes que se agrupen de dos en dos y que con la tarea que trajeron, expongan la situación que les provoca ansiedad, pensamientos disfuncionales y que el otro lo debata hasta encontrar mejores alternativas de pensamientos hacia la situación y que luego cambien de papeles.

Tarea para la casa

Llenar la hoja de autorregistro: de situación (que provoque ansiedad) - pensamiento-emoción (que la evalúen de 0 a 100) conducta-reacción fisiológica-cambio de pensamiento-nuevo estado de emoción (que lo evalúen de 0 a 100) nueva conducta-nueva reacción fisiológica.

Terminación de la sesión

Se hace un resumen de todo lo aprendido. Se recuerda la importancia de que realicen la tarea.

Sesión 4

Módulo. Reestructuración cognitiva y técnicas de afrontamiento

4.1 Revisión de la tarea

4.2 Entrenamiento en relajación

4.3 Reestructuración cognitiva

4.4. Tarea para la casa

4.5 Terminación de la sesión

4.1 Revisión de la tarea

Se revisa la tarea individualmente. Se pide voluntarios que den ejemplos, y que luego entregue las mismas.

4.2 Entrenamiento en la relajación

a. Exposición teórica sobre la relajación

Es una forma de eliminar la tensión, que cuando las personas se encuentran ansiosas durante mucho tiempo, raramente permiten que los músculos se relajen. Se explica que esto provoca malestar en el sujeto, una aprensión constante, se pueden sentir irritados, cansados, inhibiendo muchas formas de comportamiento social y de adaptación en múltiples circunstancias.

Objetivo: reducir los síntomas fisiológicos, conductuales de la ansiedad. (Frecuencia cardíaca, tensión muscular)Expresiones corporales, faciales, inactividad, reposo. Sensación de bienestar o malestar.

Ejercicio práctico

Se reparte una copia de todo lo que se expone a continuación.

Se hace referencia a que el modelo propuesto es de TCarwath y D. Miller, el cual consta de tres fases. En la primera fase se utiliza la respiración, en la segunda la relajación progresiva, y en la tercera la técnica de visualización. Se dan las indicaciones a los participantes de

Cómo prepararse

Piensa que aprender a ir en bicicleta. En un rincón tranquilo, Luz tenue, libre de distractores, temperatura adecuada ni muy fría ni muy caliente.

Cuello, hombros y espalda queden adecuadamente apoyados. Cierra los ojos.

Respiración

Respiración por la nariz inhalando (5) veces profundamente y expirando por la boca. Hacia fuera y despacio. Repítalo (5) veces

Luego respire lento y pausadamente.

Repita la palabra “quieto” y tranquilo. Los músculos se relajan. Sigue repitiendo estas palabras y sentirás bienestar.

Tensión y relajación muscular

Intentaremos estar atentos a las sensaciones de tensión /distensión de los músculos.

- Tensa con fuerza toda la musculatura del cuerpo, los músculos quedarán tirantes y tensos.
- Tensa con fuerza los músculos de:
 - ❖ Piernas: tensar firmemente...relajar de golpe. Respirar
 - Los muslos
 - Caderas
 - Pelvis
 - Abdomen
 - Espalda (requiere más tiempo)
 - Tórax
 - Cuello
 - Mandíbula
 - Frente
 - Hombros todo bien tenso...relajar de golpe. Respirar

Deja escapar la tensión y relájate completamente. Siente el bienestar inmediato. Esta será toda la tensión que efectuaremos. Ahora pasemos a otro nivel mucho más profundo.

Visualización

- Piensa en una imagen agradable, lugar, situación. Que te resulte agradable y relajante. Sigue buscando la imagen hasta sentirte cómodo/a.
- Imagina claramente la escena mientras repites las palabras quieto y tranquilo en cada inspiración y expiración. Sigue manteniendo la imagen en tu mente y repitiendo las palabras quieto y tranquilo lo relajante que es.
- Trasládate dentro de la imagen, hazla tuya, y suelta las tensiones.
- Permanece quieto unos minutos, poco a poco abre la conciencia a los sonidos de la sala, y a la sensación del cuerpo e incorpórate lentamente, sin ningún movimiento brusco.

4.3 Reestructuración cognitiva

Se le pide a los participantes que se agrupen en grupos de tres para desarrollar el ejercicio de:

Situación-Pensamiento-Emoción-comportamiento-Reacciones fisiológicas. Nuevo pensamiento, emociones, comportamientos y reacciones fisiológicas. Se utilizan las hojas sobre distorsiones cognitivas dados previamente.

Tarea para la casa

Practicar la relajación diariamente

Llenar la hoja de:

Situación-Pensamiento-Emoción-comportamiento-Reacciones fisiológicas. Nuevo pensamiento, emociones, comportamientos y reacciones fisiológicas. Se utilizan las hojas sobre distorsiones cognitivas dados previamente.

Terminación de la sesión

Se hace un resumen de todo lo que se trató en la sesión. Se enfatiza en que se realice la tarea.

Sesión N°5

5.1 Revisión de la tarea

5.2 Técnicas de afrontamiento

5.3 Continuación del entrenamiento de relajación

5.4 Tarea

5.5. Finalización de la sesión

5.1 Tareas

Se revisa la tarea individualmente. Se piden los voluntarios que den ejemplos.

5.2 Técnicas de afrontamiento

Se señala que hay situaciones o demandas psicosociales que podemos cambiar y otras que no. Damos una lista para que las identifiquen si pueden ser modificadas o no.

* Situación modificarse	Puede ser modificada	No Puede
-------------------------	----------------------	----------

1. Muerte de un ser querido
2. Padecer una enfermedad
3. Un familiar nos insultó
4. Nuestro hijo se enfermó
5. Asistir a una fiesta
6. Ir al médico con mi hijo
7. Quedarme en FANLYC por Tratamiento

5.3 Entrenamiento en la relajación

Se practica la técnica de relajación y verificar su aprendizaje.

5.4 Tarea

Practicar la relajación

Hacer una lista de 10 situaciones que estén presentes en su vida actual y clasificarlas en cuanto a si pueden ser modificadas o no.

Situaciones	Pueden ser modificadas	No pueden ser modificadas
-------------	------------------------	---------------------------

5.5 Finalización de la sesión

Se hace un resumen de todo lo que se ha dado en la sesión

Sesión 6

Módulo: Técnicas de afrontamiento

6.1 Revisión de la tarea para la casa

6.2 Técnicas de afrontamiento: valoración positiva, valoración negativa, minimización de la amenaza, reestructuración cognitivo.

6.3 Práctica de la relajación

6.4 Tarea para la casa

6.5 Finalización de la sesión

6.1 Revisión de la tarea para la casa

Se revisa la tarea individualmente. Se pide a un participante que lea su tarea, se hacen comentarios.

6.2 Técnicas de afrontamiento cognitivo

Se hace un resumen de la sesión anterior, se indica que hasta la sesión anterior habíamos llegado a la identificación de las situaciones y las habíamos clasificado en tres tipos:

- A. Problemas basados en la realidad que podían ser modificados.
- B. Problemas basados en la realidad, pero que no podían ser modificados.
- C. Problemas que no estaban basados en la realidad y, por lo tanto, no podían ser modificados.

Se describen y ejemplifican distintos modos de afrontamiento; se le deja una hoja a cada participante.

- Escape-evitación: Minimiza la amenaza, espera a que ocurra un milagro, no hace nada o trata de olvidarse de las cosas a través del alcohol, o bromear de la situación problema; desvía su atención del problema, no lo afronta, lo evita.
- Valoración positiva: La persona piensa positivamente sobre los problemas y como resolverlos, piensa que puede soportar la situación, se automotiva a seguir adelante para minimizar la ansiedad.
- Valoración negativa: Se caracteriza por la autculpa, pensamientos catastróficos, pensamientos disfuncionales, desadaptativos, negativos. Se dan distintos ejemplos que identifiquen cuándo son más eficaces las distintas estrategias.

Se pide a los sujetos que se formen en grupos de tres y que busquen una situación problema e identifiquen cómo la afrontan, posteriormente la exponen, el resto del grupo escucha y da sus opiniones.

6.3 Práctica de relajación

6.4 Tarea para la casa

- a. Llenar la hoja escribiendo dos situaciones y cómo las enfrentó, basándose en el cuadro que se les entregó previamente.

6.5 Resumen de la sesión

Se hace un resumen breve sobre lo tratado en la sesión.

Sesión 7

Módulo: Técnicas de afrontamiento

7.1 Revisión de la tarea

7.2 Técnicas de afrontamiento: resolución de problemas

7.3 Práctica de la relajación

7.4 Tarea para la casa

7.5 Finalización de la sesión

7.1 Revisión de la tarea

Se revisa la tarea individualmente. Se le pide a un voluntario que lea su tarea. Se hacen comentarios sobre ellas.

7.2 Técnicas de afrontamiento

Se hace un breve resumen de la sesión anterior. Se indica que, una vez identificadas las situaciones y algunos estilos de afrontamiento, en esta sesión nos dedicaríamos al tipo de afrontamiento de resolución de problemas.

Se indica que esta técnica es efectiva cuando el problema o situación estresante se basa en la realidad y pueden ser modificadas, o sea, como el tipo de preocupación A, mencionado en las sesiones anteriores.

La técnica de resolución de problemas incluye cuatro pasos:

- a) Definir el problema
- b) Generar soluciones alternativas
- c) Tomar una decisión. Evaluar las ventajas y desventajas
- d) Llevarla a la práctica y evaluar la solución

a) Definir el problema

1. Definir el problema: claramente. Quedarme en FANLYC el tiempo que dure el tratamiento de mi hijo.

Significado: no lo soportaré, porqué a mí.

Respuesta al significado: si puedo, lo lograremos

b) Generar soluciones alternativas:

- Ir a las citas y tratamiento con mi hijo
- Quedarme en FANLYC mientras sea el tratamiento
- Seguir las indicaciones del médico y FANLYC
- Irme para mi pueblo a ver quien atiende a mi hijo
- Ir a las citas médicas y a la quimioterapia de vez en cuando

c) Toma de decisiones

Evaluar la lista de soluciones y la mejor opción. Considerar las consecuencias. (Ventajas y desventajas).

d) Aplicar y evaluar los resultados. Pensar en los resultados de la decisión.

Consiste en tomar una opción y evaluar los posibles resultados. Se indica que escojan una solución y que hipoteticen los resultados en la toma de decisión.

7.3 Práctica de relajación

7.4 Tarea para la casa

a) Practicar la relajación progresiva

b) Llenar la hoja sobre:

Definir el problema real

Generar posibles soluciones

Evaluar las ventajas y desventajas

Aplicar y evaluar los posibles resultados

7.5 Finalización de la sesión

Hacer un breve resumen de lo dado en la sesión.

Sesión 8

Módulo: Técnicas de afrontamiento

8.1 Revisión de la tarea

8.2 Técnicas de afrontamiento: Entrenamiento de habilidades sociales: asertividad.

8.3 Práctica de relajación

8.4 Tarea para la casa

8.5 Finalización de la sesión

8.1 Revisión de la tarea

Se revisa la tarea individualmente. Se pide a los participantes que indiquen como les fue en la realización de la tarea. Un voluntario la lee. Se recoge la tarea.

8.2 Técnica de afrontamiento: Entrenamiento en habilidades sociales

Asertividad: hoy día se sabe la importancia de las habilidades sociales para el mantenimiento de la salud física y mental, en el manejo de las distintas situaciones

estresantes que surgen de la interacción con las demás personas y con el medio, como también que favorezcan la disminución de las dificultades y el manejo de condiciones relativas al seguimiento y control de salud.

Se define el comportamiento asertivo como aquel que se caracteriza por no violentar los derechos de uno mismo ni las otras personas. Consiste en expresar sentimientos y preferencias propios de una manera directa, honesta y adecuada. La persona asertiva muestra respeto hacia los demás y facilita la comunicación.

Se da una hoja de todos los comportamientos de una conducta asertiva.

Se solicita a los participantes que modelen cada uno de los componentes de la conducta asertiva:

- Contacto visual: este aspecto se refiere al hecho de hacer o no, contacto visual con las demás personas. Para ser asertivos en este aspecto debemos mirar, tener contacto visual con las personas con las que nos estamos comunicando. El no tener contacto visual con las personas puede transmitir mensajes distorsionados como por ejemplo: que no nos interesa lo que se están diciendo.
- Tono de voz: El tono de voz puede ser suave, alto, bajo, normal. Un tono de voz muy bajo o muy alto puede expresar inseguridad, temor, o por el contrario, disgusto, impaciencia, pudiendo poner al receptor a la defensiva.
- Es importante mantener un tono de voz adecuado a la situación.
- Postura: Una postura asertiva puede variar de una situación a otra, pero, en general, se debe mantener el cuerpo erguido, de forma no rígida, tampoco demasiado relajado.
- Es importante evitar posturas que evidencian que se está listo para salir corriendo, que está desinteresado o tenso, como por ejemplo; cuando una persona le conversa y usted está sentado en la punta de la silla, listo para levantarse e irse.
- Expresión facial: es importante que nuestra expresión facial sea congruente con nuestro mensaje oral; por ejemplo: cuando decimos que algo no nos gusta y que la situación nos ha hecho sentir muy mal, sin embargo, estamos sonriendo.
- Tiempo: Es importante que sepamos reconocer el momento oportuno para hacer o decir alguna cosa. Por más asertiva que sea nuestra postura, expresión facial u oral, si nos precipitamos mucho a manifestarla podemos tener dificultades, por ejemplo: si le vamos a decir algo importante a un amigo, pero en ese instante él está en un momento de crisis, porque tiene un hijo hospitalizado, entonces tendremos que evaluar si es oportuno o no decirle lo que queríamos o esperar otro momento. La persona asertiva sabe reconocer cuándo es el momento adecuado.
- Contenido: el contenido del mensaje no debe tener elementos amenazadores, agresivos, ambiguos, ya que distorsionan el mensaje. La persona asertiva muestra respeto por los demás, por más disgustado que este.

Se entrega una hoja donde se definen algunas conductas de la persona asertiva:

Actúa y habla en base a la realidad.

Puede expresar opiniones diferentes a las otras personas.

Reconoce sus errores y éxitos.

Sabe tomar decisiones propias.

Respeto los sentimientos de los demás.

Sabe expresar sus afectos.

Tiene control de su conducta.

Rechaza peticiones cuando sea necesario.

Sabe cuándo decir que no.

Posteriormente se define el comportamiento no asertivo: pasivo y agresivo.

Se explica que el comportamiento agresivo es la negación de los sentimientos y deseos de las demás personas. Esto se puede hacer mediante culpabilización, insultos, ridiculizaciones a los demás.

Se describe el comportamiento pasivo como aquel donde se niegan nuestros derechos y sentimientos, no expresamos lo que pensamos y sentimos. En muchas ocasiones se hace lo que los demás indican.

Ejemplos:

Frases Pasivas

- Haré lo que tú quieras
- Esperaré hasta que desees llamarme
- Saldremos a la hora que decidas

Frases Agresivas

- No me interesa tu opinión
- Siempre quedas como un tonto
- No me extrañas que lo hayas hecho mal
- Tú tienes que hacer lo que yo quiera
- No te atreves porque eres una miedosa

Frases asertivas

- Yo no puedo salir hoy pero mañana sí
- Necesito que me digas francamente lo que piensas.
- Deseo estar sola porque necesito pensar.

Se les entrega una hoja sobre posibles situaciones y deben indicar cómo pueden mostrar una conducta pasiva o no asertiva, agresiva, asertiva hacia las situaciones.

1. Su hijo le grita y la trata muy mal
2. Tiene que quedarse por más tiempo en FANLYC por el tratamiento de su hijo.
3. El médico le había dicho que le darían salida a su hijo para irse a casa y cuando va a la cita médica le suspenden la salida.

4. Un papá de FANLYC le grita y la trata mal.
5. Su familia que le daba hospedaje en Panamá le dice que ya no puede estar con ellos. Que se tiene que ir.

Se ejemplifican los tres posibles comportamientos a través del modelamiento, donde el paciente es el médico y la terapeuta es el paciente y modelará los tres tipos de conducta: agresiva, pasiva y asertiva.

Posteriormente se les explica el papel de los pensamientos disfuncionales en el comportamiento asertivo. Se le presentan algunos ejemplos de pensamientos distorsionados. Se les explica que saquen la lista de pensamientos disfuncionales.

1. “Si le digo al médico lo que quiero realmente, no le voy a gustar y eso sería horrible, insoportable”.
2. “Ese doctor es un inútil”
3. “Este doctor es así conmigo porque yo no valgo, si fuera otra persona lo atendería mejor”.

Se indica la importancia de identificar estos pensamientos para poder cambiarlos y que no interfieran con la conducta asertiva.

8.3 Práctica de la relajación

8.4 Tarea para la casa

a) Practica de la Relajación

b) Describir una situación donde utilizó un comportamiento asertivo y describir el comportamiento asertivo.

c) Llenar el calendario sobre la aplicación de las situaciones en relación al manejo de su condición de salud.

8.5 Terminación de la sesión

Se hace una reflexión de lo abordado en las diferentes sesiones

Se da por terminado el tratamiento y se procede a la evaluación o posttest.

Posteriormente se brinda un refrigerio y agradecimiento a los participantes en el estudio.