



**Los síntomas psicoemocionales y las estrategias de afrontamiento del cuidador de
pacientes paliativos con cáncer de pulmón.**

Ginna Marcela Vásquez Fernández

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

Abril de 2024

**Los síntomas psicoemocionales y las estrategias de afrontamiento del cuidador de
pacientes paliativos con cáncer de pulmón.**

Ginna Marcela Vásquez Fernández

Monografía presentada como requisito para optar al título de Psicólogo

Asesor(a)

Laura Fernanda González Borbón

Magíster en Psicología del Deporte

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

Abril de 2024

Dedicatoria

A lo largo de mi trayecto universitario, he aprendido que la colaboración con otros es valiosa para avanzar, pero también he descubierto la fuerza de enfrentar muchas realidades por mi cuenta. Recuerdo vívidamente mi primer día en la universidad: llegue en soledad, sintiendo un remolino de temor y ansiedad. Hoy, al acercarme al final de esta etapa que alguna vez parecía interminable, veo esos miedos como mi fuente de fortaleza, pues me enseñaron que independientemente de cómo me sienta al inicio de cualquier desafío, debo tener presente que siempre salgo victoriosa, agradecida conmigo misma por el camino recorrido.

Por eso, con gratitud y reconociendo el apoyo invaluable de mis docentes, mis seres más queridos y de algunos compañeros, dedico este logro a mí misma. Nadie más que yo conozco verdaderamente el costo, el sufrimiento y las lecciones que este camino me ha enseñado.

Agradecimientos

La gratitud es una de las virtudes más hermosas que posee el ser humano. Ser agradecidos implica reconocer noblemente las acciones de los demás en nuestra vida: aquellos que nos han guiado por el camino correcto, han expandido nuestras mentes y conocimiento hacia nuevas dimensiones, y nos han motivado a ser mejores personas, entre otras maravillas que el ser humano puede hacer por sus semejantes. Estas acciones siempre ocupan un lugar especial e importante en nuestros corazones y recuerdos.

Por todo esto y más, dirijo mis más sinceros agradecimientos principalmente a Dios, quien siempre me ha acompañado y brindado el discernimiento necesario para seguir adelante, A mis padres, mi apoyo terrenal, por alentarme y repetirme siempre que puedo lograrlo. Y a mis docentes, quienes son la clave del aprendizaje, guías de conocimiento y portadores de la esperanza de que es posible mantener la salud mental.

Que todas estas expresiones de gratitud reflejen la profunda admiración y aprecio que siento hacia aquellos que han iluminado mi camino y han hecho posible mi crecimiento personal y académico.

Contenido

Planteamiento del problema	9
Pregunta de investigación.....	13
Justificación	13
Antecedentes	14
Marco teórico.....	18
Cuidador	21
Cuidado paliativo.....	31
Enfermedad Especifica.....	39
Psicoemocional.	40
Estrategias de afrontamiento.....	41
Resolver el problema	42
Referencia a otros	42
Afrontamiento no productivo	42
Objetivo General	44
Objetivos Específicos.....	44
Diseño de investigación.....	45
Criterios de inclusión.....	47
Criterios de exclusión	47
Consideraciones éticas	47
Datos sociodemográficos:	48
Resultados	48
Análisis:	48
Cuidado Paliativo.....	50
Categoría: Cuidador	51
Análisis.....	55
Categoría: Síntomas psicoemocionales.....	57
Categoría: Estrategias de afrontamiento	59
Referencias bibliográficas	65

Resumen

En la presente investigación se desea explorar los síntomas psicoemocionales y las estrategias de afrontamiento del cuidador de pacientes paliativos con cáncer de pulmón; en ella se busca identificar los síntomas específicos que impactan en el bienestar psicoemocional de los cuidadores y analizar las estrategias que implementan para hacer frente a las demandas de su labor.

Para lograrlo, se realizó un estudio detallado que incluyó la aplicación de entrevistas semiestructuradas a una cuidadora secundaria específicamente, muy útil, ya que los cuidadores secundarios no son tan relevantes en las investigaciones en bases de datos. A través de un análisis exhaustivo de los datos recopilados durante estas entrevistas, se pudo contrastar la información obtenida con las teorías existentes en el campo de la psicología y el cuidado de pacientes paliativos.

Este estudio tiene como finalidad contribuir al entendimiento de los desafíos emocionales enfrentados por los cuidadores de pacientes con cáncer de pulmón en cuidados paliativos, así como proporcionar información valiosa sobre las estrategias efectivas de afrontamiento utilizadas en esta situación. Los hallazgos de esta investigación pueden ser de utilidad para mejorar el apoyo y la atención dirigida a los cuidadores en contextos similares promoviendo así una mejor calidad de vida tanto para los pacientes como para quienes los cuidan.

Palabras clave: Cuidador, cuidado paliativo, cáncer de pulmón, síntomas psicoemocionales, estrategias de afrontamiento.

Abstrac

The present research aims to explore the psychoemotional symptoms and coping strategies of the caregiver of palliative patients with lung cancer; It seeks to identify the specific symptoms that impact the psycho-emotional well-being of caregivers and analyze the strategies they implement to cope with the demands of their work.

To achieve these, a detailed study was carried out that included the application of a semi-structured interview to a secondary caregiver more specifically, which was very useful since secondary caregivers are not as relevant in database research. Through an exhaustive analysis of the data collected during these interviews, the information obtained could be contrasted with existing theories in the field of psychology and palliative patient care.

This study aims to contribute to the understanding of the emotional challenges faced by caregivers of lung cancer patients in palliative care, as well as provide valuable information on effective coping strategies used in this situation. The findings of this research may be useful to improve the support and care directed to caregivers in similar contexts, thus promoting a better quality of life for both patients and those who care for them.

Keywords: Caregiver, palliative care, lung cancer, psychoemotional symptoms, coping strategies.

Introducción

El cuidado de pacientes en situación de cuidados paliativos con cáncer de pulmón plantea desafíos significativos tanto para los pacientes como para quienes asumen el rol de cuidadores. La experiencia de cuidar a un ser querido en esta etapa terminal no solo implica desafíos físicos, sino también emocionales y psicológicos que pueden impactar profundamente en la calidad de vida y bienestar de los cuidadores.

Esta investigación se enfoca en explorar los síntomas psicoemocionales y las estrategias de afrontamiento de los cuidadores de pacientes paliativos con cáncer de pulmón. El objetivo principal es identificar y comprender los síntomas específicos que afectan el bienestar psicoemocional de los cuidadores, así como analizar las estrategias que implementan para hacer frente a las demandas de su labor.

A través de la aplicación de entrevistas semiestructuradas y un análisis exhaustivo de los datos obtenidos, esta investigación busca arrojar luz sobre las experiencias subjetivas de los cuidadores en este contexto particular. Al contrastar los hallazgos con las teorías existentes en el campo de la psicología y el cuidado de pacientes paliativos, se pretende contribuir al entendimiento de los factores que influyen en la salud mental y emocional de los cuidadores.

Los resultados de este estudio tienen como objetivo proporcionar información valiosa que pueda utilizarse para mejorar el apoyo y la atención dirigida a los cuidadores de pacientes con cáncer de pulmón en cuidados paliativos. Se espera que esta investigación contribuya a promover estrategias efectivas de afrontamiento y resiliencia en los cuidadores, fomentando así una mejor calidad de vida tanto para ellos como para los pacientes a quienes cuidan.

CAPITULO I

Planteamiento del problema

El cuidado en América Latina y en el mundo es un concepto en continuo proceso de construcción teórica y son varias las interrogantes que subsisten en torno a su definición y delimitación. Al mismo tiempo esto lo vuelve un campo fértil de investigación. (Batthyány, et al, 2020, p.12)

Por otra parte se encontro en un sitio oficial del Gobierno de Estados Unidos que.

La percepción de carga del cuidador de pacientes paliativos con cáncer es un aspecto crucial en la calidad de vida y bienestar psicológico de estos individuos. Sin embargo, existe una falta de comprensión completa sobre cómo se desarrolla esta carga y cómo afecta a los cuidadores en su capacidad para brindar atención efectiva. La aplicación del Transactional Model of Stress and Coping proporciona un marco útil para analizar las relaciones entre las demandas del cuidado, los recursos disponibles y las consecuencias psicológicas de la carga percibida. Sin embargo, se necesita una investigación más detallada para comprender mejor cómo estas demandas y recursos interactúan en el contexto específico del cuidado de pacientes paliativos con cáncer, así como las estrategias de afrontamiento que pueden influir en las consecuencias psicológicas de esta carga. (Instituto Nacional del cancer, s.f, prr. 1)

Se destaca la importancia de entender la carga percibida por cuidadores de pacientes paliativos con cáncer, que afecta su calidad de vida. Se menciona el Transactional Model of Stress and Coping como marco útil para analizar estas cargas, pero se señala la necesidad de más investigación para comprender cómo afectan a los cuidadores y cómo pueden manejarlas mejor.

Según (Rojas, et al, 2021) afirma que.

En países de ingresos medios como Colombia, el cáncer representa la segunda causa de mortalidad en la población a pesar de que el avance en los tratamientos la ha posicionado en el mundo como una enfermedad crónica. Esto lleva a la necesidad de implementar atención de cuidados paliativos por diferentes motivos como estadios avanzados de la enfermedad o fallos en el tratamiento²; sin embargo, el estudio de Pastrana et al. indican que Colombia tiene 15.5 servicios de cuidados paliativos menos que Suecia y 7.5 servicios menos que Chile y consume 6.4 miligramos de morfina por habitante por año menos que Argentina, indicadores que aunados a la falta de formación de recurso humano en el área y falta de reglamentación de la normativa en cuidados paliativos, hacen que el país se encuentre en desventaja con países de ingresos similares y muy por debajo de países con ingresos superiores (prr. 1)

Por esta razón “La experiencia de cuidados paliativos involucra al paciente con cáncer avanzado y su cuidador familiar, con necesidades físicas, emocionales y espirituales. La falta de apoyo adecuado puede afectar la calidad de vida del cuidador” (Rojas, et al, 2021, prr. 2)

Diferentes estudios sobre la calidad de vida en cuidadores familiares de personas en cuidados paliativos han identificado que esta es menor que en otras poblaciones. Por ejemplo, en cuidadores de pacientes en tratamiento activo contra el cáncer, siendo la dimensión psicológica la que tiene peores niveles de calidad de vida, lo que está relacionado con las formas de afrontamiento de la situación, la poca satisfacción con el soporte social recibido y el conocimiento sobre la progresión de la enfermedad y el final de la vida. Esto a su vez, genera en los cuidadores tristeza, dolor, agotamiento, ansiedad y problemas para dormir, desarrollando angustia psicosocial, la cual conlleva a que casi el 74% de ellos presente depresión según un estudio (Rojas, et al, 2021, p.rr 3)

Varios estudios muestran que los cuidadores familiares de pacientes en cuidados paliativos tienen menos calidad de vida que otras poblaciones, especialmente psicológico, por la forma en que enfrentan la situación y la falta de apoyo social y conocimiento sobre la enfermedad. Esto puede llevar a sentimientos de tristeza, dolor, agotamiento y ansiedad, así como a problemas para dormir.

Rojas, et al., (2021) afirma que

El estudio de Perpiña et al. encontró que el 48.1% de los cuidadores de personas en cuidado paliativo experimentaban ansiedad y el 18.2% depresión. La mayoría mostraba una sobrecarga moderada (63.7%), pero también un porcentaje significativo experimentaba sobrecarga intensa (41.6%). Hubo asociaciones entre ansiedad, depresión, fatiga y sobrecarga del cuidador. Aunque la calidad de vida de los cuidadores fue baja en comparación con otras poblaciones, no se correlacionó significativamente con la sobrecarga o otras variables del estudio. (prr. 5)

Es importante resaltar que en dicha investigación se tendrá en cuenta específicamente el cáncer de pulmón, por lo cual es relevante nombrar cual ha sido su incidencia en Colombia.

En cuanto a la mortalidad, el cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer (18% del total). En las mujeres, este se ubica en el tercer lugar en incidencia (8,4%), después del cáncer de mama (24,5%) y del colorrectal (9,4%); y en segundo lugar en mortalidad por cáncer (13,7%), después del cáncer de mama (15,5%). En los hombres, el cáncer de pulmón es el primero en incidencia (14,3%) y en mortalidad (21,5%) (Osorio et al, 2022, prr.1)

Según los autores el cáncer de pulmón es una de las enfermedades más comunes que padecen los seres humanos, siendo el segundo tipo de cáncer más agresivo en comparación a otro tipo de cáncer. Como afirma Osorio et al (2022) "En América Latina, la atención al cáncer de

pulmón es costosa, estimándose en 31 000 millones de dólares al año. Los altos costos limitan la adopción de nuevas tecnologías y medicamentos para su tratamiento en esta región.” (p. 2), Es decir el cáncer de pulmón aparte de ser el segundo tipo de cáncer más frecuente en la población también es uno de los más difíciles de darle tratamiento por su alto costo en el manejo. Como afirma Osorio et al (2022).

En el período 1985-2018 se registraron 105.553 muertes por cáncer de pulmón en Colombia en la población de 35 años y más. Desde 2005, la tendencia de las tasas de mortalidad es decreciente, con independencia de la edad y del sexo. (p.5).

Otra de las problemáticas evidenciadas en la investigación es que cuando se habla de cuidador siempre se refiere a la mujer, desde tiempos históricos la figura femenina siempre se ha reconocido como cuidadora del hogar y la familia.

Zamalillo (2023) afirma que.

Las mujeres han sido históricamente asignadas al papel de cuidadoras, y esta expectativa cultural se ve reforzada por las narrativas sociales que sugieren que las mujeres atienden los enfermos o discapacitados de la familia. (p.16)

Desde hace muchos años atrás la mujer siempre ha sido vista como una figura que pertenece al cuidado del hogar en todos los sentidos como lo son, el aseo, la alimentación y el cuidado y la protección a los miembros del hogar, este último es el que nos interesa mencionar en dicha investigación; como nombra la autora el cuidado que brinda la mujer cuenta como una desventaja social y una desigualdad ya que solo se les atribuye este deber, sin tener presente que la mujer está en todo el derecho de realizar múltiples actividades que sean de su agrado y no solo el cuidar de una persona que no se sienta en condiciones óptimas, claro está que cuidar de alguien no está mal, lo que sí está mal es que se delegue solo este tipo de funciones a la mujer, sin tener en cuenta las desventajas que puede tener en cuanto a su salud física y mental, como afirma

Zamalillo (2023) “pueden tener consecuencias negativas para la salud mental y emocional de estas mujeres. La carga psicosocial de los cuidados puede ser abrumadora y puede llevar a la sobrecarga emocional y física, el agotamiento y la depresión” (p.16).

Pregunta de investigación.

Por lo tanto, la pregunta que surge a partir de dicha problemática es: ¿Cuáles son los síntomas psicoemocionales y las estrategias de afrontamiento del cuidador de pacientes paliativos de cáncer de pulmón?

Justificación

La justificación para esta investigación se fundamenta en la necesidad de comprender y abordar la carga percibida por los cuidadores de pacientes paliativos con cáncer, que impacta significativamente en su calidad de vida. Aunque se reconoce la relevancia del Transactional Model of Stress and Coping para analizar esta carga, aún hay lagunas en nuestra comprensión sobre cómo afecta a los cuidadores y qué estrategias de afrontamiento son más efectivas en este contexto específico. Además, la falta de servicios de cuidados paliativos en países como Colombia resalta la urgencia de mejorar la atención y el apoyo a estos cuidadores. Los estudios previos han mostrado una clara asociación entre la carga del cuidador y problemas de salud mental, como ansiedad y depresión, lo que subraya la importancia de abordar este problema de manera integral

Por otra parte, esta investigación abordara la problemática de la mujer cuidadora, reconociendo que, si bien históricamente se ha asignado a las mujeres este rol; es fundamental entender los motivos detrás de esta asignación, como afecta dicha labor a la mujer, en cuanto a su bienestar físico y psicológico; dicha problemática tendría un impacto significativo en la investigación al contribuir al conocimiento, al desarrollo teórico y al estímulo de nuevas investigaciones.

En la búsqueda de información se evidenció que en bases de datos tales como Dialnet, Scielo, Google académico, PudMed, revistas universitarias, EBSCO, se encontraron 100 artículos del tema los síntomas psicoemocionales y las estrategias de afrontamiento del cuidador de pacientes paliativos con cáncer de pulmón. Por lo tanto, esta investigación tiene impacto para la comunidad académica, al proporcionar nueva información sobre un tema relevante y poco explorado, esta investigación tiene el potencial de generar impacto en la comunidad académica, así como en la práctica clínica y políticas de salud relacionadas con el cuidado de pacientes paliativos con cáncer de pulmón y sus cuidadores.

Capítulo II

Antecedentes

Un estudio exhaustivo sobre los sentimientos de los cuidadores de pacientes terminales de cáncer reveló la carga abrumadora que enfrentan, tanto física como emocionalmente. Este hallazgo subraya la urgencia de implementar estrategias de apoyo para mejorar su bienestar.

Una investigación cualitativa realizada por Moreira de Souza y Turrini (2011) se identificó los sentimientos vivenciados por el cuidador de pacientes con enfermedad no transmisible. Dicha investigación tendrá relevancia en la sobrecarga del cuidador; Se realizaron siete entrevistas a familiares de cuidadores de pacientes con cáncer. Los resultados revelaron tres categorías principales de sobrecarga:

Sobrecarga física: agotamiento físico debido al cuidado en el hogar.

Sobrecarga mental: sentimientos de pérdida de autoestima, desesperanza y soledad.

Sobrecarga social: problemas relacionados con el papel de la mujer, cambios en la dinámica familiar y dificultades económicas.

Estas categorías reflejan los desafíos que enfrentan los cuidadores, desde el agotamiento físico hasta las tensiones emocionales y los problemas socioeconómicos. (P.1)

Los autores Moreira de Souza y Turrini (2011) concluyeron que en la vida diaria tanto en el ámbito familiar como profesional del cuidador pueden resultar en un cansancio físico y emocional, que también puede afectar su vida social. Es importante que los profesionales de la salud brinden apoyo a los cuidadores en sus hogares. (p.1).

Una investigación realizada por Garassini (2015) logro identificar las experiencias de los cuidadores de pacientes con cáncer en el Reino Unido, todo esto desde un análisis sociológico y con enfoque psicológico y psiquiátrico, este estudio involucro a 262 personas cuidadoras que realizaron un cuestionario de 32 entrevistados, estos fueron seleccionados al azar, se logró encontrar que los cuidadores hombre y las cuidadoras mujeres se enfrentan a desafíos significativos al manejar su emociones y las del paciente; algunos cuidadores específico hicieron hincapié en que tienen una gran necesidad de apoyo en cuanto a las necesidades del hogar, alimentación, aseo, administración de tratamiento etc.; por otra parte los mismos cuidadores hacen un gran esfuerzo para mantenerse activos y positivos ante la adversidad del paciente.

De acuerdo con una investigación realizada en el Reino Unido, se logró evidenciar que los cuidadores masculinos y femeninos pasan por situaciones iguales al tener que enfrentar sus emociones y las del paciente, determinados grupos de cuidadores expresaron que lo más complejo al encargarse de alguien con una enfermedad no trasmisible es el hecho de no tener un apoyo en cuanto al aseo, la alimentación entre otras, por otra parte, expresan cansancio por su labor como cuidador. Estas personas normalmente según la investigación simulan estar tranquilos y activos buscando de cualquier forma sentido a la vida.

Una investigación realizada por Prieto et al, (2022) descubrió que la presencia de una enfermedad crónica no trasmisible produce vulnerabilidad en la persona que la padece al igual que para su cuidador produciendo una sobrecarga y un desequilibrio emocional y físico. Por otra parte, el método que se llevó a cabo según el autor Prieto (2022) en esta investigación fue a partir de una

revisión sistemática de literatura, de acuerdo con la ecuación: (Social Support) AND (family caregivers) AND (burden of disease) OR (Caregiver Burden), en español, inglés y portugués, en las bases de datos MedLine, Scienedirect, Sage Journal y Academic Search Complete. Los resultados obtenidos de usar 29396 artículos, de los que se seleccionaron 23 para dicha investigación; la angustia del cuidador refleja un moderado apoyo social y una alta carga. Gracias al acompañamiento de los grupos sociales para el cuidado y el cuidador, se logra determinar que esto baja los niveles de angustia y las dificultades emocionales pues se sienten aceptados lo que fortalece su salud física y mental.

En los artículos revisados se halló que una alta carga de cuidado del cuidador familiar del paciente con cáncer se asoció a factores del cuidador como: la presencia de enfermedades crónicas, la mala calidad del sueño, el bajo nivel de educación, mayor presión emocional. (Prieto et al, 2022, p. 9)

En dicha investigación se logró evidenciar que la carga del cuidador es comúnmente alta y más específicamente en pacientes con cáncer, este cuidado puede desatar enfermedades graves en los cuidadores, como la mala higiene del sueño, un estado emocional alterado, bajos niveles educativos o sociales.

En una investigación realizada por Gaviria et al, (2023) se identificó que el propósito fue examinar las corrientes metodológicas, los grupos de estudio y los desafíos futuros mencionados en la literatura sobre el estrés experimentado en los cuidadores familiares en Colombia; se realizó una investigación exhaustiva mediante una revisión sistémica exploratoria, la cual incluye la exploración de bases de datos como: PudMed, ScienceDirect, Lilcs, Cuiden, Scielo, EBSCO y BVS esta búsqueda se centró en artículos publicados ente 2016 2021. Como resultado se obtuvieron 20 artículos revisados, se identificó una conexión clara entre las condiciones socioeconómicas y el estrés experimentado por el cuidador. Tanto el contexto cultural como las condiciones

socioeconómicas desempeñan un papel importante en como el cuidador percibe la carga; se concluye que es fundamental implementar intervenciones de enfermería dirigida a los cuidados para mejorar su percepción de estrés y por ende su calidad de vida.

En una investigación de Torres et al, (2024) determinó que el campo de la salud descarga en los cuidadores una gran responsabilidad en cuanto al cuidado de la persona con enfermedad no transmisible, labor de la que no se sienten capacitados.

Se realizó una búsqueda exhausta en buscadores en línea utilizando palabras claves como “cuidadores”, “experiencia”, “investigación cualitativa” y “Colombia”. Se examinaron 20 estudios cualitativos primarios, donde se identificaron 250 códigos principales. Estos códigos se agrupan en seis categorías centrales que abordan aspectos como la relación entre el cuidador y su entorno, la superación espiritual en momentos difíciles, la entrega y los límites personales, momentos clave en la adaptación al rol de cuidador, la relación con uno mismo, y el sistema de salud, políticas y apoyo de las instituciones; Los cuidadores comparten la vivencia de la enfermedad junto a su ser querido. Es crucial adaptar el sistema de salud para atender las necesidades tanto del cuidador como del paciente en lugar de centrarse únicamente en las del enfermo o discapacitado.

Capítulo III

Marco teórico

En el siguiente apartado se dará a conocer sobre la teoría cognitivo conductual y algunas estrategias de afrontamiento.

En una investigación realizada por Ibagón (s.f) afirma que el enfoque cognitivo conductual en psicología se centra en examinar los procesos mentales que impactan el comportamiento humano. Esta perspectiva sostiene que las personas pueden alterar sus acciones al cambiar sus pensamientos y emociones. El enfoque cognitivo conductual parte de la premisa de que los pensamientos y emociones surgen de la interacción entre el individuo y su ambiente. Desde esta perspectiva, modificar los pensamientos y emociones de alguien también implica la posibilidad de influir en su comportamiento.

El centro de psicología avanzada (s.f) identifico que la psicología cognitiva es una subdivisión de la psicología que se enfoca en los procesos mediante los cuales las personas adquieren comprensión del mundo que los rodea y se vuelven conscientes de su entorno, así como de las consecuencias de sus acciones; Existe una diferencia entre la psicología cognitiva y psicoterapia cognitiva, a pesar de que se encuentran relacionadas, los psicólogos cognitivos hicieron sus principales investigaciones lejos de los centros psicoterapéuticos; Aaron Beck y Albert Ellis fueron los pioneros en el campo de la terapia cognitiva. Ellis nombro su enfoque terapéutico como “Terapia Racional Emotiva Conductual” (TREC), mientras que Beck denomino su método terapéutico como “Terapia Cognitiva”.

El enfoque de Aaron Beck se concentra principalmente en los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, mientras que la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis se centra en las creencias irracionales. Aunque hay similitudes entre ambos enfoques, también existen diferentes significados. Por ejemplo, la Terapia Cognitiva de Beck se fundamenta en el empirismo

colaborativo, mientras que Ellis emplea el dialogo o el debate socrático como principal herramienta terapéutica.

Por otra parte, cabe mencionar las estrategias de afrontamiento de los autores Lazarus y Folkman que en la investigación de Castaño y Barco (2010) mencionan que Lazarus ha inspirado un amplio campo de investigación que se enfoca en comprender a las personas con estrés, que las estrategias que utilizan y afecta su capacidad para adaptarse y sobrellevar situaciones estresantes. Lazarus y Folkman describieron el afrontamiento como los pensamientos y acciones que una persona utiliza de manera continua para enfrentar demandas específicas, ya sea externas (del entorno) o internas (propias). El afrontamiento es el esfuerzo que hacemos para manejar situaciones que están más allá de nuestras capacidades. Los estilos de afrontamiento son las formas habituales en que las personas enfrentan situaciones difíciles y estresantes. Estos estilos influyen en nuestras preferencias para usar diferentes estrategias de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento son las acciones específicas que tomamos en cada situación estresante, y pueden cambiar mucho dependiendo de la situación. En resumen, los estilos de afrontamiento son como tendencias generales en como pensamos y actuamos frente al estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento son las acciones concretas que tomamos en diferentes situaciones estresantes.

Londoño et al, (2006) afirma que el WCI de Lazarus y Folkman (1984), fue construido para evaluar el afrontamiento haciendo que las personas reconstruyeran situaciones estresantes recientes y describieran lo que pensaron, sintieron e hicieron en el momento. El cuestionario incluye 67 ítems con cuatro opciones de respuesta: (0) en absoluto, (1) en alguna medida, (2) bastante, (3) en gran medida. La lista mide modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y la resolución de problemas. También se incluyen cuatro formas básicas de afrontamiento: acción directa, inhibición de la acción, búsqueda de información y una categoría compleja designada como afrontamiento intrapsíquico o cognitivo. El análisis factorial de los modos de afrontamiento

distingue factores dirigidos a la resolución del problema (desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales como son conseguir varias soluciones, buscar información y realizar un plan de acción y seguirlo) y factores dirigidos a la emoción (que influyen en la búsqueda de apoyo social emocional, el distanciamiento, la evitación, la acentuación de los aspectos positivos de la situación y el autorreproche) (Lazarus & Folkman, 1986). (prr. 5)

Es decir, el WCI (inventario de estrategias de afrontamiento) traducido al español fue creado por Lazarus y Folkman en 1984 para evaluar como las personas enfrentan el estrés. Consiste en recordar situaciones estresantes y describir pensamientos, sentimientos y acciones. El cuestionario tiene 67 ítems con opciones de respuesta de “absoluto” a “en gran medida”. Evalúa modos de afrontamiento emocional y de resolución de problemas, incluyendo acción directa, inhibición, búsqueda de información y afrontamiento cognitivo. Distingue entre estrategias para resolver problemas y manejar emociones.

Marco conceptual

Cuidador.

Al abordar el cuidado de los miembros más vulnerables de la sociedad, Martín (2020) plantea que, desde sus inicios, los seres humanos han demostrado una inclinación natural hacia el cuidado de los integrantes más desvalidos o enfermos dentro del entorno familiar. A pesar de esto, señala que esta atención no siempre se ha extendido de manera equitativa hacia aquellos que están fuera del círculo familiar, resaltando la ausencia de una estructura organizativa específica para el tratamiento de estas personas dentro de instituciones (p. 17).

Indica que, desde tiempos remotos, los seres humanos han mostrado preocupación por los más vulnerables, especialmente dentro de la familia. Sin embargo, destaca la falta de atención equitativa hacia aquellos fuera de este círculo, subrayando la carencia de una estructura organizativa adecuada en las instituciones para su tratamiento

Según Martín (2020), desde los inicios de la humanidad se observa una característica distintiva: el cuidado y la protección mutua que los miembros de la comunidad brindaban entre sí, especialmente hacia aquellos con alguna incapacidad física o enfermedad que les impedía valerse por sí mismos. Sin embargo, el autor destaca una diferencia notoria en el trato dispensado a personas en situaciones similares pero que no forman parte del círculo familiar, sugiriendo que ciertas instituciones, como las entidades hospitalarias, están destinadas para ellos (p. 17).

Señala que, a lo largo de la historia, se ha visto una preocupación comunitaria por cuidar y proteger a los miembros con discapacidad o enfermedades. Sin embargo, destaca una diferencia en el trato hacia quienes no son parte de la familia, sugiriendo que instituciones como los hospitales están destinadas a ellos.

Tripodoro, Veloso, Llanos (2015) afirmaron que los cuidados paliativos deberían estar disponibles para todas las personas que enfrentan enfermedades amenazantes para la vida, y deberían iniciarse tempranamente en el curso de la enfermedad. Sin embargo, observaron que con frecuencia se inician tarde y están restringidos únicamente a pacientes con cáncer (p. 1).

De acuerdo con estos autores, la importancia de llevar a cabo estudios sobre el cuidador es considerable, ya que entender cómo se ve afectado el cuidador y cómo puede manejar de manera más efectiva el cuidado de otra persona puede tener un impacto significativo en su propio bienestar, así como en mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas como enfermedades mentales o cáncer terminal, subrayando la influencia crucial del cuidador en el tratamiento del paciente terminal.

Cuando una persona es designada como cuidadora, su vida solo gira entorno a la persona con la enfermedad, pues el cuidador deja de existir para sí mismo y para sus necesidades.

Tripodoro, et al, (2015)

Los cuidadores familiares se definen como: la persona que, siendo cónyuge, compañero o compañera permanente, pariente hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de afinidad, primero civil o que, sin tener ningún tipo de parentesco con la persona con dependencia de cuidado, es apoyo permanente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sin recibir contraprestación económica por su asistencia y que por su labor dedicada al cuidado de otra persona (Salazar, et al, 2020, p. 2)

Los cuidadores familiares son aquellos que brindan apoyo constante en las actividades cotidianas a una persona dependiente, ya sea como cónyuge, pariente hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de afinidad, primero civil, o incluso sin ningún lazo familiar directo, sin recibir compensación económica por su labor. Afirma Tripodoro, et al, (2015)

En los últimos años, ha cobrado importancia el estudio del rol de los cuidadores primarios o principales y cómo éste influye en la calidad de vida de pacientes con enfermedades psiquiátricas, dependencia, enfermedades crónicas y cáncer en fase terminal. En pacientes oncológicos se ha constatado que una de las dimensiones que más influye en la calidad de vida es el apoyo social que reciben (p.310)

El autor afirma que hay varios tipos de cuidadores para personas con enfermedades crónicas, el cuidador no es un padre, madre o hermano, puede no compartir el mismo vínculo de consanguinidad y no obstante le puede brindar apoyo en momentos difíciles, un cuidador está a la disposición de una persona necesitada sin remuneración económica.

Según Salazar y sus colegas (2020), ser cuidador conlleva diversas limitaciones, como el descuido de la salud física y mental, el aislamiento de las actividades cotidianas o sociales, un aumento en la carga laboral, problemas en la relación sexual y con el paciente, así como una disminución o pérdida de ingresos económicos. Investigaciones recientes sugieren que el cuidado prolongado puede resultar en problemas de salud como fatiga, dificultades emocionales, depresión, entre otros (p. 17).

Asimismo, Rogero (2010) Plantea que “el estado económico del cuidado familiar tiene un alto impacto negativo en el hogar los cuales son, la dependencia da lugar a costes directos, es decir la necesidad constante de algo o alguien genera gastos inmediatos y específicos”. (prr. 9) El cuidado suele tener también costes indirectos, pérdidas de ingresos por efecto del cuidado. El principal coste indirecto atribuido al cuidado es la reducción de la productividad del familiar en el mercado laboral, que puede deberse a: (a) el abandono del trabajo, (b) una reducción de las horas de trabajo pagado, (c) mayores dificultades para abandonar el desempleo, (d) un incremento del estrés o cansancio, o (e) mayores dificultades para realizar formación en horario extralaboral (Rogero, 2010, prr. 10)

Ser cuidador implica no solo agotamiento emocional y físico, sino también desafíos económicos significativos. En ocasiones, esta responsabilidad puede obligar al cuidador a renunciar a su empleo, lo que no solo afecta su proyecto de vida, sino que también aumenta los gastos asociados al cuidado del enfermo. En muchos casos, estos gastos son difíciles de cubrir y pueden requerir recurrir a recursos financieros como ahorros, herencias o incluso ayuda de la comunidad o de la familia, entre otras opciones disponibles.

Salazar, et al, (2020) La pérdida de productividad del cuidador familiar en el mercado tiene consecuencias a largo plazo: pensiones más reducidas y menor ahorro para afrontar la vejez y el propio cuidado en el futuro” (prr. 10). la autora hace referencia en que no solo se evidencia una problemática del presente si no por el contrario esto puede extenderse a una problemática futura para el cuidador

Según, Tripodoro, et al, (2015) Un cuidador se define como “la persona, habitualmente un familiar directo, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que necesita un paciente, incapaz de auto sustentarse” (p. 311) Es decir el cuidador juega un papel fundamental en la recuperación del paciente terminal; En párrafos anteriores se nombraba que para una recuperación optima era necesario el buen acompañamiento físico, emocional y social de un cuidador. Para que exista un cuidador que le brinde calidad, este debe tener una muy buena capacidad de cuidarlo y auto cuidarse para evitar malestares emocionales.

Tanto en la literatura del campo clínico como en la de ciencias sociales puede apreciarse que diversos aspectos relativos a la atención de los pacientes con necesidades de AP (Atención Paleativa) han sido foco de investigación desde mediados del siglo XX. Por el contrario, las personas en quienes recae la responsabilidad de atender y asistir las demandas del enfermo y el impacto negativo que tiene en la estabilidad del grupo familiar

no fueron objeto de interés para las agendas públicas ni académicas sino hasta las últimas décadas (Tripodoro, et al, 2015, p. 311)

(Tripodoro, et al, 2015,) Afirman que la impotencia del propio cuidador, en parte, producto de su historia genética y biográfica, cuatro de los factores que más parecen influir en la aparición e intensidad del síndrome de agotamiento son: a) la importancia que revisten la vida y el sufrimiento del enfermo para el cuidador; b) la incertidumbre que rodea el proceso de enfermedad; c) la sensación de inminencia de una confrontación anticipada con momentos críticos de la misma, tales como un diagnóstico desfavorable, o resultado dudoso de un análisis, ya que dicha inminencia incrementa la percepción de amenaza; y d) la duración de la situación de enfermedad, ya que los efectos del estrés son acumulativos(p. 312)

Según los autores, el cuidado de una persona enferma implica una carga emocional muy alta para el individuo que se encuentra cuidándolo, por la importancia que le da a la vida y al sufrimiento de su familiar enfermo, pues todos estos momentos complican la vida y la salud del cuidador.

El cuidador se encuentra en una posición de alto riesgo con su propia salud, Tripodoro (2015) “La sobrecarga del cuidador/a comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de personas enfermas, afectando sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional.” (p.312).

Cuando se habla de cuidar a otro, normalmente la atención va dirigida únicamente a la persona que está padeciendo la enfermedad, Tripodoro, et al, (2015) afirma que “la sobrecarga del cuidador/a involucra: el aislamiento social, sobrecarga de actividades tanto en casa como fuera de ella, alteración del comportamiento de los familiares que reciben cuidados”(p. 312) el enfermo sufre por múltiples dolores y necesita de la ayuda continua de otra persona para poder satisfacer

sus necesidades básicas, algunas de las personas que padecen enfermedad crónicas y/o degenerativas suelen perder su autosuficiencia y es por ello que necesitan de otro; Cuidar de otra persona no es fácil e implica un desgaste físico, emocional y social en el cuidador.

Martin, et al, (2020) plantea que “se afirmó que el rol de cuidador es altamente estresante, y está asociado a síntomas depresivos y afectaciones en la salud” (p. 1) el cuidador esta propenso a sufrir mucho desgaste emocional y psicológico, es una responsabilidad y una carga muy alta, no solo existe un malestar emocional, si no que a partir de allí se pueden desatar grandes complicaciones de salud mental. Martin, et al, (2020) plantean que “las problemáticas de salud a las que se enfrentan los cuidadores primarios se registran síntomas depresivos comunes, tales como presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración.” (Prr. 12). Es importante conocer los síntomas y padecimientos por los que pasa un cuidador de pacientes paliativos, reconocer esto permite que ambos lados, tanto el enfermo como el cuidador, tengan una vida más tranquila, y, por otra parte, ser conscientes de todos los síntomas y malestares por los que pasa un cuidador.

Desde tiempos históricos el cuidado de las personas del hogar se le ha designado a la figura femenina, en cuanto a la estabilidad del hogar, la alimentación, el cuidado de cada individuo que la conforma, entre otras actividades de carácter doméstico.

Además, como indica Zamalillo (2023) darle esta carga a la mujer de ser cuidadora puede repercutir en la sociedad como una idea errónea de que la responsabilidad de cuidar de un enfermo crónico no es una función compartida por la sociedad

Los cuidados están ubicados en el entorno familiar, y dentro de este, bajo la responsabilidad de las mujeres. La educación y la socialización diferenciada entre hombres y mujeres han contribuido a asentar la idea de que las mujeres están más capacitadas para

realizar las actividades de cuidado, dando lugar a lo que hoy se conoce como «feminización de los cuidados». La feminización e individualización de los cuidados se refuerza por la división sexual del trabajo, sustentada a su vez por la alianza entre el capitalismo y el patriarcado. (Zamanillo, 2023 , p.35).

Bajo esta perspectiva es muy importante conocer como a partir de la historia, del capitalismo y del patriarcado, la mujer se ha venido categorizando por funciones, en este caso, la de ser cuidadora, por la diferencia de oportunidades educativas y sociales en comparación con el hombre, además Zamalillo (2023) opina que “La construcción de la masculinidad y la feminidad es una construcción que responsabiliza a las mujeres como sujeto del ejercicio de cuidados. Mientras que la cimentación de la identidad masculina se construye a través del trabajo remunerado” (p.36), desde años históricos se ha evidenciado la diferencia abismal entre la mujer y el hombre en cuanto a la capacidad de ejecutar roles en la sociedad, afirma Zamalillo (2023) que “Las mujeres continúan representando la mayor parte de las personas cuidadoras primarias o principales” (p.37).

Zamalillo (2023) Afirma que

La persona cuidadora principal se encarga de atender y ayudar a realizar las actividades básicas de la vida diaria de una persona dependiente durante la mayor parte del día, sin recibir remuneración económica por su trabajo, y es percibida por el resto de las personas cercanas a la persona cuidada como principal responsable de su bienestar(p.44).

Para ampliar lo que la autora quiere decir, es relevante identificar que se responsabiliza al cuidador de un paciente, con enfermedad terminal o con discapacidad, sin considerar que la persona que cuida debe preocuparse por su familiar si no, por su bienestar físico, psicológico, social, esta persona también tiene una vida personal por la que debe seguir trabajando, pues su vida no solo se resume en cuidar de paciente paliativo; cumplir con el rol de cuidador no tiene requisitos.

El hecho del cuidar puede provocar cambios importantes en la vida de quien cuida y en su entorno familiar. Además, hay que añadir a esto el fuerte impacto emocional y los problemas que pueden surgir a lo largo de la situación de cuidado. Es probable que haya sentido cansancio físico y fatiga mental, que haya aumentado su vulnerabilidad a padecer enfermedades y, que haya tenido la sensación de que su salud ha empeorado desde que inició el cuidado. Todo este cúmulo de circunstancias pone en riesgo la salud física y mental del cuidador. (Zamalillo, 2023, p.65)

El hecho de hacerse cargo de otra persona provoca cambios significativos en la vida del cuidador, como cansancio físico y mental facilitando que su cuerpo contraiga enfermedades y su salud no sea la mejor. Zamalillo (2023) afirma que “La persona cuidadora debe estar atenta, para poder detectar que algo va mal, que está empezando a causar el cansancio en la labor del cuidado y debe poner remedio a la situación. Analice objetivamente la situación y ponga límites” (p.67), poner límites a tiempo siempre puede resultar beneficioso y es una alternativa para bajar las cargas emocionales, no solo se debe velar por el bienestar del paciente si no que la salud del cuidador, Zamalillo (2023) “ponga límites a los cuidados que presta y a su gasto de tiempo y energía. Analice la situación y piense qué tareas necesitan de su apoyo y cuáles no. Analice también la cantidad de apoyo que necesitan las tareas” (p. 67), tener un equilibrio, buena comunicación con el entorno familiar, puede facilitar y/o aminorar las cargas, es común que el cuidado del enfermo se lo deleguen a un solo integrante, pero como sabemos esto puede ser perjudicial.

Los cuidadores son actores fundamentales en el escenario del dolor crónico, pues son fuente de apoyo y están expuestos a mucho estrés, el cual termina repercutiendo en su salud y bienestar psicológico. Estos cuidadores deben ser objeto de atención psicológica por diversas razones, entre ellas: prevención y manejo del agotamiento y del síndrome del

cuidador fundido, síntomas o trastornos de ansiedad y depresión, ansiedad por separación y otros problemas de apego, malestar emocional intenso o soledad. Estas personas suelen desplazar o fusionar las responsabilidades cotidianas, propias de su vida personal y ocupacional, con el cuidado centrado en el paciente, lo que genera altos costos en sus relaciones familiares, de pareja, laborales y, en general, interpersonales, así como inestabilidad de sus ingresos y una alta carga de dedicación al cuidado. (Serrano y Ruiz, 2022, p. 396).

Desde esta perspectiva, los autores Serrano y Ruiz (2022) pretenden explicar la sobre carga emocional y física de los cuidadores de pacientes que se encuentran en cuidados paliativos con enfermedades no transmisibles, o personas que se les dificulta poder valerse solos, por eso en este apartado se entiende que el paciente sufre cierto grado de sufrimiento, pues el cuidador también tiene desgaste y agotamiento.

La escala de Zarit es una de las pruebas más empleadas, pues abarca en mayor medida todas las dimensiones de este fenómeno, como son: redes de apoyo, calidad de vida, capacidad de autocuidado, y competencias para el afrontamiento de problemáticas conductuales del paciente (Albarracin, et al, 2016, p. 89)

En opinión a lo que menciona el autor, la escala de Zarit es una prueba completa de lo que se necesita para conocer cuáles son las problemáticas por las que tiene que pasar el cuidador, bien sabemos de párrafos anteriores que el cuidador pasa por varias situaciones que hacen que su salud física y mental se vayan deteriorando, ya sabemos que el cuidador puede pasar por una depresión, angustia, desequilibrio emocional, ansiedad, agotamiento excesivo, aislamiento de sus actividades concurrentes entre muchas otros más malestares que ya se han venido nombrando a lo largo de la investigación.

Gaviria, et al, (2016) Afirma en el manual colombiano de cuidado al cuidador que existe una manera de fortalecer los factores protectores para el cuidador y el individuo cuidado, la cual es buscar la promoción de salud mental, la participación en educación para la identificación y el manejo de la salud, salud mental, resolución de problemas y trastornos mentales (Prr. 9) por otra parte como dice Gaviria, et al, (2016) “Conocer rutas de atención, derechos y deberes, participación en grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua, así como organización y movilización social en pro de la defensa de los derechos de las personas con problemas, enfermedades crónicas y sus cuidadores” (p. 20)

Esta articulación institucional se integra a la propuesta de crear un Subsistema Nacional de Cuidados, el cual tiene un enfoque socio-sanitario en el marco del sistema de la protección social y requiere de la participación de “ entes del estado como: Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de las TIC, Ministerio de Justicia, Ministerio de Hacienda, Departamento Nacional de Planeación – DNP, Departamento de la Prosperidad Social – DPS, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE, el SENA y el Sistema Nacional de Bienestar Familiar –SNBF; (Subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras- Documento en Construcción, 2016). (Gaviria, et al, 2016, p.21)

De todo lo anterior es de gran importancia resaltar que la autora en dicho manual de cuidado al cuidar hace referencia a una posible solución para mejorar la calidad de vida de los cuidadores familiares o informales, se puede evidenciar que es un documento en construcción desde el 2016 por lo que no es un plan que se esté llevando a cabo y ayudando de forma activa al cuidador.

Por otra parte, la autora hace referencia a una propuesta importante para el cuidador que busca.

Que en el entorno Hogar, se activen redes sociales e institucionales logrando: Brindar soporte emocional sobre el afrontamiento de la enfermedad. Brindar y recibir atención psicosocial. Sensibilizar frente a: -Principales funciones a realizar en torno al cuidado de la persona sujeto de cuidado con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes -Adherencia al tratamiento -Prácticas para fortalecer la salud tanto de la persona cuidadora como de la persona sujeto de cuidado. (Gaviria, et al, 2016, p. 22)

Como se nombró, esta es una propuesta que se desea implementar en territorio colombiano, pero que aún no se ha hecho, se enfoca claramente en la ayuda integral al cuidador y al sujeto cuidado, a lo largo de la investigación se ha evidenciado que el cuidador es una persona desamparada por el estado y en algunos casos por los mismos familiares, sin generalizar las situaciones.

No obstante, la autora también plantea otra alternativa para brindar una ayuda más optima al cuidador, Gaviria, et al, (2016) "El Autocuidado, Desarrollo personal y proyecto de vida, Estilos de vida saludables: ejercicio y recreación, Manejo del estrés, Factores protectores hacia el control de problemas y trastornos mentales, distribuir tareas asociadas al cuidado con otros miembros de la familia" (p. 22)

Cuidado paliativo.

según Martín (2020), "los cuidados paliativos en la sociedad occidental han estado estrechamente ligados a la Iglesia Católica desde tiempos históricos. Se destaca que la matrona romana Fabiola, discípula de San Jerónimo, desempeñó un papel fundamental en esta asociación. En el siglo V, fundó uno de los primeros albergues en Roma, dedicado a viajeros, enfermos y moribundos retornados de África, con el propósito de aplicar los principios cristianos de asistencia y caridad (p. 17)."

En otras palabras, los cuidados paliativos tienen su origen en el REINO UNIDO más específicamente con el cristianismo y se comenzó a expandir por más lugares del mundo con la creación de hospicios en otros países, dichos lugares se catalogaban como refugios para personas necesitadas, personas que iban de ciudad en ciudad y necesitaban un lugar donde quedarse, con enfermedades a estos individuos se les brindaba un apoyo más espiritual, el cuidado del alma como lo plantea el autor, a partir de la creación de estos hospicios se reconoce la importancia de brindar atención en el alivio del sufrimiento y el cuidado espiritual de la persona., “Los Caballeros hospitalarios en los siglos XI-XIII establecieron hospicios para peregrinos en tierra Santa, demostrando su compromiso de ayuda al prójimo” (Martin, 2020, P. 12).

Estos establecimientos tenían una inspiración religiosa debido lógicamente a la naturaleza de las entidades que los habían fundado, instituciones eclesiásticas o asociaciones basadas en los principios de la religión. Por ello, los principios en los que se fundamentaba su actuación eran la religión, la filantropía y la difusión de valores morales, principalmente la caridad. Asimismo, el acompañamiento del enfermo se dirigía especialmente al cuidado de su alma. (Martin, 2020, p.18)

Como afirma Martin (2020) se redujo el tratamiento real de la persona afectada, porque la creación de los hospicios fue a partir de la religión, católica y evangélica, esto es, por las bases en las que surgió el concepto de hospicios se comenzó a ayudar a partir de la caridad, la generosidad y se actuaba desde la moral, relacionado con el cuidado del alma y no con la finalidad de aminorar el dolor y hacer una vida más prolongada.

Martin (2020) El termino hospicio comenzó a cambiar en 1842 cuando se creó en Francia Lyon (Francia) L'Association des Dames du Calvaire por Jeanne Garnier, dicha asociación estaba centrada en el cuidado de los moribundos. Esta entidad fue el motivo por el cual el termino hospicio obtuviera un cambio por lo cual se usaba específicamente para la forma

de cuidado que se caracterizaba por “una respetuosa familiaridad y una actitud de oración y de calma frente a la muerte” (p. 19)

Para la época, Martin (2020) se actuaba desde el concepto religioso y no científico, su finalidad era el cuidado del alma y no físico, no existían hospitales aptos, sino refugios para personas con dificultades físicas, enfermedades. Sin embargo, este término se fue expandiendo y cambiando a lo largo de la historia. Dichas instituciones religiosas se comenzaron a caracterizar por cuidar a ciertos tipos de personas, en primera instancia a personas con tuberculosis y más tarde a personas con cáncer, pues instituciones como los hospitales se abstenían de aceptar individuos que pudieran contagiar a otras, personas con bajos recursos económicos o por la falta de implementos tecnológicos para su tratamiento. En 1967, Martin (2020) señala que “el St. Christopher Hospice en Londres marcó el inicio de los hospicios modernos. Inicialmente centrado en pacientes con cáncer, luego amplió su atención a enfermos terminales de otras enfermedades, incluyendo apoyo en duelo” (p.20).

En este centro, además, se identificó el concepto de “dolor total”, el cual comprende las múltiples facetas de la naturaleza del dolor entre las que se incluyen no solo los síntomas físicos, sino también los componentes emocionales, sociales y espirituales. Su fundadora, Cicely Saunders enfermera, asistente social y médico-, es considerada la pionera en esta especialidad de la medicina. Los resultados obtenidos en el mencionado centro hospitalario demostraron que un adecuado control de los síntomas de la enfermedad, junto a una apropiada comunicación con el paciente y un acompañamiento afectivo, social y espiritual, lograba mejorar en modo significativo la calidad de la vida tanto de los enfermos terminales como la de sus familiares (Martin, 2020, p.19)

Desde el punto de vista de Martin (2020) gracias al concepto de “dolor total” el cual se caracteriza por cumplir diferentes enfoques los cuales son síntomas físicos, lo emocional, social y

espiritual; por otra parte, se identificó que un buen control o acompañamiento de las enfermedades y una buena comunicación lograba que el paciente y familiar tuvieran una mejor calidad de vida.

Martin (2020) afirma

que estos nuevos hospicios tuvieron su origen en entidades seculares, a diferencia de los creados en épocas anteriores. Sin embargo, a pesar de su falta de inspiración religiosa, no dejaron por ello de proporcionar atención espiritual a los enfermos terminales como sucedía en los momentos iniciales del movimiento hospice. La razón principal de esta atención espiritual era la propia finalidad que caracterizaba a los nuevos hospicios. Es decir, ofrecer un cuidado integral a los pacientes comprensivo de sus dolencias físicas y de las necesidades psicológicas y anímicas. (p.20)

Según el autor, los hospicios actuales se iniciaron con base en principios del mundo material y no religioso, dicho concepto actual se diferencia mucho de los anteriores en épocas pasadas, pues para ellos primaba el acompañamiento espiritual, aunque no se negaron a brindar esa atención espiritual a pacientes terminales, pues es importante e infaltable.

El avance del concepto de cuidados paliativos se dio gracias a varios motivos, los cuales el autor Martin (2020) denomina como, en primer lugar, los avances de la medicina destacaron que el final de la vida y la muerte se dieran dentro de una institución médica y no en otros sitios denominados como refugios donde solo se le brindaba hospitalidad al enfermo terminal, en segundo lugar, prolongar la vida y moderar el dolor ayuda a la práctica médica y en tercer lugar, el termino de cuidados paliativos, se incluyó como una especialidad médica integral en las instituciones hospitalarias, con la finalidad de que los cuidados paliativos fueran una práctica de más importancia que otros ejercicios al cuidado integral del enfermo terminal. (p.22)

Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. (Organización mundial de la salud, 2020, prr. 1)

Esto sugiere que los cuidados paliativos se ofrecen a todas las personas que enfrentan una situación de salud compleja, proporcionando apoyo no solo al paciente, sino también a sus familiares. Estos cuidados se centran en el bienestar físico, social y espiritual del paciente y del cuidador, abarcando todas las edades y etapas de la vida.

Es decir los cuidados paliativos son una práctica que a lo largo de la historia se ha venido restringiendo; se le brindan únicamente a personas con enfermedades como el cáncer, y lamentablemente el proceso se comienza cuando la persona ya tiene la enfermedad muy avanzada, dicha condición es en la mayoría de casos una enfermedad terminal, a diferencia de otras enfermedades que advierten con ser peligrosas y riesgosas para la vida del ser humano no se le brindan dichos cuidados paliativos, ni al paciente ni al familiar.

Tripodoro, et al, (2015) según por este motivo los países deberían mejorar las estrategias de afrontamiento de los cuidados paliativos para brindarle a las personas un cuidado integral a lo largo de la enfermedad del paciente. Según los autores el 80% de las muertes por enfermedades terminales avanzadas se producen en países con bajos niveles económicos, los cuidados paliativos solo se les brindan a las personas que tienen una enfermedad muy avanzada, es importante resaltar el hecho de que en este apartado se nombra el cuidado al cuidador, mas no se profundiza ni se brindan las herramientas

necesarias, es decir no encuentra un plan bien ejecutado para el cuidador del paciente terminal. (p. 11)

Martin y Mejias (2018) Definen los cuidados paliativos como la atención integral. Esta demanda es atendida de forma competente y con objetivos terapéuticos de mejora de confort y de la calidad de vida, definidos estos por el propio paciente y su familia según su sistema de creencias, preferencias y valores. (p.12)

Según Martin y Mejías, los cuidados paliativos buscan mejorar la calidad de vida del paciente a través de un equipo interdisciplinario, que ayuda a reducir tanto el malestar emocional como el físico. Además, estos cuidados proporcionan atención personalizada y completa a individuos enfrentando enfermedades avanzadas o terminales, caracterizadas por una expectativa de vida limitada.

En Colombia se cuenta con la siguiente normatividad, respecto a cómo se encuentran los cuidados paliativos y si se ven incluidos el cuidador.

- Ley 1384 de 2010. Ley Sandra Ceballos. Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Artículo 5°. Control integral del cáncer. Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional para la República de Colombia. El control integral del cáncer de la población colombiana considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología, apoyado con la asesoría permanente de las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determinará acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. (Restrepo, 2018, p. 7)

- Resolución 1383 del 02 de mayo de 2013 Por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 2021, en donde se trazan unas metas y acciones para el mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer, entre las cuales se encuentran: organizar y garantizar la oferta de intervenciones de cuidado paliativo, rehabilitación y reconstrucción en el país; garantizar en el territorio nacional la disponibilidad de medicamentos opioides, contar con servicios de apoyo social y consejería a pacientes con cáncer y sus cuidadores e implementar estrategias e investigaciones que aseguren la calidad en las intervenciones de cuidado paliativo para pacientes con cáncer y cuidadores. . (Restrepo, 2018, p. 8)

También se cuenta con los datos registrados por el Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos.

- Los servicios de cuidados paliativos están concentrados en Bogotá, Antioquia, Valle y Atlántico.
- El promedio de cuidados paliativos en Colombia por habitante es inferior al recomendado a nivel mundial.
- Al igual que el consumo de opioides, también está por debajo de la media mundial. (Restrepo, 2018, p. 12)

De todo lo anterior se puede decir que en Colombia los cuidados paliativos si se aplican sin embargo no en todo el país, lugares en los que se puede hacer uso de los cuidados paliativos son en las ciudades más grandes, y las únicas personas que pueden hacer uso de este son las que tengan cáncer terminal pues existe una ley que dice que los cuidados paliativos se le brindan a las personas que tengan cáncer o que hayan sido sobrevivientes de cáncer, por otra parte también es indispensable nombrar que el cuidador si es nombrado en los artículos anteriores, del cual se dice

que es importante implementar investigaciones para la calidad de vida de los pacientes y cuidadores.

Los cuidados paliativos los puede brindar un equipo de médicos, enfermeros especializados, asistentes físicos, nutricionistas certificados, trabajadores sociales, psicólogos, masajistas terapeutas y capellanes. De la misma manera los pueden ofrecer los hospitales, las agencias de atención médica domiciliaria, las clínicas de oncología y las clínicas de atención a largo plazo (Bermúdez, et al, 2022, p. 5).

Según el autor, puede decirse que las personas capacitadas para acompañar los cuidados paliativos lo pueden hacer y no solo personas, sino instituciones que puedan capacitar a estos individuos para que quienes pasen por una fase terminal sepan de llevar la situación como los familiares, acompañantes o cuidadores principales.

“Es necesario considerar los cuidados paliativos desde un enfoque de salud pública para lograr el acceso efectivo de la población y la cobertura universal de personas con necesidades paliativas” (Moreno y Ruiz, 2022, p.23). En otras palabras, se vuelve fundamental que los cuidados paliativos se interpreten desde un enfoque de salud pública para garantizar un acceso óptimo para las personas. “esta forma de abordar su desarrollo global exige: políticas públicas, disponibilidad de servicios, existencia de medicamentos para el control del dolor y programas de educación para los profesionales de la salud” (Moreno y Serrano, 2022, p.23). Este hallazgo es relevante puesto que los cuidados paliativos desde la perspectiva colombiana se encuentran así.

De acuerdo con los reportes de la Organización Mundial de la Salud, Colombia presenta cambios en su perfil demográfico y una transición epidemiológica que ha llevado a un incremento en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas tanto en adultos como en niños. Esta entidad ha reportado cómo el 71 % de la mortalidad en Colombia es ocasionada por enfermedades no transmisibles, de las cuales el 28 % se origina por

enfermedades cardiovasculares; el 17 %, por cáncer; el 7 %, por enfermedades respiratorias crónicas; el 16 %, por otras no transmisibles, y el 3 %, por diabetes. Ello está generando un problema de salud pública, donde se están convirtiendo en prioridad abordajes como los cuidados paliativos, que se rigen por la calidad de vida de los pacientes y sus familias, al igual que por la búsqueda de un uso racional de los recursos en salud.

(Moreno y Serrano, 2022, P. 25)

Según Moreno y Ruiz, esto proporciona una visión más clara de la situación de Colombia en cuanto a los cuidados paliativos, que no ha mejorado significativamente en comparación con otros países. Esto se debe a los crecientes desafíos relacionados con enfermedades no transmisibles. Aunque se mencionaba la atención a los cuidadores en el pasado, aún falta un plan efectivo para abordarlo de manera integral.

Moreno y Ruiz (2022) Desde 2010, la Ley 1384 del Congreso de la República definió la necesidad de proporcionar cuidados paliativos en el marco de la atención integral del enfermo oncológico, estableciendo la necesidad de unidades de cuidados paliativos para apoyar a los pacientes desde el inicio del tratamiento; guías de manejo de síntomas; así como la generación de redes de referencia y contrarreferencia en las respectivas empresas administradoras de planes de beneficios. (p.26)

Enfermedad Específica.

La OMS también define las enfermedades crónicas como dolencias de larga duración (OMS, 2012)

Para ampliar un poco más es importante saber que es cáncer y de que tipo se profundizara en esta investigación; el cáncer es una serie de células anómalas que se dividen sin control por el cuerpo, causando la muerte de muchas personas, según la OMS (2023)

Según Get Palliative Care. (s.f) afirma que “el cáncer de pulmón comienza cuando las células del pulmón cambian y crecen sin control, formando una masa llamada tumor, lesión o nódulo. Un tumor de pulmón puede comenzar en cualquier parte del pulmón” (prr.1).

Según, Osorio et al, (2022) afirma que “datos del Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN, por su sigla en inglés) del año 2020, el cáncer de pulmón es el segundo más frecuente en el mundo (11,4%), después del cáncer de mama femenino (11,7% del total de casos)” (p.1)

La disminución en la prevalencia de consumo de tabaco en Colombia puede explicar la reducción de las tasas de mortalidad que se observan en los últimos años incluidos en este estudio, sobre todo entre los hombres. En Colombia disponemos de prevalencias de consumo de tabaco desde 1971; aunque la definición de fumador y los marcos muestrales no son comparables en todas las encuestas. (Osorio et al, 2022, p. 1).

En conclusión, el cáncer de pulmón es uno de los tipos de cáncer más frecuentes en el ser humano, comunmente se da por el consumo de tabaco, en Colombia se ha determinado que la tasa de mortalidad ha disminuido.

Psicoemocional.

En el siguiente apartado se hablará un poco sobre los síntomas psicoemocionales y como afectan estos síntomas a nivel psicológico y físico.

La palabra psicoemocional es utilizada en psicología para describir a aquellas especialidades que tienen como objeto de estudio examinar las emociones y al mismo tiempo relacionarla con aquellas enfermedades que parecen no tener otra causa, más que la mente. Así mismo en medicina, es necesario que se analicen estos trastornos ya que en muchas ocasiones pueden ser el origen de una patología a la que no se le encuentra el causante, por lo que es un área que debe ser conocida por los diferentes profesionales de la salud.(Fisioonline, 2020, prr.1)

El término psicoemocional puede describirse como el examen de las emociones relacionadas con otras enfermedades corporales que solo tienen como causa principal la mente, este término se refiere al bienestar psicológico y emocional del ser humano. Según, Fisio online, (2020) “Este concepto surge de la combinación de dos vocablos, creando una conexión en la que uno se vincula con el otro. “psico”, derivado del griego, se refiere a la mente, mientras que “emoción”, de origen latino, describe los diversos estados efectivos que una persona puede experimentar, ambos siendo desencadenes de enfermedades” (prr.3).

Estrategias de afrontamiento

En el siguiente apartado se conocerá un poco sobre las estrategias de afrontamiento y como el ser humano hace uso de ellas.

Las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales que hacemos para manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las situaciones externas o internas que nos causan estrés. Por ello, se consideran aspectos básicos en la regulación de emociones e influyen en nuestro bienestar psicológico. (Medina, s.f, prr.2).

Las estrategias de afrontamiento son muy importantes para el ser humano, pues ayudan a las personas a resolver las situaciones que le producen estrés.

En terminos generales, se suele diferenciar entre las estrategias de afrontamiento centradas en el problema o centradas en la emociion. Las estrategias orientadas al problema se basan en intentar resolver las dificultades de manera logica, buscando soluciones alternativas y elaborando planes de actuacion. Por su parte, las estrategias orientadas a la emociion se centran en las respuestas emocionales ante una situacion, en la evitacion, la preocupacion o incluso, en la supersticion. (Medina, s.f, prr.4)

La autora agrupa 18 estrategias de afrontamiento en tres estilos: resolver el problema, referencia a otros y afrontamiento no productivo.

Resolver el problema

Concentrarse en resolver el problema: analizar las opciones, perspectivas y alternativas de forma sistemática.

Esforzarse y tener éxito: actuar con compromiso, ambición y dedicación para resolver la situación.

Invertir en amigos íntimos: buscar e implicarse en relaciones personales que supongan algún grado de intimidad.

Buscar pertenencia: interesarse por las relaciones sociales en general.

Fijarse en lo positivo: tratar de ver el lado bueno de lo que está ocurriendo.

Buscar distracciones relajantes: realizar actividades de ocio que permitan desconectar del problema.

Distracción física: hacer deporte como forma de distraerse.

Referencia a otros

Buscar apoyo social: compartir el problema con otras personas y apoyarse en ellos.

Acción social: realizar acciones que fomenten que los demás conozcan el problema y se impliquen activamente en él, prestando su ayuda.

Buscar apoyo espiritual: acudir a la oración y la religión.

Buscar ayuda profesional: solicitar la opinión y/o tratamiento por parte de un profesional.

Afrontamiento no productivo

Preocuparse: revisar cognitivamente el problema y las consecuencias futuras del mismo.

Hacerse ilusiones: tener esperanza en que todo se solucionará y tendrá un final feliz.

Falta de afrontamiento: evitar o no ser capaz de exponerse a la situación estresante.

Ignorar el problema: realizar un esfuerzo consciente por ignorar el problema o no hacerse cargo de él.

Reducción de la tensión: intentar relajarse, ya sea a través de actividades saludables (como realizar técnicas de relajación) o perjudiciales para la salud (por ej. consumir sustancias).

Reservarlo para sí: guardar los problemas y preocupaciones para uno mismo, sin querer que los demás se enteren de ellos.

Auto inculparse: considerarse responsable de todos los problemas que surgen.

Todas las estrategias de afrontamiento (siempre que no sean perjudiciales para nuestra salud) pueden tener su utilidad y función dentro de los diferentes momentos por los que pasamos en el proceso de adaptación a un estresor. Además, no a todos nos sirven las mismas. Cada uno de nosotros tendremos que ir descubriendo cuáles son las estrategias que más nos ayudan en cada situación. Y cuanto mayor sea el repertorio de estrategias que conocemos y podemos poner en marcha, mayor probabilidad tendremos de afrontar las dificultades con éxito. (Medina, s.f, p.6)

La autora menciona que las estrategias de afrontamiento de los seres humanos no son las mismas para todos, cada individuo tiene su forma de afrontar las situaciones y las emociones desde su propia percepción.

Capítulo IV

Metodología

Objetivos

Objetivo General

Analizar los síntomas psicoemocionales y las estrategias de afrontamiento del cuidador de pacientes paliativos de cáncer de pulmón

Objetivos Específicos

- Identificar los síntomas psicoemocionales del cuidador de pacientes paliativos de cáncer de pulmón
- Identificar las estrategias de afrontamiento del cuidador de pacientes paliativos de cáncer de pulmón

Diseño de investigación

Esta investigación se realizó a partir de la investigación cualitativa, por lo cual, en una investigación realizada por Sampieri (2018) explica que el enfoque cualitativo tiene su origen en otro influyente pensador de las ciencias sociales: Max Weber (1864 – 1920), quien acuñó el término “Verstehen” o “comprensión”, destacando la importancia de entender los significados subjetivos y comprender el contexto en el que se produce el fenómeno, más allá de simplemente describir y medir variables sociales, Weber propuso un enfoque metodológico híbrido que incorpora herramientas como los tipos ideales, permitiendo estudios que no se limiten únicamente a variables sociales a nivel macro, sino que también consideren instancias individuales

Por otra parte, el autor Sampieri (2018) planteó que el término “cualitativo” viene del latín “qualitas”, que se refiere a la naturaleza y propiedades de los fenómenos. Con este enfoque, se estudian los fenómenos de manera sistemática. En lugar de comenzar con una teoría y luego buscar evidencia para confirmarla, el investigador examina los hechos y estudios previos simultáneamente para generar una teoría coherente. El problema de investigación planteado suele ser menos específico que en la investigación cuantitativa y se va enfocando gradualmente a medida que avanza el estudio, adaptándose al contexto y los eventos que ocurren.

Por otra parte, en esta investigación cualitativa se implementó con un enfoque fenomenológico a través del estudio de caso de corte descriptivo transversal, el cual el autor Chaves (2016) interpretó que los estudios cualitativos son especialmente adecuados para examinar casos individuales, ya que se centran en temas únicos que requieren un análisis detallado y una atención profunda del contexto en el que ocurren los fenómenos investigados, una investigación de estudio de casos aborda eficazmente situaciones técnicamente únicas donde hay una amplia gama de variables relevantes pero escasez de datos observacionales. Por lo tanto, recurre a

diversas fuentes de evidencia. Además, se beneficia de la formulación previa de hipótesis teóricas que orientan tanto la recolección como el análisis de datos.

Por otra parte, la autora Ortega (s.f) define el corte transversal descriptivo como, una forma de investigación en la que se analizan datos de diferentes variables recopilados en un periodo de tiempo específico sobre un grupo de personas seleccionadas previamente. También se le conoce como estudio de corte transversal o estudio de prevalencia. En este tipo de estudio, se recopilan datos de personas que comparten características similares en todas las variables, excepto en la que se está investigando. Esta variable es la única que permanece constante a lo largo de todo el estudio transversal.

Dicho esto, la autora Ortega (s.f) denomina tipos de estudio transversal, uno de ellos es el descriptivo el cual se utiliza para examinar la frecuencia y la distribución de un tema de interés en un grupo específico en un momento dado

El instrumento que se utilizó para recolectar la información fue la entrevista semiestructurada, según los autores Dolores et al (s.f) determinó que la entrevista es un método mediante el cual el investigador busca recabar información de manera oral y personalizada. Esta información se centra en experiencias vividas y aspectos subjetivos de la persona, como sus creencias, actitudes, opiniones o valores relacionados con la situación que está siendo estudiada. En la entrevista semiestructurada, el entrevistado se adhiere a estos temas, pero se le hacen preguntas abiertas para permitirle expresarse libremente. Se alienta al entrevistado a agregar detalles a sus respuestas para enriquecer la información. Según avanza la entrevista, se exploran diferentes temas para conocer la situación del entrevistado. El investigador debe prestar mucha atención a las respuestas para conectar los temas y evitar perder detalles importantes que puedan surgir durante la conversación y así avanzar en la investigación.

La población tenida en cuenta fue cuidadores de cuidados paliativos de cáncer de pulmón

Criterios de inclusión: Cuidador de cuidados paliativos de cáncer de pulmón, menos de un año de haber perdido al familiar o paciente.

Criterios de exclusión: Cuidador de cuidados paliativos de otro tipo de enfermedades, más de un año de haber perdido al familiar o paciente.

La muestra de la investigación fue mujer cuidadora paliativa de cáncer de pulmón.

Las variables tenidas en cuenta para la recolección y análisis de datos fueron:

- Cuidador
- Cuidado paliativo
- Síntomas Psicoemocionales
- Estrategias de afrontamiento
- Cáncer de pulmón.

Consideraciones éticas: Se utilizó el consentimiento informado a partir de la Ley 1090 con base en el Título II del artículo 2 del apartado 5, donde se estipula que

5. Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad (prr 3).

Capítulo V

Resultados y Análisis de datos

A continuación, se detallarán los resultados obtenidos tras llevar a cabo la entrevista y realizar un análisis exhaustivo de los datos recopilados.

Datos sociodemográficos: Se entrevistó a persona de sexo femenino, con 18 años, trabajadora independiente, sin hijos y estudiante universitaria de trabajo social.

Resultados

- **Categoría: Cáncer de pulmón.**
- **¿Cuáles fueron los mayores desafíos que enfrentó el paciente y sus cuidadores durante este proceso?**

"Para mi abuelo, el mayor desafío fue la pérdida de autonomía y la sensación de insuficiencia. Se volvió testarudo y renegaba de recibir ayuda, lo que resultaba difícil para nosotros los cuidadores. El cambio repentino por enfermedad fue impactante para todos, ya que de un día para otro pasó de estar bien a no reconocerse a sí mismo. teníamos que cargarlo, llevarlo al baño, darle la comida, sostenerlo para que se sentara, era agotador porque pesaba mucho, sus huesos estaban demasiado rígidos, no dormíamos por estar pendiente de él, teníamos miedo de perderlo"

Análisis: Esto es congruente con la investigación cualitativa de Moreira de Souza y Turrini (2011) los autores identificaron los sentimientos vivenciados por el cuidador de pacientes con enfermedad no transmisible, los resultados revelaron tres categorías principales de sobrecarga:

Sobrecarga física: agotamiento físico debido al cuidado en el hogar.

Sobrecarga mental: sentimientos de pérdida de autoestima, desesperanza y soledad.

Sobrecarga social: problemas relacionados con el papel de la mujer, cambios en la dinámica familiar y dificultades económicas.

Estas categorías reflejan los desafíos que enfrentan los cuidadores, desde el agotamiento físico hasta las tensiones emocionales y los problemas socioeconómicos. (P.1)

Según la investigación realizada, se pudo identificar que la cuidadora experimentaba agotamiento físico y emocional por el cuidado de su abuelo. Esta situación se evidencia claramente cuando ella expresó: "Era agotador". Además, se encontraba emocionalmente agotada y temerosa de "perderlo". El proceso de ver a su ser querido deteriorarse cada vez más a causa de la enfermedad, así como presenciar cambios en su humor hacia aspectos cotidianos que se volvían cada vez más complejos para ella como cuidadora, fueron aspectos mencionados durante la entrevista.

- **¿Podrías describir cómo fue la experiencia del paciente a lo largo de su enfermedad, desde el diagnóstico hasta la fase de tratamiento y más allá?**

"Mi abuelo se negó a aceptar cualquier fase de tratamiento desde el diagnóstico. Aunque se le ofrecieron opciones, incluido el cuidado paliativo, se negó a recibir tratamiento. Su miedo a los hospitales se intensificó, y su rechazo a cualquier intervención médica fue firme. Finalmente, aceptó recibir tratamiento tres meses después del diagnóstico, influenciado en parte por la experiencia mía de que yo posiblemente tenía cáncer de mama y se le noto una gran mejoría por unos meses, su semblante había cambiado, pero luego de un tiempo se deterioró mucho su salud nuevamente."

Análisis: Esta declaración está en consonancia con la investigación de La Organización

La OMS (2020) sostiene que los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida al abordar el sufrimiento en enfermedades graves. Identifican, evalúan y tratan el dolor y otros problemas físicos, psicosociales o espirituales. (p.3)

Basándonos en lo expuesto, se puede discernir que los cuidados paliativos representan un tratamiento que puede contribuir a aliviar en cierta medida el sufrimiento tanto del paciente como del cuidador. Aunque al paciente con una enfermedad no transmisible se le ofreció la opción de recibir cuidados paliativos, inicialmente la rechazó por su temor a los hospitales y cualquier

intervención médica propuesta. No obstante, finalmente aceptó este tipo de atención. Como resultado, se pudieron observar cambios significativos en su salud durante un período prolongado

Cuidado Paliativo

- **¿Cómo describirías el apoyo recibido del sistema de salud o de la pensión durante el cuidado paliativo, incluyendo cualquier acompañamiento psicológico ofrecido más allá del cuidado físico, que recibió tu abuelo?**

“Super bien el tema de la salud, fueron super atentos agiles de una llamaban, de una preguntaban, nosotros lo llevamos dos veces a urgencias y esas dos veces lo dejaban allá y lo atendían. No ese cuidado paliativo solo eran enfermeras y médicos, no era nadie más iban enfermeras a ponerle medicamento o a estar pendientes. Y en cuanto a el acompañamiento psicológico no lo recibimos porque él no quería escuchar a nadie, no prestaba intención, no atendía”.

Análisis: Según la investigación de Moreno y Ruiz (2022) la situación de Colombia en cuanto a los cuidados paliativos no ha mejorado mucho en comparación con otros países. Esto se debe a los crecientes desafíos relacionados con enfermedades no transmisibles. Aunque se mencionaba la atención a los cuidadores en el pasado, aún falta un plan efectivo para abordarlo de manera integral.

En armonía con lo mencionado previamente, se desprende de la entrevista que acceder al servicio de cuidado paliativo no resultó difícil y que la atención fue siempre rápida. Estos cuidados paliativos se ofrecieron y proporcionaron al paciente terminal, sin considerar la necesidad de las cuidadoras. Esto resalta la necesidad, como lo señala la investigación de Moreno y Ruiz en Colombia, de implementar un plan más integral y efectivo que abarque a todos los involucrados en la situación.

- **¿Recibió algún acompañamiento psicológico o de trabajo social?**

“Sí, lo recibió mi mamá y mi abuela, la experiencia fue con la psicóloga y con la trabajadora social, mi abuela cegada, preguntaron que como se sentían, eso fue directamente en la clínica de las américas, del programa eso hacia parte de lo que ofrecía el programa. Pero no hablaron mucho ella intentaron desde donde podían abordar el tema, pero fue solo una vez. Yo no quería aceptar nada, ese momento fue un momento de negación completa en todos los sentidos, no quería nada, no quería hablar con nadie, solo quería dormir”.

Análisis: Según la investigación de Martin (2020), donde afirma que demostraron un adecuado control de los síntomas de la enfermedad, junto a una adecuada comunicación con el paciente y un acompañamiento afectivo, social y espiritual, mejoraba mucho la calidad de la vida de los enfermos terminales y de sus familiares.

En efecto, es crucial reconocer que un adecuado control de los síntomas y una comunicación apropiada tanto con el paciente que enfrenta una enfermedad terminal como con su familiar o cuidador pueden resultar sumamente beneficiosos. Durante la entrevista se constató que solo dos miembros de la familia aceptaron el servicio psicológico ofrecido. Por otro lado, una de las cuidadoras optó por no aceptar el acompañamiento debido a su falta de interés y desánimo. Este hecho pone de relieve la importancia de abordar las necesidades psicológicas de todos los involucrados en el cuidado del paciente terminal.

Categoría: Cuidador

- **¿Podrías describir las funciones específicas que realizabas como cuidador y cuánto tiempo duro el cuidado?**

“Cuidar a mi abuelo se fue volviendo muy agotador, al principio todo lo hacía con mucho amor y esmero y por agradecimiento, pero luego ya era agotador, era estar con él, pendiente de que necesitaba, él siempre estaba tirado en la cama, pero era estar atenta de que necesitaba de

cuando quería ir al baño, de cuando tenía hambre, de sus gestos, de los medicamentos. Me sentía casada, pero debía estar atenta a él siempre. Fueron 6 meses de preocupación”.

Análisis: En concordancia Zamalillo (2023) afirma que las mujeres han sido históricamente asignadas al papel de cuidadoras, y esta expectativa cultural se ve reforzada por las narrativas sociales que sugieren que las mujeres atienden los enfermos o discapacitados de la familia. Pueden tener consecuencias negativas para la salud mental y emocional de estas mujeres. La carga psicosocial de los cuidados puede ser abrumadora y puede llevar a la sobrecarga emocional y física, el agotamiento y la depresión.

Efectivamente, se ha destacado en varios apartados que asumir el rol de cuidador conlleva complicaciones físicas y psicológicas, que pueden afectar significativamente a la salud de la persona. Ser cuidador de un paciente terminal es agotador, y nadie está preparado para ello, salvo experiencia previa o vocación específica para el cuidado. Sin embargo, en la mayoría de los casos, las personas se convierten en cuidadores de forma empírica, sin una formación específica para afrontar esta tarea.

Por otro lado, es importante analizar cómo, tanto en esta investigación como en otras bases de datos, las mujeres asumen el papel principal de cuidadoras. Las ven como la principal fuente de apoyo a la sociedad o personas con dificultades físicas. A menudo, se les asigna la responsabilidad no solo de cuidar a un enfermo, sino también de mantener el funcionamiento de todo el hogar. Esta distribución desigual de roles puede tener implicaciones significativas en la salud y el bienestar de las cuidadoras, resaltando la necesidad de reconocer y apoyar su labor de manera más equitativa.

- **¿Recibiste alguna forma de remuneración económica por tu labor como cuidador?**
“No”.

Análisis: De acuerdo a la investigación de Salazar et al (2020) afirma que los cuidadores familiares se definen como: la persona que, siendo cónyuge, compañero o compañera permanente, pariente hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de Anidad, primero civil o que, sin tener ningún tipo de parentesco con la persona con dependencia de cuidado, es apoyo permanente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sin recibir contraprestación económica por su asistencia y que por su labor dedicada al cuidado de otra persona.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, los cuidadores, independientemente de su relación de parentesco, brindan un apoyo invaluable en el cuidado de pacientes en estado paliativo. A pesar de formar parte del círculo familiar, estas personas no reciben ninguna compensación económica por parte de ninguna entidad que respalde o brinde apoyo para facilitar su labor como cuidadores.

- **¿Cómo influyó la enfermedad de tu abuelo en la organización familiar para su cuidado y cuál era el horario típico establecido para atender al paciente?**

“Lo cuidaba de día y de noche, nosotros éramos 4 mujeres 1 hombre, todos los días de la semana iba uno y lo cuidaba, a mí me tocaba los días que no tenía que venir a la universidad, y nos rotábamos en toda la semana, nos rotábamos los días que no teníamos que trabajar, había una que estaba los fines de semana y los otros estábamos en semana, aunque éramos varios no dejaba de ser agotador, porque debíamos hacernos cargo también de las cosas de la casa, como la alimentación y el aseo porque mi abuela no podía hacer todo ella sola.

La enfermedad hizo que nos uniéramos, siempre hemos sido unidos siempre hemos buscado la forma de estar unidos y todo, pero obviamente la enfermedad hizo que nos uniéramos mucho más, y la decisión se dio obviamente por necesidad porque ellos vivían solos”.

Análisis: Acorde con la investigación de Grassini (2015) se logró encontrar que los cuidadores hombre y las cuidadoras mujeres se enfrentan a desafíos significativos al manejar su emociones y las del paciente; algunos cuidadores específicos hicieron hincapié en que tienen una gran necesidad de apoyo en cuanto a las necesidades del hogar, alimentación, aseo, administración de tratamiento etc.; por otra parte los mismos cuidadores hacen un gran esfuerzo para mantenerse activos y positivos ante la adversidad del paciente.

En consonancia con lo expuesto anteriormente, se hace evidente que tanto los cuidadores hombres como mujeres enfrentan desafíos significativos en el cuidado de pacientes terminales. Este desafío no se limita únicamente a dificultades psicológicas, sino que también implica un agotamiento físico considerable. Es crucial destacar que el cuidado no se limita únicamente a velar por el bienestar absoluto del paciente, sino que también conlleva una serie de responsabilidades en el hogar, tal como señala la investigación de Grassini (2015). Estas responsabilidades incluyen tareas como la alimentación, el aseo y la administración de tratamientos al paciente, entre otras labores que se evidenciaron durante la entrevista.

En el caso específico de los cuidadores de pacientes con cáncer de pulmón, se observó que tenían la responsabilidad de distribuir tanto el cuidado del paciente como las labores domésticas. Esta situación resultaba claramente desgastante para los cuidadores, ya que debían hacer frente a múltiples demandas simultáneamente. Este panorama subraya la necesidad de reconocer y apoyar adecuadamente a los cuidadores, así como de implementar estrategias que mitiguen el impacto negativo que esta labor puede tener en su salud y bienestar.

- **¿Cómo tu abuela llevó el cuidado de tu abuelo?**

“Eso solo lo sabe ella porque ella superficialmente demostraba que le daba igual, que era super fuerte, ellos se quisieron mucho, ellos más que pareja, eran amigos, ellos se

reían por todo, se hacían chistes, se molestaban incluso el estando enfermo, ella no habla del tema con nadie hasta el sol de hoy, mi abuela no dormía bien, ella pasaba la noche entera pendiente de él, a veces descansaba pero a ratos y eso que cuando sabía que había alguien más en casa, ella nunca quiso expresar que pensaba que sentía, nada, era cayada. Ya no se veía tan alegre y chistosa como antes. Mi abuela era la cuidadora principal de mi abuelo”.

Análisis: Esto es congruente con la investigación de Martin (2020) se afirmó que el rol de cuidador es altamente estresante, asociado a síntomas depresivos y afectaciones en la salud, y que los cuidadores primarios registran síntomas comunes, como presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración.

En efecto, a partir de lo mencionado anteriormente, queda claro que el rol del cuidador primario conlleva una carga emocional y física más intensa en comparación con otros miembros de la familia o cuidadores secundarios. Esta mayor demanda se traduce en una serie de síntomas que pueden manifestarse en la salud y el bienestar del cuidador. Durante la entrevista, se pudo observar que la cuidadora primaria estaba experimentando una serie de síntomas preocupantes, que incluían la pérdida de interés en interactuar con otras personas, la presencia de sentimientos de tristeza y la dificultad para conciliar el sueño.

Estos síntomas son indicativos del impacto emocional que el papel de cuidador puede tener en la vida del individuo. La pérdida de interés en actividades sociales y la tristeza son señales de la carga emocional que conlleva la situación, mientras que los problemas para dormir pueden ser resultado del estrés y la ansiedad asociados con la responsabilidad de cuidar a un ser querido enfermo. Es importante reconocer estos

síntomas y brindar el apoyo necesario tanto al cuidador como al paciente para garantizar su bienestar físico y emocional durante este difícil proceso.

- **¿Cómo llevas la situación de tener que estudiar y ser cuidadora al mismo tiempo?**

“Teso, porque yo me sentí sola, yo digo que he sido muy social, he tenido muchas personas en mi vida, pero en el momento que yo lo necesite yo estuve completamente sola, incluso como yo me enferme a medida de todo lo que estaba pasando acá en la universidad no me daban permiso, en ese sentido fue super tesó tener que responder por la universidad, tener que responder con trabajos responder con que me estaba sintiendo super mal, tenía el mundo encima, con que me estaba sintiendo sola, aparte de todo estaba enferma, entonces todo eso afectó demasiado”.

Análisis: En congruencia con la investigación de Serrano y Ruiz (2022) los cuidadores son actores fundamentales en el escenario del dolor crónico, pues son fuente de apoyo y están expuestos a mucho estrés, el cual termina repercutiendo en su salud y bienestar psicológico. Estos cuidadores deben ser objeto de atención psicológica por diversas razones, entre ellas: prevención y manejo del agotamiento y del síndrome del cuidador fundido, síntomas o trastornos de ansiedad y depresión, ansiedad por separación y otros problemas de apego, malestar emocional intenso o soledad. Estas personas suelen desplazar o fusionar las responsabilidades cotidianas, propias de su vida personal y ocupacional, con el cuidado centrado en el paciente, lo que genera altos costos en sus relaciones familiares, de pareja, laborales y, en general, interpersonales, así como inestabilidad de sus ingresos y una alta carga de dedicación al cuidado.

Se puede apreciar que el rol de cuidador conlleva una amplia gama de dificultades que afectan la vida diaria de quien asume esta responsabilidad. Durante la entrevista, se evidenció cómo la cuidadora experimentaba una serie de desafíos que impactaban su bienestar y rutina habitual. A pesar de ser una persona muy sociable, la cuidadora se vio obligada a aislarse

completamente de su círculo social debido a las demandas familiares y al cuidado de su familiar enfermo.

Además, el impacto emocional y físico del deterioro de la salud de su familiar tuvo repercusiones directas en la salud física de la cuidadora. Esta situación se vio agravada por el aumento de sus responsabilidades, ya que además de cuidar a su abuelo, también debía atender sus compromisos universitarios, laborales y las tareas del hogar.

Este conjunto de responsabilidades abrumadoras ejercía una presión adicional sobre la cuidadora, lo que destaca la importancia de brindar un apoyo integral tanto a los pacientes como a sus cuidadores. Es fundamental reconocer y abordar estas dificultades para garantizar el bienestar y la salud mental de quienes asumen el papel de cuidador en situaciones de enfermedad terminal.

Categoría: Síntomas psicoemocionales

- **Durante el cuidado del paciente, ¿experimentaste síntomas de depresión, ansiedad o pensamientos recurrentes al irte a dormir?**

“No, porque como tenía que ser fuerte para afrontar todo nunca hubo un momento en el que yo pudiera decir que tuve la oportunidad de tirar la toalla, no, yo tengo un trastorno de ansiedad ya diagnosticado, soy histriónica, entonces en ese sentido era la necesidad de atención, de afecto, de tener a alguien, pero la verdad no lo tuve y tampoco tuve la oportunidad de tirar la toalla, La ansiedad me daba por comer, me dormía fácil, en cualquier lado me dormía. Cuando me iba a dormir era un sentimiento de ahogo de saber que va a pasar, de si hoy se va a levantar de si no se va a levantar, de cómo iba a afrontar mi primera perdida porque yo no había tenido una pérdida de nadie, y los pensamientos, yo sobre pienso absolutamente todo. Y en cuanto la ansiedad no porque como me estaba negando a sentir yo sentía que nos sentía nada yo estaba en modo automático en todo, yo por lo general no hablaba con nadie, prefería dormir”.

Análisis: En razón a la investigación de Rojas et al (2021) se identificaron diferentes estudios sobre la calidad de vida en cuidadores familiares de personas en cuidados paliativos, han identificado que esta es menor que en otras poblaciones. Por ejemplo, en cuidadores de pacientes en tratamiento activo contra el cáncer, siendo la dimensión psicológica la que tiene peores niveles de calidad de vida, lo que está relacionado con las formas de afrontamiento de la situación, la poca satisfacción con el soporte social recibido y el conocimiento sobre la progresión de la enfermedad y el final de la vida. Esto a su vez, genera en los cuidadores tristeza, dolor, agotamiento, ansiedad y problemas para dormir, desarrollando angustia psicosocial, la cual conlleva a que casi el 74% de ellos presente depresión según un estudio. Por otra parte, en una investigación de Martin et al (2020) plantean que "las problemáticas de salud a las que se enfrentan los cuidadores primarios se registran síntomas depresivos comunes, tales como presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración." (p.8)

Basándonos en investigaciones anteriores y en la entrevista realizada, se evidencia que la cuidadora no logra reconocer ciertos síntomas de ansiedad y depresión que surgieron durante el proceso de cuidado. La cuidadora menciona: "Al irme a dormir, sentía una opresión al pensar en lo que podría suceder. Sobre analizaba absolutamente todo". Este pensamiento ansioso persistió a lo largo de su labor como cuidadora.

Por otro lado, cuando menciona: "En general, prefería no hablar con nadie y simplemente dormir", se interpreta como un signo de depresión. Es común que las personas con síntomas depresivos busquen aislarse y sumergirse en su propia realidad, evitando el contacto con el exterior.

Estos relatos subrayan la importancia de reconocer y abordar tanto los síntomas de ansiedad como los de depresión que pueden surgir en los cuidadores durante el proceso de cuidado. Es esencial brindarles el apoyo necesario y proporcionarles herramientas para manejar estas emociones de manera efectiva, garantizando así su bienestar emocional mientras desempeñan su importante labor de cuidado.

Categoría: Estrategias de afrontamiento

- **¿Cómo has manejado el estrés asociado con el cuidado del paciente?**

“Sentía estrés pereza, lo liberaba llorando mucho solo llorando, todo el tiempo llore, yo era cuidándolo y llorando”.

- **¿cómo gestionaste la depresión o la tristeza?**

“Solo lloraba, todos los sentimientos que tenía los afrontaba llorando, por todo lloraba”.

- **¿cómo resolvías los problemas de sueño o los problemas alimenticios?**

“Me di cuenta de que algo estaba mal con la alimentación cuando me empezaron a decir gorda, ya me veía más cachetona los pantalones no me servían no le prestaba atención”.

- **¿Cómo manejabas los cambios que pudo la vida diaria o los hábitos?**

“Con pereza, hubo un tiempo en el que uno lo hacía por amor y por estar pendiente pero obviamente era agotador para todos.”

- **¿Como vivieron el duelo?**

“Cada una lo vivió sola”.

- **¿Buscabas apoyo en las relaciones sociales?**

“Mi mama si se sentaba hablar conmigo a explicarme la situación, pero era algo muy X me decía se sabe que está sufriendo que está doliendo, pero hay que seguir”.

- **¿Te dirigiste a la fe para sobrellevar la situación? (religión)**

“Yo oraba mucho, yo pedía que, si se lo llevaban que por favor se lo llevara rápido, el último mes yo pedía que se lo llevaran”.

- **¿Podrías describir cómo desarrollaste o fortaleciste tu resiliencia mientras cuidabas al paciente?**

“En él, no había otra forma que, en él, en pensar en cosas el que había hecho, en que él se merecía una muerte digna, en tener un acompañamiento digno en tener personas que estuvieran ahí para él, en mi misma porque estaba iniciando una nueva etapa estaba en la universidad”.

Un **análisis** exhaustivo de las estrategias de afrontamiento empleadas por la cuidadora para hacer frente a la situación revela que recurrió al desahogo a través del llanto cuando experimentaba estrés, tristeza o ansiedad. Sin embargo, optó por no buscar acompañamiento social debido a la sensación de ser juzgada y el temor de generar lástima en los demás, encontrando apoyo únicamente en su madre. Además, encontraba consuelo en el sueño y la comida, lo que resultó en un aumento de peso debido a la ansiedad constante que experimentaba.

Por otro lado, la cuidadora enfrentó el duelo por la pérdida de su abuelo de manera solitaria, sin compartir su dolor con nadie y recurriendo únicamente a la fe, no para buscar ayuda espiritual para ella misma, sino para pedir que "se lo llevaran rápido".

Si bien las estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman son herramientas valiosas para enfrentar situaciones difíciles de la vida, es importante reconocer que las estrategias

empleadas por la cuidadora, aunque útiles desde cierto punto de vista, resultaron ser poco viables para su recuperación física y psicológica. Es evidente que las estrategias de afrontamiento deben ser mejor estructuradas y complementadas con un acompañamiento profesional para garantizar una recuperación integral y sostenible.

Capítulo VI

Discusión

Es notable cómo esta investigación se vincula con estudios previos, aportando nuevas perspectivas y evidencia significativa a la discusión en este campo. Es fundamental tener presente que los objetivos de este estudio han sido alcanzados, sin embargo, es posible anticipar cómo estos objetivos podrían ser fortalecidos en futuras investigaciones, permitiendo una comprensión más profunda de lo observado hasta ahora.

La identificación de los síntomas psicoemocionales y las estrategias de afrontamiento se lograron mediante una entrevista semiestructurada realizada a una cuidadora secundaria de un paciente en cuidado paliativo por cáncer de pulmón. Es esencial mencionar que se optó por entrevistar a una cuidadora secundaria, aunque la investigación originalmente buscaba a una cuidadora primaria con la esperanza de obtener resultados más significativos. Esta "dificultad" resultó, sorprendentemente, en un beneficio, ya que permitió obtener una perspectiva poco explorada hasta ahora: la del cuidador secundario, cuya relevancia rara vez se aborda en las bases de datos convencionales.

Además, resulta esencial analizar la negación por parte de la cuidadora primaria a participar en la entrevista y su constante rechazo a recibir ayuda de cualquier tipo. Este aspecto añade una capa de complejidad al estudio, revelando la resistencia que algunos cuidadores pueden tener para buscar apoyo, lo cual puede tener importantes implicaciones en la atención y el bienestar tanto del paciente como del cuidador mismo.

Según los hallazgos de la entrevista, se logró identificar los síntomas psicoemocionales y las estrategias de afrontamiento. Se observa que los cuidadores secundarios presentan una sintomatología menos intensa en comparación con los cuidadores primarios, quienes enfrentan complicaciones más profundas, como lo plantea Martín (2020). Los cuidadores primarios enfrentan diversos problemas de salud, tales como tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa, entre otros.

Por otro lado, Tripodoro et al. (2015) sugiere que la impotencia del cuidador, influenciada por su historia genética y biográfica, es uno de los factores principales del síndrome de agotamiento. Destacan cuatro factores: la importancia de la vida y el sufrimiento del enfermo para el cuidador, la incertidumbre en el proceso de la enfermedad, la anticipación de momentos críticos y la duración de la situación de enfermedad.

Es crucial aclarar que, aunque los cuidadores secundarios experimentan síntomas similares a los de los cuidadores primarios, la carga de cuidado no recae completamente sobre ellos, lo que podría explicar una sintomatología menos severa. Sin embargo, esto no resta importancia al estudio de caso para esta investigación.

Por ello es importante resaltar que en las investigaciones encontradas en las bases de datos el cuidador secundario es nombrado, pero no existe una investigación específicamente dirigida hacia ellos, por lo cual como investigadora se recomienda que se considere replicar esta investigación teniendo en cuenta el cuidador secundario y cómo esto afecta a su vida en todos los aspectos.

A partir de la entrevista realizada, se pudo observar que la cuidadora presentaba signos de depresión por la enfermedad de su familiar, lo que detonó su ansiedad, diagnóstico realizado por un psiquiatra. Experimentó un aumento en la ingesta de alimentos, lo que resultó en un aumento de peso y una disminución en su bienestar personal. Además, se evidenció un marcado aislamiento

social debido al temor al juicio de los demás. Asimismo, presentó signos de somatización, manifestados en dolores en la columna y los senos.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, es fundamental contar con herramientas efectivas para enfrentar las dificultades de la vida. Se pudo observar que la cuidadora empleaba ciertas estrategias, como llorar en momentos de estrés, tristeza y a brumación. Sin embargo, desde una perspectiva psicológica, estas herramientas pueden no ser las más adecuadas para afrontar una situación como estas.

Por otro lado, resulta intrigante indagar y profundizar más en esta problemática para investigaciones futuras, específicamente en el papel de la mujer como cuidadora. A lo largo de esta investigación, se pudo constatar que, desde tiempos históricos, a la mujer se le ha asignado el rol de cuidar de la familia: padres, hijos, esposos y el hogar en su totalidad, especialmente cuando algún miembro de la familia no goza de bienestar físico. Es evidente que este papel persiste incluso en la actualidad, lo cual suscita un gran interés científico en comprender por qué perdura este pensamiento y, además, entender hasta qué punto puede ser perjudicial para el desarrollo del proyecto de vida de la mujer.

Como información adicional que arroja esta investigación, se destaca la importancia de poner en primer plano la salud psicoemocional del cuidador secundario. También resulta esclarecedor observar cómo, ante la falta de ayuda profesional, las personas recurren a estrategias de afrontamiento poco viables para sus vidas. Esto puede tener repercusiones significativas, ya que las heridas emocionales podrían no sanar completamente, dejando secuelas para futuros eventos difíciles en la vida. Por otro lado, es fundamental señalar que el estado no ofrece un sistema de apoyo adecuado para los cuidadores. Aunque existen programas que ofrecen asistencia psicológica, no hay alternativas efectivas para llegar a las personas y lograr que acepten la ayuda. En otras palabras, muchas personas se resisten a buscar ayuda debido al dolor que experimentan

al tener un familiar en estado de enfermedad terminal, pero no hay una metodología que facilite que acepten la ayuda, se sientan escuchadas y encuentren liberación emocional, Por tanto, como investigadora, sugiero que en futuras investigaciones se diseñe y se ejecute un plan de intervención mejor estructurado para poder llegar a estas personas de manera más efectiva.

Capítulo VII

Conclusion

Esta investigación sobre los síntomas psicoemocionales y las estrategias de afrontamiento en cuidadores de pacientes en cuidado paliativo por cáncer de pulmón ofrece una valiosa perspectiva al abordar la experiencia de una cuidadora secundaria, en contraste con los enfoques más comunes centrados en cuidadores primarios. A través de una entrevista semiestructurada, se identificaron síntomas significativos como depresión, ansiedad y somatización, destacando los desafíos emocionales que enfrentan estos cuidadores.

La investigación también destaca la resistencia que algunos cuidadores primarios muestran para buscar ayuda, lo cual subraya la importancia de desarrollar intervenciones efectivas y accesibles para mejorar el bienestar de estos individuos.

Además, se resalta la relevancia de abordar el papel de la mujer como cuidadora, analizando como los roles históricamente asignados pueden influir en su salud física y psicológica.

Este estudio no solo contribuye al conocimiento académico sobre un tema poco explorado, sino que también ofrece implicaciones prácticas importantes para mejorar la atención y el apoyo dirigido a los cuidadores en contextos similares. Los hallazgos aquí presentados tienen el potencial de impactar tanto en la práctica clínica como en las políticas de salud relacionadas con el cuidado de pacientes paliativos con cáncer de pulmón y sus cuidadores, promoviendo así una mejor calidad de vida para todos los involucrados.

Referencias bibliográficas

Albarracín, A., Cerquera, A., y Pabón, D. (2016) Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. *Revista de psicología Universidad de Antioquia*. Recuperado de: <https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v8n2a06>

Bermúdez, k. Bermúdez, W. Miranda, J. (2022) Cuidados paliativos: un procedimiento medico regulado por el ordenamiento jurídico colombiano. *Mari ingeni*. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/uniminuto/229623>

Bermúdez, K., Bermúdez, W., y Passo, J. (2022) Cuidados palitivos: un procedimiento medico regulado por el ordenamiento jurídico colombiano. *Mare Ingeni. Ingenierias*. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/uniminuto/105465>

Centro de psicología Aaron Beck. (s.f). El Doctor Aaron T. Beck. *Atención psicológica en Granada - Psicólogos*. Recuperado de: <https://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/aaron-tbeck.html#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20Teor%C3%ADa%20Cognitiva%20de,y%20los%20sentimientos%20que%20experimenta>

Chavez, V. Weiler, C. (2016) Los estudios de caso como enfoque metodológico. *Academo*. Recuperado de: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/6882/688273458012.pdf

Corredor, L., (2018) Documento: Apoyo prestado en el desarrollo y seguimiento de estrategias para el proceso de la atención integral en cuidados paliativos. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/apoyo-implemntcn-cuids-paliatvs.pdf

<file:///C:/Users/ginna/Downloads/Dialnet-SobrecargaDelCuidadorFamiliarEnColombia-9094189.pdf>

Fisioonline (2022). Psicoemocional. Recuperado de: <https://www.fisioterapia-online.com/psicoemocional-psicosomatico-que-es-causas-sintomas-diagnostico-tratamiento>

Garassini, M. (2015) Narrativas de familiares de pacientes con cáncer. *CES psicología*.
Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-30802015000200005&script=sci_arttext

Gaviria, A. Ruiz, F. Dávila, C. Bernal, G. Osorio, G. (2015) Manual de cuidado a cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes. *Minsalud*.

Recuperado de: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Manual-cuidado-al-cuidador.pdf

Gaviria, D. Moreno, S. Chaparro, L. (2023) Sobrecarga del cuidador familiar en Colombia: revisión sistemática exploratoria. *Revista Colombiana de enfermería*. Recuperado de:

Get Palliative Care. (s.f). Cáncer de pulmón y cuidados paliativos. Recuperado de:

Giraldo-Osorio A, Ruano-Ravina A, Rey-Brandariz J, Arias-Ortiz N, Candal-Pedreira C, Pérez-Ríos M. (2022) Tendencias en la mortalidad por cáncer de pulmón en Colombia, 1985-2018. *PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*. Recuperado de: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56435/v46e1272022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Historia de la terapia cognitivo conductual. (s.f). Recuperado de:

<https://ananeuropsicologia.com/como-el-enfoque-cognitivo-conductual-y-sistemico-pueden-ayudarte-a-mejorar-tu-bienestar>

[emocional/#:~:text=El%20enfoque%20cognitivo%20conductual%20es,de%20sus%20pensamientos%20y%20emociones.](#)

<https://getpalliativecare.org/es/whatis/disease-types/lung-cancer-palliative-care/>

<https://psicouned.com/apuntes/tecnicas-intervencion-cc/historia-terapia-cognitivo-conductual/>

<https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/72-31/9663>

León, R., Mártir, E., Torres, Y., Sánchez, K., y Gutiérrez, T. (2020) Dependencia percibida y síntomas depresivos en cuidadores primarios informales de personas con enfermedades no transmisibles. Revista ciencias UAT. Recuperado de:

<https://revistaciencia.uat.edu.mx/index.php/CienciaUAT/article/view/1386>

Martin, I. (2020) Los cuidados paliativos un estudio jurídico. *Bioética para pensar*.

Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/uniminuto/129608?page=86>

Martin, J., Mejías, R., (2018) Cuidados paliativos. *ICB editores*. Recuperado de:

<https://elibro.net/es/ereader/uniminuto/105465>

Medina, D. (s.f) ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN. *MDM psicología clínica*. Recuperado de:

<https://www.mdmpsicologiaclinica.com/2020/06/02/estrategias-de-afrontamiento/>

Moreira de Souza, R. Turrini, RNT. (2011) PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL: SOBRECARGA DEL CUIDADOR. Enfermería global. Recuperado de: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/administracion2.pdf>

Moreno, N. Ruiz, F. (2022) Medicina del dolor y cuidado paliativo. *Editorial Universidad del Rosario*. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/uniminuto/219875>

Moreno, N., Serrano, F., (2022) Medicina del dolor y cuidados cuidados paliativos. *Editores académicos Universidad del Rosario*. Recuperado de:

<https://elibro.net/es/ereader/uniminuto/219875>

Ortega, C. (s.f) Que es un estudio trasversal. *Question pro*. Recuperado de:

<https://www.questionpro.com/blog/es/estudio-transversal/>

Prieto, A. Leguía, L. Gonzales, Y. (2022) Apoyo social y carga del cuidador del paciente con cáncer: revisión sistemática. *Universidad Francisco de Paula*. Recuperado de:

<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3104/4160>

Ramírez, B. (s.f) Psicólogo Aaron T. Beck, desarrollo de la terapia cognitivo conductual. *Instituto de psicoterapias avanzadas*. Recuperado de: <https://www.psicologosmadrid-ipsia.com/psicologo-aaron-t-beck-desarrollo-de-la-terapia-cognitiva/#:~:text=Los%20pioneros%20en%20la%20terapia,de%20terapia%20%E2%80%9CTerapia%20Cognitiva%E2%80%9D>.

Rogero, J. (2010) Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Índex de enfermería*. Recuperado de:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010

Romero, A. (s.f). Recuperado de:

Salazar, A., Cardozo, Y., y Escobar, C. (2020) Carga de cuidado de los cuidadores familiares y nivel de dependencia de su familiar. *Revista Pontificia Bolivariana*. Recuperado de:

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.cccf>

Sánchez, I. (2020). Los cuidados paliativos: un estudio jurídico: (ed.). Madrid, Dykinson. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uniminuto/129608?page=1>.

Tobar, B. (2022) La teoría racional emotiva de Ellis. *Psyntesis Psicología*. Recuperado de: <https://psyntesispsicologia.es/la-teoria-racional-emotiva-de-ellis>

Torres, A. Carreño, M. Díaz, C. (2024). [29]Experiencia de los cuidadores informales en Colombia: Revisión sistemática y meta síntesis. *Universidad y salud*. Recuperado de:

Tripodoro, V., Veloso, V., y Llanos, V. (2015) Sobre carga del cuidador principal de pacientes paliativos. *Facultad de Buenos Aires*. Recuperado de: [file:///C:/Users/ginna/Downloads/Dialnet-SobrecargaDelCuidadorPrincipalDePacientesEnCuidado-6154357%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ginna/Downloads/Dialnet-SobrecargaDelCuidadorPrincipalDePacientesEnCuidado-6154357%20(1).pdf)

Zamalillo, N. (2023) Marcos interpretativos de la vulnerabilidad de la persona cuidadora. *Ediciones Universidad Cantabria*. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/uniminuto/233639>