



*Universidad Nacional de Loja*  
*Facultad de la Salud Humana*  
*Carrera de Enfermería*

**TÍTULO**

**IMPACTO EMOCIONAL EN CUIDADORES  
DE NIÑOS CON CÁNCER EN EL HOSPITAL  
ONCOLÓGICO SOLCA-LOJA 2016-2017**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADO EN  
ENFERMERÍA

**AUTOR:**

Jenner Alexander Matute Salazar

**DIRECTORA**

Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila. Mg.Sc.

**LOJA - ECUADOR**

**2017**

## CERTIFICACIÓN

Yo, Jenner Alexander Matute Salazar, declaro ser autor del presente Trabajo de Investigación y como expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

**DIRECTORA DE TESIS**

### CERTIFICA:

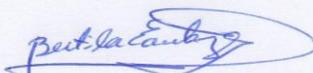
Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la

Haber dirigido y revisado el presente trabajo de investigación titulado: **“IMPACTO EMOCIONAL EN CUIDADORES DE NIÑOS CON CÁNCER EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA-LOJA 2016-2017”**, de autoría del Sr. Jenner Alexander Matute Salazar, estudiante de la Carrera de Enfermería, la misma que cumple con los requisitos reglamentarios. Por consiguiente autorizo su presentación y sustentación.

Loja, 24 de Mayo del 2017

Celular: 110569467-1

Fecha: 24 de Mayo del 2017



.....  
Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg.Sc.

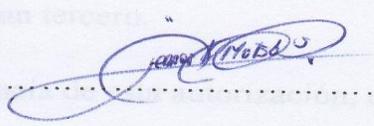
**DIRECTORA DE TESIS**

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Jenner Alexander Matute Salazar, declaro ser autor del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual

**Autor:** Jenner Alexander Matute Salazar

**Firma:** .....  ..... Loja a los 24 días del mes de Mayo

**Cedula:** 110569467-1

**Fecha:** 24 de Mayo del 2017

**Nombre:** Jenner Alexander Matute Salazar

**Cedula:** 1105694671

**Dirección:** Cdla. Esteban Godoy

**Correo Electrónico:** alexanderitauro14@hotmail.com

**Teléfono:** 0994048639

### COMISIÓN COMPLEMENTARIOS

**Procedura de tesis:** Lic. Bertila Mariana Tandazo Agila, Mg. Sc.

**Asesor:** Lic. Dolores Magdalena Villacis Costas, Mg. Sc.

**Asesor Vocal:** Lic. Grace del Pilar Cambizaca Mora, Mg. Sc.

**Asesor Vocal:** Lic. Ana Roció Granda Sarango, Mg. Sc.

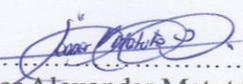
## CARTA DE AUTORIZACIÓN.

Yo, Jenner Alexander Matute Salazar, declaro ser autora de la tesis titulada “**IMPACTO EMOCIONAL EN CUIDADORES DE NIÑOS CON CÁNCER EN EL HOSPITAL OCOLÓGICO SOLCA-LOJA 2016-2017**”, como requisito para optar el grado de Licenciado en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información de país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio y copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 24 días del mes de Mayo del dos mil diez y siete, firma el autor.

Firma:  .....

**Autora:** Jenner Alexander Matute Salazar

**Cedula:** T105694671

**Dirección:** Cdla. Esteban Godoy

**Correo Electrónico:** [alexandertauro14@hotmail.com](mailto:alexandertauro14@hotmail.com)

**Celular:** 0994048639

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Directora de tesis:** Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

**Tribunal de grado**

**Presidente:** Lic. Dolores Magdalena Villacis Cosios, Mg. Sc.

**Primer Vocal:** Lic. Grace del Pilar Cambizaca Mora, Mg. Sc.

**Segundo Vocal:** Lic. Ana Roció Granda Sarango, Mg. Sc.

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a Dios, que me permitió culminar mi primera carrera universitaria y a comprender que el perfeccionamiento se logra a través de la superación personal, con humildad y sacrificio; a la persistencia y dedicación de mis padres, por su apoyo, consejos, comprensión, amor y ayuda en todos los momentos de mi vida y por apoyarme con los recursos necesarios para estudiar.

A mis hermanos por estar siempre junto a mí, acompañándome y apoyándome para poder realizarme profesionalmente.

A mi directora de tesis Mg. Bertila Maruja Tandazo Agila, por su dedicación, colaboración y tolerancia que Dios le de toda la sabiduría para que siga educando a las futuras generaciones.

A todas las personas que estuvieron de una u otra forma cerca de mí apoyándome y brindándome su colaboración y comprensión.

Jenner Alexander Matute Salazar

**Autor**

## **AGRADECIMIENTO**

Culminado el presente trabajo de investigación dejo constancia de mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, Área de La Salud Humana, Carrera de Enfermería; a sus dignas autoridades y docentes, que desinteresadamente impartieron sus conocimientos que sirvieron de guía en mi formación profesional, de manera especial a la Mg. Bertila Maruja Tandazo Águila Directora de Tesis, quien jugó un papel fundamental en el desarrollo del presente trabajo de investigación, ya que con su confianza, paciencia y con sobra de conocimientos supo asesorarme en el desarrollo y culminación del trabajo.

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, y como no agradecer a mis padres, hermanos y amigos, quienes me brindaron su apoyo incondicional y simplemente porque sin ellos no hubiera sido posible acariciar la ilusión de cumplir mis sueños.

Al personal de salud que labora en el Hospital Oncológico Solca de la ciudad de Loja, por su predisposición y colaboración activa para que se pueda llevar acabo esta investigación.

Jenner Alexander Matute Salazar

**Autor**

## ÍNDICE

<b>CONTENIDOS</b>	<b>Págs</b>
Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización de tesis	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
1. Título	1
2. Resumen	2
3. Introducción	4
4. Revisión de literatura	6
a. Plan Nacional del Buen Vivir	6
b. Modelo de Atención Integral de Salud	7
c. Emociones	9-12
d. Emociones Positivas	13-15
e. Emociones Negativas	15-18
f. Inteligencia Emocional	18-19
g. Incidencia del Cáncer Infantil	19-20

h. Aceptación del tratamiento contra el Cáncer	20-22
5. Materiales y Métodos	23-24
6. Resultados	25-27
7. Discusión	28-29
8. Conclusiones	30
9. Recomendaciones	31
10. Bibliografía	32-33
11. Anexos	34-38

**1. TITULO**

IMPACTO EMOCIONAL EN CUIDADORES DE NIÑOS CON CÁNCER EN EL  
HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA-LOJA 2016-2017

## 2. RESUMEN

El desequilibrio emocional es una afección comórbida, un síndrome que además de incapacitar afecta aproximadamente de 15 a 25% de los pacientes con cáncer. El presente trabajo de investigaciones de tipo descriptivo, el mismo se realizó con la finalidad de determinar el impacto emocional en los cuidadores de niños con cáncer, se sabe que el tener a cargo a un niño con este diagnóstico despierta mucha despersonalización en el cuidador creando ideas erróneas y generando emociones negativas entorno al pronóstico de la enfermedad. Es por ello que se busca identificar las emociones negativas y emociones positivas que se generan en el cuidador. El mismo que se logró con la aplicación de un test que lo que busca es conocer qué tipo de emociones genera en mayor grado el cuidador describiendo múltiples de las mismas. Como resultado se obtuvo que el 85.5% de cuidadores encuestados corresponden al sexo femenino las mismas que están en un rango etario de 41 a 50 años, además de esto las emociones negativas que prevalecieron fueron la ansiedad con un 3,27%, el miedo con un 4,73% y la culpa con un 4,18% las mismas que aparecieron en gran medida durante la fase de diagnóstico; una vez explicado el tratamiento y ya tomando del mismo, se generaron más emociones positivas dentro de las cuales predominan el amor con el 8,0%, la inspiración con el 7,64%, orgullo 6,0%, la alegría con el 5,27% y el agradecimiento con el 4,91%. Dado esto se puede afirmar que la mayor parte de preguntas analizadas corresponden a la generación de emociones positivas, esto frente a las emociones negativas que se generan en menor proporción.

### **Palabras clave**

Escala de Fridrickson, Emociones Negativas, Emociones Positivas, Tratamiento Antineoplásico.

## Summary

Emotional imbalance is a comorbid condition, a syndrome that in addition of incapacitating approximately affects from 15 to 25% of cancer patients. The present research work is descriptive, which it was done in order to determine the emotional impact on children's caregivers with cancer, it is known that having a child with this diagnosis wakes up a lot of depersonalization in the caregiver creating wrong ideas and generating negative emotions around the prognosis of the disease. For this reason it seeks itself to identify the negative and positive emotions that are generated in the caregiver. The same that was achieved with the application of a test that seeks to know what type of emotions generates to a greater degree the caregiver describing multiple of them. As a result it was obtained itself that 85.5% of caregivers surveyed belong to female sex who are in an age range from 41 to 50 years, .in addition to this the negative emotions that prevailed were anxiety with 3.27%, fear with 4.73 and guilt with 4.18% the same ones that appeared to a great measurement during the diagnostic phase. Once the treatment was explained and already taken, more positive emotions were generated within which love predominated with 8.0%, inspiration with 7.64%, pride 6.0%, joy with 5.27% and gratitude with 4.91%. Given this, it can be affirmed that most of the generated questions correspond to the generation of positive emotions, this in front of the negative emotions that are generated in smaller proportion.

### Key words

Fridrickson scale, negative emotions, positive emotions, antineoplastic treatment

### 3. INTRODUCCIÓN

Es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer en diferentes partes del cuerpo, por esta razón el tener un hijo al cual se le ha diagnosticado cáncer causa un gran impacto emocional, con sentimientos de culpa, incertidumbre, de soledad y de pérdida sobre el control de sus vidas. Es una situación de crisis que introduce cambios radicales y repentinos en el contexto físico, social y en la comunicación familiar. Para el cuidador que en su gran mayoría son mujeres, representa una carga considerable de trabajo desatendiendo sus propias necesidades, aumentando el cansancio y haciendo la situación más difícil (De la Huerta, Corona, & Méndez, 2010).

Para la persona que cuidada del niño con cáncer, el temor a la muerte representa una de las alteración más frecuentes sobre los planes de vida a esto se le añaden los cambios en la imagen corporal, autoestima, los cambios en el rol social y en el estilo de vida, así como las preocupaciones económicas y legales, que son asuntos importantes en la vida de cualquier persona que cuidada de algún miembro de familia con cáncer y, aun así, no todos los que están diagnosticados con cáncer experimentan depresión grave o ansiedad (Henriksson MM, 2014).

La Sociedad Latinoamericana de Lucha contra el Cáncer, en el 2013, manifiesta: La mayoría de los pacientes, familiares y personas al cuidado de un ser querido, presentan algún grado de depresión, angustia y miedo. Estos sentimientos son reacciones normales ante una experiencia que altera la vida de las personas.

En las personas con cáncer, estos sentimientos pueden ser causados por muchos factores, incluyendo cambios en la capacidad de desempeñar sus funciones en la familia o el trabajo. Podría ser que sienta aflicción por las pérdidas y los cambios que el cáncer ha impuesto en su vida. Podría sentir miedo a la muerte, al sufrimiento, al dolor o a todas las cosas desconocidas que podrían acontecer (Sociedad Latinoamericana de lucha contra el Cancer, 2013).

Para las personas afectadas representa una ruptura brusca en la vida cotidiana, lo que conduce a un proceso de despersonalización, donde el yo-persona es reemplazado por el yo-cáncer. Este proceso está condicionado por el tipo de tumor, la edad, la gravedad de la enfermedad y el grado de apoyo familiar, social y psicológico del entorno del enfermo.

No cabe ninguna duda que la importante alteración emocional está ligado al daño orgánico producido por la enfermedad y a que, posiblemente los tratamientos son muy intensivos, largos e intrusivos y requieren continuas visitas hospitalarias y numerosos cuidados en el hogar (Díaz, 2010).

Con respecto a los padres, estos al escuchar el diagnóstico de la enfermedad de sus hijos pueden experimentar múltiples sentimientos, ya que es una de las fases más estresantes de la enfermedad, ya que ningún padre se encuentra preparado para escuchar que su hijo tiene cáncer. En pocos minutos deben asimilar una gran cantidad de información acerca del diagnóstico y del tratamiento.

Es muy importante por ello que el personal de Enfermería establezca una buena relación con los padres del niño, con el objetivo de establecer un vínculo que posibilite el trabajo posterior (De la Huerta, Corona, & Méndez, 2010).

Así, considerando el gran papel que debe asumir el Cuidador de un niño oncológico, el presente estudio girará en torno a ellos, buscando visualizar como vive la experiencia desde el comienzo en que recibe el diagnóstico médico de su hijo y durante la fase de tratamiento, además comprender la experiencia de cuidar de un niño con cáncer, determinando el impacto emocional generado en estos momentos de la enfermedad y de la misma manera sus emociones positivas y negativas, ya que esto es fundamental para poseer las condiciones que ese cuidado requiere. Esta comprensión puede entregar los elementos para dirigir con precisión las acciones de apoyo y de soporte hacia ellos, considerados como personas y sujetos activos en ese proceso.

#### **4. REVISION LITERARIA**

##### ***PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR.***

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 en su objetivo 3 manifiesta “*Mejorar la Calidad de Vida de la Población*”, población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

La vida digna requiere acceso universal y permanente a bienes superiores, así como la promoción del ambiente adecuado para alcanzar las metas personales y colectivas. La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerequisite para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales.

La Constitución, en el artículo 66, establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”. Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo.

Entre los derechos para mejorar la calidad de vida se incluyen el acceso al agua y a la alimentación (art. 12), a vivir en un ambiente sano (art. 14), a un hábitat seguro y saludable, a una vivienda digna con independencia de la situación social y económica (art. 30), al ejercicio del derecho a la ciudad (art. 31) y a la salud (art. 32).

La calidad de vida se enmarca en el régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución, dentro del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (art. 340), para la garantía de servicios sociales de calidad en los ámbitos de salud, cultura física y tiempo libre, hábitat y vivienda, transporte y gestión de riesgos.

Dentro de las políticas que se plantea en el plan del buen vivir, se observan las siguientes:

Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, ampliando los servicios de prevención y promoción de la salud y así mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas de igual manera se garantizara la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.

Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud garantizando el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas.

De igual forma el promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas fomentando el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población propiciando condiciones adecuadas para el acceso a un hábitat seguro e incluyente.

Garantizar el acceso a una vivienda adecuada, segura y digna conjuntamente con el acceso universal, permanente, sostenible y con calidad a agua segura y a servicios básicos de saneamiento, con pertinencia territorial, ambiental, social y cultural vigilando la protección integral del patrimonio cultural y natural y de la ciudadanía ante las amenazas y riesgos de origen natural o antrópico.

Se garantizara el acceso a servicios de transporte y movilidad incluyentes, seguros y sustentables a nivel local e internacional.

## ***MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD***

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) es un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas enfocadas en la salud Familiar, Comunitaria e Intercultural que complementándose, organiza y descongestiona el Sistema Nacional de Salud, permitiendo la integralidad de los tres niveles de atención en la red de salud.

En resumen, sustenta e incorpora la estrategia de la APS (Atención Primaria en Salud) renovada que en la práctica, garantiza la atención para satisfacer las necesidades de salud.

El MAIS define la interacción de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades y problemas de la comunidad. Los objetivos que persigue este modelo son cinco:

- 1.- Reorientar los servicios de salud del enfoque curativo hacia un enfoque centrado en la promoción y cuidado integral de la salud, garantizado una respuesta en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos.
- 2.- Implementar estrategias para el desarrollo y la gestión del talento humano a través de procesos de capacitación continua, la carrera sanitaria y la formación en los servicios.
- 3.- Organizar los servicios del sector público conforme los estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública.
- 4.- Organizar el Sistema Único de Información en Salud en Coordinación con Sistema Común de Información del Ministerio de Salud Pública.
- 5.- Fortalecer la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados (Ministerio de Salud Pública, 2012).

## **EMOCIONES**

Habitualmente se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Este planteamiento coincide con el modelo tridimensional de la ansiedad propuesto por Lang en 1968. Para entender la emoción es conveniente atender a estas tres dimensiones por las que se manifiesta, teniendo en cuenta que, al igual que en el caso de la ansiedad, suele aparecer desincronía entre los tres sistemas de respuesta. Además, cada una de estas dimensiones puede adquirir especial relevancia en una emoción en concreto, en una persona en particular, o ante una situación determinada. En muchas ocasiones, las diferencias entre los distintos modelos teóricos de la emoción se deben únicamente al papel que otorgan a cada una de las dimensiones que hemos mencionado.

Cualquier proceso psicológico conlleva una experiencia emocional de mayor o menor intensidad y de diferente cualidad. Podemos convenir que la reacción emocional (de diversa cualidad y magnitud) es algo omnipresente a todo proceso psicológico (Montañés, 2009).

Así mismo los Autores Joaquim Limonero y David Casacuberta en el 2011, manifiestan que las emociones están presentes en la vida de todas las personas, prácticamente en todo lo que hacemos. Estamos con un amigo porque nos sentimos a gusto con él, visitamos a nuestros abuelos porque les queremos, y vamos el fin de semana a la playa con ánimo de pasarlo bien. Nos enfadamos cuando no nos salen bien las cosas y nos alegramos y estamos satisfechos cuando tenemos éxito en lo que nos hemos propuesto. Tenemos miedo a volar en avión o a ir a la consulta del dentista. Nos sentimos afligidos y doloridos cuando muere un familiar, o alegres cuando la persona que nos atrae nos corresponde. Hay días que podemos trabajar o estudiar con interés y entusiasmo y otros que sólo sentimos pereza o fastidio. Estas y otras situaciones de la vida cotidiana ponen de manifiesto la influencia que las emociones ejercen en nuestras vidas. Podemos afirmar que las emociones son inherentes a la propia condición humana y que, en gran medida, determinan su existencia.

No obstante, a pesar de su presencia continuada en nuestras vidas, resulta muy difícil poder realizar una definición precisa de un fenómeno tan complejo como son las emociones. De hecho las definiciones han dependido de la posición teórica de los investigadores que se han

dedicado a su estudio. De allí que, por ejemplo, desde una perspectiva biológica, los pseudocientíficos hayan subrayado la importancia de los mecanismos cerebrales o hormonales, como los neurotransmisores implicados en la emoción, sin tener tanto en cuenta el componente subjetivo-experiencial. O bien, desde una perspectiva cognitiva, se haya enfatizado la importancia de los procesos cognitivos (evaluación, pensamiento) y hayan dejado de lado los aspectos fisiológicos y conductuales; mientras que, por ejemplo, los investigadores que se han centrado en los aspectos expresivos de la emoción, en particular las expresiones faciales, hayan resaltado los aspectos comunicativos de éstas, y hayan dejado en un segundo plano otros aspectos (Limonero & Casacuberta, 2010).

Desde el advenimiento de la psicología científica ha habido sucesivos intentos por analizar la emoción en sus componentes principales que permitieran tanto su clasificación, como la distinción entre las mismas. Quizá la más conocida sea la de teoría tridimensional del sentimiento de Wundt (1896), que defiende que éstos se pueden analizar en función de tres dimensiones: agrado-desagrado; tensión-relajación y excitación-calma (Montañés, 2009).

Ante esta diversidad de puntos de vista sobre las emociones es posible optar por una descripción general teniendo en cuenta los componentes o sistemas de respuestas que intervienen. En este sentido se puede afirmar que las emociones son respuestas a estímulos significativos que se producen en tres sistemas o componentes: 1. El neurofisiológico – bioquímico, 2. El motor o conductual (expresivo) y 3. El cognitivo o experiencial (Flores, 2010).

Cuando se describen las emociones se suelen proponer otros conceptos cuyos significados, por su proximidad semántica, pueden llevar a confusiones. Es el caso de las ideas de afecto, estado de ánimo, temperamento y sentimiento, las cuales intentaremos definir a continuación.

*Afecto* es el término que se utiliza para describir el tono hedónico o valencia de un estado emocional, es decir, su cualidad positiva –agradable– o negativa –desagradable– y su intensidad, que puede ser alta o baja. En este sentido, el afecto está relacionado con la preferencia, con el valor que tienen para el sujeto las diferentes situaciones a las cuales se enfrenta.

*Los estados de ánimo*, a diferencia de las emociones, no tienen especificidad, tienen carácter global y no tienen un objeto específico. En cambio las emociones son intencionales, se dirigen hacia algún objeto o hecho, que puede ser externo o interno, que las provoca. Es decir, son reacciones específicas a acontecimientos particulares. Los estados de ánimo suelen durar más tiempo que las emociones y ser menos intensos; están siempre en nuestra vida y proporcionan el fondo afectivo, el “color emocional” a todo lo que hacemos.

*El temperamento* estaría formado por el conjunto de rasgos o diferencias individuales características, estables durante largos períodos de tiempo, en relación a las maneras en las que las personas experimentan y expresan sus emociones. En otras palabras, sería la tendencia a responder emocionalmente de una manera particular.

*El sentimiento* se utiliza para explicar las propensiones o inclinaciones que tienen las personas para responder de manera emocional bien delante de objetos particulares o delante de cierto tipo de circunstancias. Así, por ejemplo, expresiones como “odio a los gatos” o “me gusta el fútbol” serían representativas de este fenómeno emocional, de la misma manera lo serían las actitudes desfavorables hacia los VIH positivo. En este sentido, el amor o el odio serían entendidos más como sentimientos que como emociones. Las dos palabras se refieren más a maneras de ver y tratar a un objeto, que a una respuesta momentánea. De todas formas, los sentimientos y las emociones estarían estrechamente relacionados. Los sentimientos son las bases para las emociones (Limonero & Casacuberta, 2010).

Montañez en el 2009, en su investigación, entorno a la función de las emociones expresa lo siguiente:

Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal.

La emoción tiene tres funciones principales: a. Funciones adaptativas b. Funciones sociales c. Funciones motivacionales.

***Función adaptativa.***

Quizá una de las funciones más importantes de la emoción sea la de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizandando la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado. Se destaca ocho funciones principales de las emociones y aboga por establecer un lenguaje funcional que identifique cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que le corresponde.

De esta manera será más fácil operativizar este proceso y poder aplicar convenientemente el método experimental para la investigación en la emoción. La correspondencia entre la emoción y su función se refleja en el anexo número 4.

### ***Función social.***

Puesto que una de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal. Se destaca varias funciones sociales de las emociones, como son las de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial. Emociones como la felicidad favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que la ira pueden generar repuestas de evitación o de confrontación. De cualquier manera, la expresión de las emociones puede considerarse como una serie de estímulos discriminativos que facilitan la realización de las conductas apropiadas por parte de los demás.

### ***Función motivacional.***

La relación entre emoción y motivación es íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada. Una conducta "cargada" emocionalmente se realiza de forma más vigorosa. Como hemos comentado, la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así, la cólera facilita las reacciones defensivas, la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos, etc. Por otro, dirige la

conducta, en el sentido que facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características de la emoción.

### **Las emociones positivas**

Las emociones positivas ayudan a construir un conjunto de recursos personales (físicos, intelectuales y sociales) que el individuo puede aprovechar posteriormente para afrontar una dificultad, escogiendo opciones más creativas.

Según el modelo de Fredrickson, hay tres efectos secuenciales de las emociones positivas:

- **Ampliación:** las emociones positivas amplían las tendencias de pensamiento y acción.
- **Construcción:** debido a la ampliación, se favorece la construcción de recursos personales para afrontar situaciones difíciles o problemáticas.
- **Transformación:** esta construcción produce la transformación de la persona, que se torna más creativa, muestra un conocimiento más profundo de las situaciones, es más resistente a las dificultades y socialmente mejor integrado, con lo que llega a una “espiral ascendente” que lleva a que se experimenten nuevas emociones positivas.

A continuación se describen las 10 Emociones Positivas que Barbara Fredrickson ha estudiado y recopilado información no solo a través de la observación y encuestas sino también en mediciones fisiológicas ante ciertos estímulos en sujetos de control:

- *Alegría.*

Hay muchas fuentes que te pueden hacer sentir alegría, como el regalo sorpresa de un amigo muy querido, un reconocimiento público, sacarte un carro en la lotería, una cena con tus amigos, entre otros. La alegría se experimenta como radiante y ligera, los colores parecen más vivos, caminas con fuerza, tu cara se ilumina con una sonrisa y un brillo interior. No quieres perderte ni un solo detalle.

- *Gratitud.*

La gratitud llega cuando agradecemos algo que ha venido a nuestro encuentro como un regalo. Abre tu corazón y genera el impulso de corresponder, hacer algo bueno a cambio,

ya sea por la persona que te ayudó o por alguien más. La gratitud tiene una cara opuesta, la sensación de estar en deuda. Si sientes que tienes que pagarle a alguien, no te sientes agradecido, sino en deuda, y esto genera una sensación desagradable. La gratitud es una sensación verdaderamente encantadora, una mezcla de alegría y agradecimiento; no sigue ninguna regla, es sincera e improvisada

- *Serenidad.*

Es cuando sueltas ese largo suspiro porque estás en una situación de lo más agradable y adecuada; por ejemplo, pasearte en la playa o meterte en la cama. La serenidad es la emoción luminiscente y suele venir después de otras formas de positividad, como la alegría y el orgullo.

- *Interés.*

Algo nuevo y distinto llama tu atención, una sensación de posibilidad o misterio. El interés requiere esfuerzo y atención. Sientes un impulso de explorar y sumergirte en lo que acabas de descubrir, detectas retos que te permiten fortalecer tus habilidades.

- *Esperanza.*

Aparece cuando estás en una situación desesperada, no te está yendo bien o tienes muy poca certeza acerca de cómo saldrán las cosas. La esperanza te sostiene, te impide rendirte a la desesperación, y te motiva a aprovechar tus propias capacidades e ingenio. Gracias a la esperanza encontramos la energía necesaria para hacer todo lo posible por forjarnos una buena vida para nosotros mismos y quienes nos rodean.

- *Orgullo.*

Es una de las llamadas emociones cohibidas, tiene dos sentimientos opuestos: la vergüenza y la culpa. El orgullo florece tras un logro en el que has invertido esfuerzos y capacidades, y has tenido éxito. Despierta sueños de éxitos futuros, y de esta manera alimenta la motivación a seguir teniendo éxito.

- *Diversión.*

Implica el impulso de reírse y compartir la jovialidad con otros ante situaciones que resultan divertidas. La diversión es un hecho social.

- *Inspiración.*

Cautiva nuestra atención, reconforta nuestro corazón y nos involucra. Crea el impulso de dar lo mejor de nosotros mismos. Su antítesis es la envidia. Algunos ejemplos de inspiración podrían ser: escuchar una sinfonía de Beethoven, leer una obra literaria premiada o ver jugar a un campeón de un deporte.

- *Asombro.*

Es una inspiración abrumadora, como observar un atardecer en el mar, oír las olas chocando contra el acantilado o una caída de agua.

- *Amor.*

Es la integración de todas las emociones positivas anteriores. El contexto transforma todas las formas de positividad en amor, despierta una relación segura y abierta. La positividad, ya sea que se presente como cualquiera de las emociones positivas anteriormente descritas, amplía nuestra mente y expande nuestro campo de posibilidades, nos ofrece un nuevo panorama para enfrentar la vida(Fredrickson & Joiner, 2011).

### **Las emociones negativas**

El miedo-ansiedad, la ira, la tristeza-depresión y el asco son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica. Las tres primeras son las emociones más estudiadas en relación con el proceso salud-enfermedad.

Estas reacciones tienen una función preparatoria para que las personas puedan dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente, por lo que se consideran respuestas eminentemente adaptativas para el individuo. Sin embargo, en ocasiones encontramos que

algunas de ellas pueden transformarse en patológicas en algunos individuos, en ciertas situaciones, debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad, adecuación al contexto, etc.

A pesar de la pujante aparición de la psicología positiva en los últimos años, el estudio de las “emociones negativas”, miedo-ansiedad, ira y tristeza-depresión, tuvo durante todo el siglo XX, y sigue teniendo, mucha fuerza en la investigación psicológica. También añadimos el asco, que en los últimos 15-20 años ha sido objeto de interés por parte de la comunidad científica. Un concepto relacionado es el de afectividad negativa, que puede ser entendida como un estado emocional transitorio o como una diferencia persistente en el nivel general de afectividad. La afectividad negativa es un rasgo que refleja la tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y de situaciones. Este rasgo se solapa con la ansiedad, incluyendo sentimientos subjetivos de tensión, preocupación, ansiedad, ira y tristeza.

- *Ira*

La ira es considerada una emoción negativa por la mayoría de los teóricos de la emoción. Esta emoción puede ser concebida atendiendo a tres tipos de definiciones de la valencia emocional, es decir, las emociones se pueden entender como positivas o negativas en base a: 1) las condiciones que evocan la emoción, 2) las consecuencias adaptativas de la emoción o 3) la experiencia subjetiva de la emoción.

- *Vergüenza.*

La vergüenza es una emoción que implica considerarse a sí mismo de un modo negativo a través de los ojos de los demás y puede ser el desencadenante de diversos problemas psicológicos. Cuando una persona siente vergüenza, piensa que hay algo malo en ella como persona; es decir, se centra en sí misma más que en su comportamiento y se siente expuesta, sin valor, defectuosa, impotente o fracasada.

Puede darse a diversos niveles. En su nivel más leve estaría el azoramiento normal que puede sentir una persona ante un pequeño error y que con frecuencia afrontamos riéndonos de nosotros mismos, como un tropezón al caminar.

- *Desprecio.*

El desprecio sólo se relaciona con las experiencias o acciones de las personas, no involucra sabores, olores o el sentir algo mediante el tacto. Es desaprobación a una persona o sus acciones, te sientes superior (por lo general moralmente) a ellas. Te sientes ofendido, pero necesitas necesariamente alejarte de la acción, como cuando sientes asco.

- *Asco*

El asco es una de las reacciones emocionales en las que las sensaciones fisiológicas son más poderosas. Esta reacción emocional suele darse ante estímulos desagradables (químicos, fundamentalmente) que son potencialmente peligrosos o molestos. Suele ser muy proclive a los condicionamientos aversivos, siendo los estímulos condicionados mayoritariamente olfativos o gustativos. La actividad fisiológica típica de esta emoción suele ser el aumento en la reactividad gastrointestinal y la tensión muscular.

- *Odio*

El odio es un sentimiento de profunda antipatía, disgusto, aversión, enemistad o repulsión hacia una persona, cosa, o fenómeno, así como el deseo de evitar, limitar o destruir a su objetivo. El odio es una intensa sensación de desagrado. Se puede presentar en una amplia variedad de contextos, desde el odio a intervenciones farmacológicas, al odio de uno mismo u otras personas, grupos enteros de personas, la gente en general, la existencia, la sociedad, o todo. Aunque no siempre, el odio a menudo se asocia con sentimientos de enojo.

- *Tristeza*

Tradicionalmente se la ha considerado como una de las emociones desagradables, aunque no siempre se puede decir que es negativa. Sobre ella existe gran variabilidad cultural, e incluso algunas culturas no poseen palabras para definirla. No obstante, la tristeza-depresión, al igual que cualquier otra emoción, tiene una función genética adaptativa para recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar “energía” para poder hacer frente a siguientes procesos de adaptación.

- *Miedo*

El miedo y la ansiedad son las emociones que han generado mayor cantidad de investigación y sobre las que se ha desarrollado un arsenal de técnicas de intervención mayor desde todas las orientaciones teóricas psicológicas. La expresión patológica del miedo son los trastornos por ansiedad, que están relacionados con una respuesta de ansiedad desproporcionada e irracional ante un peligro inexistente. Es una de las reacciones que produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos.

- *Ansiedad.*

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida. En este sentido podemos considerar a la ansiedad como una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico (Fredrickson, Psychology, 2011).

### **La inteligencia emocional**

Goleman en 2012 define la inteligencia emocional como: “La capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones”, identificando las propias emociones y regulándolas de forma apropiada. Se debe tener en cuenta las habilidades para reconocer lo que los demás están pensando y sintiendo, tales como las habilidades sociales, empatía, asertividad, comunicación no verbal, entre otras.

#### *Componentes*

##### *Conciencia emocional de uno mismo.*

Ser consciente de nuestros estados de ánimo, y los pensamientos que tenemos acerca de esos estados de ánimo.

##### *Autocontrol emocional.*

Capacidad para manejar las emociones de forma apropiada, teniendo buenas estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes, capacidad de autogenerarse emociones positivas.

#### *Competencia social.*

Es la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas, lo que implica habilidades sociales, capacidad de comunicación, empatía, respeto, asertividad, etc.

#### *Competencia para la vida y el bienestar.*

Habilidad para afrontar satisfactoriamente los desafíos de la vida, adoptando comportamientos apropiados y responsables. Dentro de esta competencia podemos incluir la habilidad para fijar objetivos realistas, toma de decisiones, búsqueda de recursos y ayuda, etc.

#### *Ejecución*

El optimismo es uno de los pilares fundamentales dentro de la Inteligencia Emocional, se debe tener una fuerte expectativa de que, en general, las cosas irán bien a pesar de los contratiempos y de las frustraciones. El optimismo es una actitud que impide caer en la apatía, la desesperación o la depresión frente a las adversidades. Siempre y cuando se trate de un optimismo realista (Goleman, 2012).

### **Incidencia del Cáncer Infantil**

Si bien las estadísticas muestran que cada año más de 160.000 niños en el mundo son diagnosticados con cáncer. Aunque se ignora el número exacto de casos nuevos al año, ya que en muchos países no existe un registro de pacientes con esta enfermedad.

Las últimas cuatro décadas se han hecho importantes progresos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer y hoy podemos decir que éste se puede curar en la mayor parte de los casos si es detectado a tiempo. Esta enfermedad está ubicada en la segunda casilla siendo la causa más frecuente de mortalidad infantil en niños con edades comprendidas entre 1 y 14 años (El tiempo, 2014).

En Ecuador quince de cada cien muertes se producen a causa del cáncer.

En cuanto a la incidencia, nos encontramos a nivel medio en la escala mundial y regional.

De la totalidad de cáncer diagnosticado en el país, el 3% corresponde a cáncer en menores de 19 años de edad. Desde 2003 hasta 2005, fueron diagnosticados 8.423 casos totales de cáncer, de los cuales 293 fueron niños, niñas, jóvenes y adolescentes.

En 2013, se estima que se presentaron 134,9 casos de cáncer en mujeres y 125,9 casos en hombres por cada 100.000 habitantes, según proyecciones del Registro Nacional de Tumores.

Se conoce que la leucemia, con el 45 % de los casos, es la de mayor incidencia entre las poblaciones infantiles.

Y de este grupo, los más vulnerables, con el 32 % del total de casos, son los niños de entre cero y cuatro años de vida. La leucemia Linfoblástica aguda es la patología más frecuente en Pediatría (45 %), en segundo lugar lo ocupan los tumores de sistema nervioso (9 %); tercero, linfomas (8,5 %); y cuarto, Retinoblastoma (6 %) (Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador, 2015).

Según estadísticas del Instituto SOLCA, Sociedad de Lucha contra el Cáncer, el caso con mayor incidencia en la ciudad es el cáncer a la sangre o leucemia, seguido de tumores en el sistema nervioso central y de tumores en el sistema linfático.

En el 2013, los casos de cáncer infantil en SOLCA, en niñas de 0 a 18 años, fueron 11 de leucemia, cuatro de tumor maligno de encéfalo, tres de tumor maligno en huesos y cartílagos y dos de linfoma o cáncer del sistema linfático, que ataca a una parte del sistema inmunológico.

En niños de 0 a 18 años, se presentaron 13 casos de leucemia, cinco de la enfermedad de Hodgkin o un tipo de linfoma, y tres de cáncer del sistema linfático. Los otros casos, para niñas y niños, fueron de tumores malignos de otros tejidos conjuntivos.

En el 2015 el instituto recibió a 62 niños que ahora se encuentran en tratamiento, quienes junto a niños que ingresaron en años anteriores, suman un total de 93 casos de cáncer infantil, que se atienden actualmente en SOLCA.

### **Aceptación del tratamiento contra el Cáncer**

Cuando una familia recibe la noticia de que su hijo o hija tiene leucemia, linfoma u otro tipo de cáncer, se enfrenta a la incertidumbre. Es un tiempo lleno de nuevas personas y situaciones,

preocupaciones y cambios. Puede ayudar el saber que las tasas de sobrevivencia para los niños con cáncer han mejorado significativamente durante las últimas décadas (Martínez & Ferandez, 2013).

La adherencia al tratamiento se define como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud”. Se considera que hay adherencia al tratamiento cuando no hay retraso de éste o no hay interrupción temprana del mismo.

Tres son los tratamientos que tradicionalmente se han utilizado para el manejo del cáncer: (1) la cirugía, (2) la radioterapia y (3) la quimioterapia. Suelen administrarse de forma conjugada o seleccionarse uno u otro de ellos, de acuerdo con las características del caso clínico a tratar.

Sin embargo, a pesar de los importantes avances científicos en la administración de cada uno de ellos, siguen siendo iatrogénicos e implican un alto costo psicológico y biológico para los pacientes. Por ejemplo, aún si la tendencia es que la cirugía oncológica sea de carácter conservador, las mutilaciones visibles y no visibles continúan predominando; pese a la existencia de perfeccionadas y novedosas moléculas antieméticas, la radioterapia y la quimioterapia continúan provocando náuseas y vómitos que interfieren en la cotidianidad y el bienestar subjetivo de los pacientes. Sin embargo, el propósito de todo tratamiento oncológico es reducir el volumen tumoral e idealmente erradicar la masa o lesiones metastásicas; la cirugía a través de la resección, la radioterapia a través de la radiación y la quimioterapia a través de la administración de agentes antineoplásicos; pero los deletéreos efectos colaterales que se pueden presentar como resultado de los tratamientos oncológicos mencionados, ponen en riesgo la probabilidad de adherencia del paciente a ellos.

Lo anterior explica que los tratamientos oncológicos hayan sido históricamente estigmatizados pues la experiencia de los pacientes que los reciben, ha trascendido a la población general resaltándose la desagradable y costosa experiencia con ellos. Así, los prejuicios y los imaginarios colectivos alrededor de dichos tratamientos pueden explicar las respuestas de evitación que emiten quienes deben decidir el inicio o mantenimiento del tratamiento oncológico.

Cerca de la mitad de los pacientes no se adhieren a las recomendaciones de sus médicos para la prevención o tratamiento de las enfermedades crónicas o agudas. La literatura sugiere que entre el 25% y el 50% de los pacientes no cumplen con las recomendaciones médicas, incluyendo tomar los medicamentos prescritos, asistir a las citas y modificar hábitos personales. Las tasas de adherencia a las terapias con medicamentos suministrados por largo tiempo, como puede ser el caso de la quimioterapia oral a menudo administrada para el tratamiento de algunos tipos de cáncer, son sorprendentemente bajas (40%-50%) o variables (20%-100%).

Incluso se calcula que 1 de cada 10 pacientes abandonan la primera prescripción de la quimioterapia oral. Por ejemplo, las tasas de adherencia a las terapias por vía oral varían del 16% al 100% en pacientes con cáncer de mama.

Entre los factores biológicos que se han asociado con la adherencia al tratamiento se encuentran: (1) los aspectos específicos del mismo (tipo, complejidad, efectos secundarios y duración); (2) las características de la enfermedad (síntomas, duración, discapacidad y gravedad definida médicamente) y (3) el apoyo adecuado en el manejo de los efectos secundarios producidos por los tratamientos.

Entre los factores cognoscitivos que aumentan la probabilidad de adherencia se encuentran: (a) las actitudes generales que tienen los pacientes sobre la salud y la enfermedad; (b) la percepción de riesgo, (c) los conocimientos específicamente los que se relacionan a las recomendaciones, (d) las creencias acerca de la salud y de los medicamentos y actitudes sobre el cuidado, (e) la experiencia previa que tienen los pacientes con los efectos secundarios de los tratamientos y (f) el optimismo.

Dentro de los factores sociales que aumentan la probabilidad de adherirse al tratamiento se encuentran: (a) el apoyo social y familiar, (b) la cohesión familiar, (c) el estado civil, (d) la estabilidad que el grupo primario le dé al paciente, (e) los grupos de apoyo, (f) el grupo étnico; (g) la información del médico sobre el tratamiento a realizar, sobre los efectos secundarios y sobre el propósito del mismo; (h) el tipo de trabajo (servicio o independiente); (i) nivel educativo superior (Palacios & Espinoza, 2011).

## 5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo corresponde a un estudio cualitativo-descriptivo pues se realizó en base al test denominado escala de emociones positivas y negativas de Fridrickson(Anexo1), cuyos resultados son explicados teóricamente por medio de tablas, de igual manera se observó la reacción del cuidador con cada una de las preguntas formuladas; de corte transversal ya que se buscó en primera instancia el número de niños que tienen dicha enfermedad y se tomó en cuenta a los que siguen el tratamiento quimioterapéutico

### **Área de estudio**

El presente trabajo se realizó en el Hospital Solca-Loja, en el piso de Oncopediatría, el mismo que se encuentra ubicado en el segundo piso del bloque “A” de SOLCA, anexo al Área de Clínica, consta de sala de juegos, sala de cine y habitaciones para hospitalización. En el año 2015 se registraron un total de 97 niños con Cáncer en la Ciudad y Provincia de Loja siendo estos considerados como una población Diana. Se determinó que, de este número de niños, solo el 36% que corresponden a 55 niños toman el tratamiento en este hospital oncológico de la ciudad de Loja, aproximadamente el 44% lo hacen en otras ciudades y el otro 20% no toma el tratamiento por falta de recursos. Para esta investigación fueron considerados 55 Cuidadores de niños con Cáncer, que acudieron regularmente a los controles médicos y de igual forma someterse a los tratamientos quimioterapéuticos en el Hospital de SOLCA-Loja.

### **Metodología**

Fue de vital importancia dentro de la investigación el desarrollo de variables, en la misma se consideró como variable independiente a la enfermedad del Cáncer definido como el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo, y como variable dependiente el impacto emocional que es el efecto que producen algunas noticias en nuestro ánimo, pueden ser tan intensas como más tolerables.

Para conocer el Impacto Emocional en los cuidadores de niños con Cáncer se recolectaron y analizaron los datos obtenidos mediante la aplicación del Test de Fridrickson, el mismo que incluía preguntas muy precisas acorde a los objetivos de esta investigación(Anexo 1).

Además se realizó un análisis semántico donde se agruparon las preguntas en relación a los indicadores de medición. Se aprecia en color las respuestas de mayor afinidad por la población. Para obtener el total de emociones positivas y negativas, se tomaron en cuenta las más frecuentes, sumando a cada una su puntuación y dividiéndolas para el total de preguntas consideradas.

### **Métodos, Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:**

Se realizó el trámite para obtener los permisos y autorizaciones en la institución patrocinadora en la que se llevó a cabo la investigación, para poder intervenir en la recolección de datos. Fue de mucha importancia el documento de consentimiento informado (Anexo 2), ya que permitió invitar a las personas a participar de la investigación, recordándoles que sus nombres y de sus niños serán protegidos.

### **Tiempo de la Investigación.**

La duración del presente trabajo fue de 6 meses, contemplados en los periodos Septiembre 2016- Marzo 2017.

### **Uso de los Resultados.**

Los datos obtenidos serán confidenciales y serán entregados al departamento de Docencia de dicha casa de salud para su respectivo análisis y que se pueda abordar el problema con los métodos más adecuados que ellos consideren.

## 6. RESULTADOS

**Tabla 1.**

**Distribución de los Cuidadores de niños con Cáncer en el Hospital Oncológico Solca-Loja según edad y sexo.**

Edad \ Sexo	Masculino		Femenino	
	Menor a 30 años	1	1.81%	5
31 a 40 años	2	3.63%	15	27.27%
41 a 50 años	4	7.67%	21	<b>38.18%</b>
Mayor a 51 años	1	1.81%	7	12.72%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>14.5%</b>	<b>47</b>	<b>85.5%</b>

Fuente: Test de Fredrickson aplicados a los Cuidadores.  
Autor: Matute, J, 2017

En el presente gráfico se observa que de los encuestados, el 85.5% corresponden al sexo femenino y el 14.5% corresponde al sexo masculino prevaleciendo el sexo femenino entre los cuidadores de los niños con Cáncer. De la misma manera la edad promedio que prevalece entre los cuidadores oscila entre los 41 a 50 años.

**Tabla 2.**

**Emociones Positivas en Cuidadores de niños con cáncer en el Hospital Oncológico Solca-Loja.**

Interrogantes	0 Nada		1 Poco		2 Moderado		3 Bastante		4 Mucho	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1 Diversión o Humor	0	0%	8	1.45%	13	2.36%	29	5.27%	5	0.90%
4 Asombro sobrecogido	12	2.18%	13	2.36%	18	3.27%	12	2.18%	0	0%
8 Agradecimiento	1	0.18%	2	0.36%	5	0.91%	20	3.64%	27	4.91%
11. Esperanza	0	0%	5	0.91%	8	1.45%	24	4.36%	18	3.27%
12 Inspiración	0	0%	2	0.36%	0	0%	11	0.20%	42	7.64%
13 Interés	0	0%	1	0.18%	5	0.91%	34	6.18%	15	2.73%
14 Alegría	0	0%	0	0%	5	0.91%	21	3.82%	29	5.27%
15 Amor	0	0%	0	0%	3	0.55%	8	1.45%	44	8.0%
16 Orgullo	0	0%	0	0%	6	1.09%	16	2.91%	33	6.0%
19 Calma o Serenidad	0	0%	1	0.18%	5	0.91%	29	5.27%	20	3.64%

Fuente: Test de Fredrickson aplicados a los Cuidadores.

Autor: Matute, J, 2017

En cuanto a las emociones positivas de los cuidadores encuestados, se obtuvo un total de 4 puntos, que corresponden a un alto nivel de afecto positivo en general, es decir los cuidadores generaron en gran parte emociones positivas hacia sus hijos, luego de ser diagnosticada dicha enfermedad y de aceptar el tratamiento. Cabe recalcar que dentro de las emociones positivas generadas encontramos: el amor con el 8,0%, la inspiración con el 7,64%, orgullo 6,0%, la alegría con el 5,27% y el agradecimiento con el 4,91%.

**Tabla 3.**

**Emociones Negativas en Cuidadores de niños con Cáncer en el Hospital Oncológico Solca-Loja.**

Interrogantes	0 Nada		1 Poco		2 Moderado		3 Bastante		4 Mucho	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2 Enojo o Ira.	11	2.0%	17	3.09%	11	2.0%	12	2.18%	4	0.73%
3 "Embarazo" corte o vergüenza.	30	5.45%	15	2.73%	5	0.91%	5	0.91%	0	0%
5. Desprecio.	26	4.73%	13	2.36%	11	2.0%	5	0.91%	0	0%
6 Asco	36	6.55%	15	2.73%	2	0.36%	1	0.18%	1	0.18%
7 Vergüenza	21	3.82%	16	2.91%	12	2.18%	4	0.73%	2	0.36%
9 Culpa	2	0.36%	7	1.27%	18	3.27%	23	4.18%	5	0.91%
10 Odio	20	3.64%	13	2.36%	9	1.64%	10	1.82%	3	0.55%
17 Tristeza	5	0.91%	24	4.36%	12	2.18%	7	1.27%	7	1.27%
18 Miedo	4	0.73%	5	0.91%	15	2.73%	26	4.73%	5	0.91%
20 Ansiedad	7	1.27%	9	1.64%	12	2.18%	9	1.64%	18	3.27%

Fuente: Test de Fredrickson aplicados a los Cuidadores.

Autor: Matute, J, 2017

En la presente tabla se puede apreciar los ítems que corresponden a las emociones negativas, las mismas que se encuentran plenamente identificadas de color, de igual manera se tomó en cuenta las respuestas por las que tuvieron más afinidad los encuestados, se sumó dichas respuestas obtenido un total de 1 punto, que corresponde a poco nivel de afecto negativo general, por lo que se puede aseverar que en los cuidadores despierta un cierto grado de emociones negativas sobre la enfermedad de su hijo, pero en menor grado que las emociones positivas. Entre las emociones generadas encontramos la ansiedad con 3,27%, el miedo con el 4,73% y la culpa con el 4,18%.

## 7. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como principal propósito determinar el impacto emocional en los cuidadores de los niños con Cáncer. Sobre todo, se pretendió determinar cuáles son el tipo de emociones que desarrollan en mayor grado dentro del grupo estudiado, tales como emociones positivas y emociones negativas. Además, se identificaron aquellos factores asociados a la comorbilidad de como el sexo, antecedente de cáncer en la familia, extensión de la enfermedad en sus hijos y la aceptación del tratamiento quimioterapéutico.

Para esto es de mucha importancia el conocer la importancia que se le asigna a las emociones en la presente investigación, ya que estas juegan un papel muy esencial dentro del poder sobrellevar la enfermedad, así mismo dentro de la aceptación del tratamiento así lo afirma Antonio Cano en el 2011 en su estudio titulado Control Emocional, Estilo represivo de afrontamiento y Cáncer “...se considera que las emociones son necesarias para la comunicación y connaturales al ser humano. A su vez, en tercer lugar, estas reacciones implican fuertes cambios fisiológicos en respuestas específicas de diferentes sistemas (sistema nervioso autónomo, sistema nervioso motor, sistema neuroendocrino, sistema inmune, etc.). Dichos cambios fisiológicos pueden ser considerados como preparatorios para la acción (defensa, huida, ataque, etc.) y suelen aumentar el estado de activación”

De los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir que la exposición a eventos traumáticos tales como el diagnóstico de cáncer en un hijo crea en el cuidador un estado de generación de emociones negativas que parece ser bastante común en la muestra estudiada. Luego de esto y una vez empezado el tratamiento, los cuidadores se muestran positivos ante la enfermedad, creando emociones de cercanía y amor hacia su hijo/a. La generación de este tipo de emociones a este evento eran de esperarse, dadas la ideas que se tiene tanto de la enfermedad como el someterse a tratamientos antineoplásicos.

El grupo estudiado en su mayoría son del sexo femenino siendo ellas las que se encuentran al cuidado de los niños con cáncer, de igual manera las edades oscilan entre los 41 a 50 años. Cabe mencionar que 6 de cada 10 encuestados tienen algún familiar con diagnóstico de cáncer denotando que presentan antecedentes de dicha enfermedad dentro del lecho familiar. Así mismo se manifestó en su mayoría, que al momento del diagnóstico no aceptaron

el tratamiento pues sabían la dureza del mismo, pero, luego de la explicación por parte del personal de salud, decidieron tomar el tratamiento para sus representados.

Del análisis de los resultados de este estudio se puede afirmar que la mayor parte de los cuidadores en algún momento de su vida han generado emociones negativas, y aún más durante el diagnóstico inicial de la enfermedad, al hablar de emociones negativas hacemos énfasis a: enojo o ira, vergüenza, desprecio, asco, culpa, odio, tristeza, miedo y ansiedad de tal manera lo confirma Roció de Huerta en su estudio denominado Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con Cáncer en el 2010 en el que manifiesta “...El tener un hijo al cual se le ha diagnosticado cáncer causa un gran impacto emocional, con sentimientos de culpa, incertidumbre, de soledad y de pérdida sobre el control de sus vidas. Es una situación de crisis que introduce cambios radicales y repentinos en el contexto físico, social y en la comunicación familiar”.

De igual manera las emociones positivas luego del tratamiento antineoplásico se mostraron más prevalentes, así lo demuestran los resultados de la investigación, cabe mencionar que dentro de estas emociones tenemos: diversión o humor, asombro sobrecogido, agradecimiento, esperanza, inspiración, interés, alegría, amor, orgullo, calma o serenidad. Varios estudios realizados en similares poblaciones, señalan que luego de intercambiar opiniones entre madres de otros niños con la enfermedad, se adaptan a la idea del tratamiento, creando más emociones positivas hacia sus hijos las mismas que logran crear un lazo de cercanía.

## **8. CONCLUSIONES.**

El 85.5% del grupo de estudio corresponde al sexo femenino las mismas que están comprendidas en edades de 41 a 50 años.

Las emociones positivas generadas en mayor proporción por los cuidadores de niños con Cáncer son el amor con el 8,0%, inspiración con el 7,64%, orgullo con el 6,0%, alegría con el 5,27% y el agradecimiento con el 4,91%.

Las emociones negativas que prevalecen en los cuidadores de niños con Cáncer, son la ansiedad con el 3,27%, el miedo con el 4,73% y la culpa con el 4,18%.

## **9. RECOMENDACIONES.**

Se recomienda a los directivos del departamento de Psicología de Solca, que se brinde apoyo en el departamento de oncopediatria a las familias del niño con cáncer, ya que al inicio, en la etapa de diagnóstico, desarrollaron emociones negativas sobre la enfermedad creando sentimientos de culpa sobre el desarrollo de la misma y en muchos casos, sembrando dudas sobre el tomar el tratamiento antineoplásico.

A los miembros del equipo de salud que laboran en el departamento de oncopediatria , se recomienda fortalecer las emociones positivas en los cuidadores de niños con Cáncer, ya que son el pilar fundamental dentro de la recuperación del niño, además ellos ven al cuidador como una persona protectora forjando seguridad sobre sí mismo.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Aparecida, E., & Aparecida, M. (2010). Cuidando del niño con cáncer: evaluación de la sobrecarga y calidad de vida. *Latino* .
- Contitucion de la Republica del Ecuador. (2013). Proteccion de la información. *Constitucion de la Republica del Ecuador*.
- De la Huerta, R., Corona, J., & Méndez, J. (2010). Evaluación de los estilos de afrontamiento.
- Díaz, C. (2010). Clima social y familiar en adolescentes con cancer.
- El tiempo. (15 de 02 de 2014). *El Tiempo*. Obtenido de <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/137799-la-valenta-a-de-los-nia-os>
- Flores, N. (2010). Padres del paciente pediátrico con enfermedad crónica.
- Fredrickson, B. (2011). *Psicology*. California.
- Fredrickson, B., & Joiner, T. (2011). España.
- Fredrickson, B., & Joiner, T. (2011). Emosiones Positivas. *Psicology*.
- Goleman, D. (2012). *Inteligencia Emocional*. Valencia: Kairós.
- Henriksson MM, I. E. (2014). *Mental disorders in cancer suicides*. Estados Unidos.
- Limonero, J., & Casacuberta, D. (2010). *Cognición y Emoción*. Barcelona.
- Martinez, F., & Ferandez, J. (2013). Psicología aplicada a Enfermería.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Modelo de Atención Integral en Salud*. Quito.
- Montañés, M. C. (2009). *Pasicologia de la Emocion: El proceso Emocional*. Valencia.
- Moreira, P., & Angelo, M. (2010). Ser madre de un niño con Cancer. *Latino* .
- Najera, G., & Ledezma, M. (2011). Incertidumbre de los niños con Cancer. *Enfermeria Neurológica*.

- Nájera, G., & Ledezma, M. (2011). Incertidumbre en padres de niños con cáncer. *Enfermería Neurológica*.
- Nájera, G., Ledezma, M., Patiño, J., & Galicia, R. (2010). Incertidumbre en padres de niños con cáncer. *INNN*.
- Pacheco, M., & Madero, L. (2010). *Oncología Pediátrica*. Mexico.
- Palacios, X., & Espinoza, L. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes.
- Plan Nacional del Buen Vivir. (2013). En Ecuador, *Plan Nacional del Buen Vivir* (págs. 83-85). Quito.
- Rocío De la Huerta H., J. C. (2011). Evaluación de los estilos de afrontamiento. *Medigraphic*.
- Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador. (16 de 04 de 2015). *Salud SA*. Obtenido de Salud SA: <https://www.saludsa.com/vivesaludtotal/index.php/cancer/el-cancer-en-el-ecuador/423-el-cancer-en-el-ecuador>
- Sociedad Latinoamericana de lucha contra el Cancer. (2013). *El cancer afecta su salud emocional*. España.
- Yélamos, C., & Fernández, B. (2011). Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. *Emociones con el Cancer*.

## 11. ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERÍA.  
ANEXO 1**

***Título: Impacto Emocional en Cuidadores de niños con Cáncer en el Hospital Oncológico SOLCA-Loja 2016-2017***

➤ **Instrumento de Recolección de Datos**

Nº:

**Testescala de emociones positivas y negativas de Fredrickson**

Estimado Sr/a. como egresado de la carrera de Enfermería me dirijo a usted para solicitarle se digne participar en la investigación titulada "IMPACTO EMOCIONAL EN CUIDADORES DE NIÑOS CON CANCER EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA-LOJA 2016-2017", que tiene como objetivo principal: Determinar el nivel de impacto emocional en cuidadores de los niños con Cáncer de Hospital Oncológico SOLCA-Loja. Por lo que solicito a Usted: Leer detenidamente los ítems, y marcar las opciones pensando el cómo se ha sentido después de que sea confirmada la enfermedad de su hijo/a. Piense en las diferentes actividades de ese episodio y, usando la escala de 0-4, indique cuánto has

<b>Sexo</b>	<b>H</b>	<b>M</b>
<b>Edad</b>		
<b>Antecedentes Patológicos Personales</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Extensión</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Aceptación al Tratamiento</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

experimentado los siguientes sentimientos:

**0 – Nada, 1 – Un poco, 2 – Moderadamente, 3 – Bastante, 4 – Mucho.**

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1¿Cuán divertido, entretenido o chistoso te has sentido?					
2¿Cuán enfadado, irritado o molesto te has sentido?					
3¿Cuán avergonzado o humillado o ridiculizado te has sentido?					
4¿Cuán maravillado, asombrado o sorprendido te has sentido?					
5¿Cuán despectivo, despreciativo o desdeñoso te has sentido?					

6¿Cuánto asco, repugnancia o repulsión has sentido?					
7¿Cuán cohibido, tímido, avergonzado o ruborizado te has sentido?					
8¿Cuán agradecido te has sentido?					
9¿Cuán culpable o arrepentido te has sentido?					
10¿Cuánto odio, desconfianza o sospecha has sentido?					
11. ¿Cuán esperanzado, optimista o alentado te has sentido?					
12¿Cuán inspirado, iluminado o entusiasmado te has sentido?					
13¿Cuán interesado, alerta o curioso te has sentido?					
14¿Cuán alegre, contento o feliz te has sentido?					
15¿Cuánto amor, cercanía o confianza has sentido?					
16.- ¿Cuan confiado, seguro de ti mismo u orgulloso te has sentido?					
17¿Cuán triste, desanimado o infeliz te has sentido?					
18¿Cuán asustado, temeroso o miedoso te has sentido?					
19¿Cuán sereno, calmo o apacible te has sentido?					
20.- ¿Cuán estresado, nervioso o abrumado te has sentido?					

Fuente: Escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson, 2011

## ¡Gracias por su colaboración!

Pregunta	Tipo de Emoción Positiva	Pregunta	Tipo de Emoción Negativa
1	Diversión o Humor	2	Enojo o Ira
4	Asombro sobrecogido	3	Embarazo corte o Vergüenza Ligera
8	Agradecimiento	5	Desprecio
11	Esperanza	6	Asco
12	Inspiración	7	Vergüenza
13	Interés	9	Culpa
14	Alegría	10	Odio
15	Amor	17	Tristeza
16	Orgullo	18	Miedo
19	Calma o Serenidad	20	Ansiedad



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERÍA.  
ANEXO 2**

**Título: Impacto Emocional en Cuidadores de niños con Cáncer en el Hospital Oncológico SOLCA-Loja 2016-2017**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

<b>Carta de consentimiento informado para participación en proceso de Investigación.</b>	
N°: <input type="text"/>	
Loja,..... de ..... del 2017	
Yo _____ convengo participar de manera Individual y Anónima en el protocolo de investigación titulado “ <i>Impacto emocional en cuidadores de niños con Cáncer en el Hospital Oncológico SOLCA-Loja</i> ”	
<b>El objetivo del estudio es:</b> Determinar el nivel de impacto emocional en cuidadores de niños con Cáncer en el Hospital Oncológico SOLCA-Loja 2016.2017. <b>Su participación consistirá en:</b> responder proyectivamente a una serie de preguntas y contestar un cuestionario, vinculadas al tema de estudio. El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre esta actividad, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de este procedimiento, los riesgos, inconvenientes, molestias, beneficios derivados de la participación en el estudio o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.	
El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.	
<b>Nombre y firma del participante.</b>	<b>Nombre y firma del investigador responsable.</b>
.....	.....



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERÍA.  
ANEXO 3**

***Título: Impacto Emocional en Cuidadores de niños con Cáncer en el Hospital  
Oncológico SOLCA-Loja 2016-2017***





**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERÍA.**

**ANEXO 4**

***Título: Impacto Emocional en Cuidadores de niños con Cáncer en el Hospital  
Oncológico SOLCA-Loja 2016-2017***

<b><i>EMOCIONES Y FUNCIÓN SOCIAL</i></b>	
<b><i>Lenguaje subjetivo</i></b>	<b><i>Lenguaje funcional</i></b>
Miedo	Protección
Ira	Destrucción
Alegría	Reproducción
Tristeza	Reintegración
Confianza	Afiliación
Asco	Rechazo
Anticipación	Exploración
Sorpresa	Exploración

*Fuente: Fredrickson & Jonier, 2011*



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA**

**IMPACTO EMOCIONAL EN CUIDADORES DE NIÑOS CON  
CÁNCER EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA-LOJA**

**2016-2017**

**AUTOR:**

Jenner Alexander Matute Salazar

**DIRECTORA**

Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila. Mg.Sc.

**LOJA - ECUADOR**

**2017**

**12. TEMA**

IMPACTO EMOCIONAL EN CUIDADORES DE NIÑOS CON CÁNCER EN EL  
HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA-LOJA 2016-2017

### **13. PROBLEMÁTICA**

El cáncer infantil es las varias formas de cáncer que afecta a los pacientes en edad pediátrica. Es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer en diferentes partes del cuerpo, por esta razón el tener un hijo al cual se le ha diagnosticado cáncer causa un gran impacto emocional, con sentimientos de culpa, incertidumbre, de soledad y de pérdida sobre el control de sus vidas. Es una situación de crisis que introduce cambios radicales y repentinos en el contexto físico, social y en la comunicación familiar. Para el cuidador que en su gran mayoría son mujeres, representa una carga considerable de trabajo desatendiendo sus propias necesidades, aumentando el cansancio y haciendo la situación más difícil (De la Huerta, Corona, & Méndez, 2010).

El desequilibrio emocional es una afección comórbida, un síndrome que además de incapacitar afecta aproximadamente de 15 a 25% de los pacientes con cáncer. Se cree que esta afecta de igual manera tanto a los hombres como a las mujeres con familiares cuyo diagnóstico es el de cáncer y las diferencias relacionadas con el género en cuanto a incidencia y gravedad no se han evaluado adecuadamente.

Tanto los individuos como las familias que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer experimentarán diversos grados de tensión y perturbación emocional. La depresión en los pacientes con cáncer hace que la incertidumbre este presente. La incertidumbre es un estado cognitivo en el que las personas no son capaces de comprender el significado de los hechos o eventos que ocurren debido a la enfermedad. La incertidumbre surge en el momento en que la persona no puede estructurar o categorizar de manera adecuada los eventos que se producen en la enfermedad, en este caso que sufre el niño; lo anterior se deriva de la falta de estímulos e información, temor a lo desconocido ambigüedad y complejidad de la enfermedad y tratamiento (Nájera, Ledezma, Patiño, & Galicia, 2010).

Para la persona que cuidada del niño con cáncer, el temor a la muerte representa una de las alteración más frecuentes sobre de los planes de vida a esto se le añaden los cambios en la imagen corporal, autoestima, los cambios en el rol social y en el

estilo de vida, así como las preocupaciones económicas y legales, que son asuntos importantes en la vida de cualquier persona que cuidada de algún miembro de familia con cáncer y, aun así, no todos los que están diagnosticados con cáncer experimentan depresión grave o ansiedad(Henriksson MM, 2014).

La Sociedad Latinoamericana de Lucha contra el Cáncer, en el 2013, manifiesta: La mayoría de los pacientes, familiares y personas al cuidado de un ser querido, presentan algún grado de depresión, angustia y miedo. Estos sentimientos son reacciones normales ante una experiencia que altera la vida de las personas.

En las personas con cáncer, estos sentimientos pueden ser causados por muchos factores, incluyendo cambios en la capacidad de desempeñar sus funciones en la familia o el trabajo. Podría ser que sienta aflicción por las pérdidas y los cambios que el cáncer ha impuesto en su vida. Podría sentir miedo a la muerte, al sufrimiento, al dolor o a todas las cosas desconocidas que podrían acontecer(Sociedad Latinoamericana de lucha contra el Cancer, 2013).

Para las personas afectadas representa una ruptura brusca en la vida cotidiana, lo que conduce a un proceso de despersonalización, donde el yo-persona es reemplazado por el yo-cáncer. Este proceso está condicionado por el tipo de tumor, la edad, la gravedad de la enfermedad y el grado de apoyo familiar, social y psicológico del entorno del enfermo.

No cabe ninguna duda que la importante alteración emocional está ligado al daño orgánico producido por la enfermedad y a que, posiblemente los tratamientos son muy intensivos, largos e intrusivos y requieren continuas visitas hospitalarias y numerosos cuidados en el hogar(Díaz, 2010).

Los principales métodos de tratamiento utilizados en los niños son las quimioterapias, la radiación, que suele emplearse con el tratamiento anterior, y la cirugía combinada a las quimioterapias y la radiación, que cuentan con diversos efectos secundarios. Por lo tanto, el enfermo oncológico como su familia, se verán afectados por sus repercusiones psicológicas, en donde se puede destacar un amplio espectro de emociones como el miedo, la ira, la soledad, la depresión o la

ansiedad. Por ello, actualmente, no solo se considera necesario curar la enfermedad, sino también disminuir los efectos secundarios que el tratamiento del cáncer puede originar.

Algunos autores Méndez, Orgilés, López Roig y Espada en el 2004, consideran que en los niños surgen principalmente sentimientos de soledad si la enfermedad no les permite participar en sus actividades diarias. Así como también el miedo a la muerte y el estrés debido a los posibles cambios físicos que pueden experimentar.

Con respecto a los padres, estos al escuchar el diagnóstico de la enfermedad de sus hijos pueden experimentar múltiples sentimientos, ya que es una de las fases más estresantes de la enfermedad, ya que ningún padre se encuentra preparado para escuchar que su hijo tiene cáncer. En pocos minutos deben asimilar una gran cantidad de información acerca del diagnóstico y del tratamiento.

El tratamiento infantil conlleva a que los padres permanezcan durante un periodo de tiempo prolongado fuera de la casa y las actividades cotidianas, ya que deben desplazarse frecuentemente a un centro hospitalario, que, en ocasiones, puede hallarse a gran distancia de su casa. Esto implica dificultades para organizar los viajes, contactar con las personas que cuiden de sus otros hijos y obtener permisos para ausentarse del trabajo.

Es muy importante por ello que el personal de Enfermería establezca una buena relación con los padres del niño, con el objetivo de establecer un vínculo que posibilite el trabajo posterior (De la Huerta, Corona, & Méndez, 2010).

Este proyecto se ejecutará en el Hospital Oncológico SOLCA-Loja que se encuentra ubicado al norte de la ciudad, parroquia El Valle, teniendo como referencia el Parque Recreacional Jipiro, dicho hospital ofrece los servicios de: Laboratorio de Citología, Cirugía, Farmacia, Gastroenterología, Fisioterapia, Oncopediatría, Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos, Centro de Radioterapia, Oncología, Diagnóstico e Imagen, Laboratorio de Patología, Laboratorio Clínico, Chequeo Preventivo Oncológico, Consulta Externa.

Oncopediatría se encuentra ubicado en el segundo piso del bloque “A” de SOLCA, anexo al Área de Clínica, consta de sala de juegos, sala de cine y 5 Habitaciones destinadas para la hospitalización de los niños con cáncer.

El tiempo de duración del estudio es de 5 meses contemplados en los periodos Septiembre 2016 - Marzo 2017, en este tiempo se trabajará con 55 Cuidadores de niños con Cáncer, que acuden al Hospital para los controles médicos y de igual manera el tratamiento quimioterapéutico para sus hijos.

Variables: Durante el estudio se trabajará con la variable Cáncer (V. Independiente), Impacto Emocional (V. Dependiente), las mismas que serán medidas con sus respectivos indicadores(Anexo 1).

Viabilidad y Factibilidad: El presente trabajo contará con el visto bueno de la institución donde se va a realizar el estudio, siendo informado los objetivos, el fin y asegurando la protección de los datos otorgados por los encuestados.

Dada la problemática y evidencia científica se puede plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el grado de impacto emocional en los cuidadores de niños con Cáncer del Hospital Oncológico SOLCA-Loja?.

## 14. JUSTIFICACIÓN.

Es importante el conocer cómo afecta la salud emocional de los cuidadores este diagnóstico teniendo en cuenta que el cuidar de un niño con cáncer es atravesar un proceso de transición. La transición en la vida de las personas puede ser planificada o suceder inesperadamente. Las transiciones de la vida pueden ser diversas y han sido descritas como los caminos por los cuales las personas enfrentan cambios emocionales muy fuertes.

El impacto del cáncer sobre el enfermo y su entorno familiar y social es enorme. Las necesidades y demandas a las que se ven sometidos son múltiples, por lo que se da una situación de riesgo para el desarrollo de reacciones emocionales negativas y trastornos psicopatológicos (Yélamos & Fernández, 2011).

En un estudio realizado en el 2010 por las hermanas Aparecida se encontraron con una correlación significativa entre sobrecarga, salud mental y vitalidad. Con lo cual se concluyó que los cuidadores presentaron sobrecarga de cuidado y aspectos de calidad de vida comprometidos y posiblemente necesitan de intervenciones que promuevan el bienestar físico, el social y el emocional, para disminuir la sobrecarga y mejorar la calidad de vida, y así consecuentemente mejorar la asistencia (Aparecida & Aparecida, 2010).

El cáncer en la actualidad es considerado como una de las enfermedades más comunes. La mitad de todos los hombres y un tercio de las mujeres tendrán un diagnóstico de cáncer en su vida. Siendo esta noticia muy devastadora para los cuidadores y para el propio niño, haciendo creer que el cáncer es sinónimo de muerte (Najera & Ledezma, 2011).

Muchas de estas personas no toman el tratamiento como un signo de rechazo a la enfermedad, creando emociones dissociativas entorno a la enfermedad, otro cierto porcentaje cree que el Dios, de su creencia, los ha abandonado y lo consideran como un castigo hacía su ser querido, haciendo que su depresión crezca aún más.

En gran parte de estudios en el área de Oncología Pediátrica, la madre es identificada como la principal fuente de soporte y la que generalmente asume el cuidado del niño en la situación de enfermedad. La alteración en la biografía y en la transición de ser madre de un niño que ella conoce como saludable: para ser madre de un niño con cáncer se requiere redefinir la auto identidad y el papel de madre después de la confirmación del diagnóstico del hijo (Moreira & Angelo, 2010).

Los cuidadores de las personas con cáncer, manifiestan que vivir con quienes padecen de la enfermedad, es el desafío más grande que jamás han enfrentado. Puede cambiar sus rutinas, roles y relaciones.

Cabe recalcar que la experiencia de formar a un hijo con cáncer no ha sido estudiada suficientemente. La mayoría de los estudios acerca de las madres de niños oncológicos se ha realizado en contextos diferentes de los de la localidad actual y empleando métodos de investigación que no permiten describir las emociones tanto positivas como negativas que acarrea el cáncer.

Teniendo en cuenta todos estos antecedentes basados en investigaciones, se hace muy viable el desarrollo de la presente investigación y teniendo en cuenta que esta rama muy importante de psicología aplicada a enfermería no ha sido muy estudiada permitirá conocer el impacto emocional que desarrollan los cuidadores de niños con cáncer sabiendo que el apoyo que puede brindar los cuidadores del niño con cáncer es fundamental, cambiando las ideas irracionales que tienen así como también las emociones negativas que crean después del diagnóstico de dicha enfermedad.

## **15. OBJETIVOS:**

### **Objetivo general**

- Determinar el impacto emocional en los cuidadores de los niños con Cáncer del Hospital Oncológico SOLCA-Loja 2016-2017.

### **Objetivos específicos**

- Conocer la distribución de los cuidadores de niños con Cáncer según sexo y edad.
- Señalar las emociones positivas que prevalecen en los cuidadores de niños con Cáncer del Hospital Oncológico SOLCA.
- Reconocer las Emociones Negativas que predominan en los cuidadores de niños con Cáncer del Hospital Oncológico SOLCA.

## **16. MARCO TEÓRICO**

### **CONTEXTO GENERAL.**

#### **PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR.**

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 en su objetivo 3 manifiesta “*Mejorar la Calidad de Vida de la Población*”, población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

La vida digna requiere acceso universal y permanente a bienes superiores, así como la promoción del ambiente adecuado para alcanzar las metas personales y colectivas. La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales.

La Constitución, en el artículo 66, establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”. Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo.

Entre los derechos para mejorar la calidad de vida se incluyen el acceso al agua y a la alimentación (art. 12), a vivir en un ambiente sano (art. 14), a un hábitat seguro y saludable, a una vivienda digna con independencia de la situación social y económica (art. 30), al ejercicio del derecho a la ciudad (art. 31) y a la salud (art. 32).

La calidad de vida se enmarca en el régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución, dentro del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (art. 340), para la garantía de servicios sociales de calidad en los ámbitos de salud, cultura física y tiempo libre, hábitat y vivienda, transporte y gestión de riesgos.

## *Políticas*

Dentro de las políticas que se plantea en el plan del buen vivir, se observan las siguientes:

Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, ampliando los servicios de prevención y promoción de la salud y así mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas de igual manera se garantizara la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.

Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud garantizando el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas.

De igual forma el promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas fomentando el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población propiciando condiciones adecuadas para el acceso a un hábitat seguro e incluyente.

Garantizar el acceso a una vivienda adecuada, segura y digna conjuntamente con el acceso universal, permanente, sostenible y con calidad a agua segura y a servicios básicos de saneamiento, con pertinencia territorial, ambiental, social y cultural vigilando la protección integral del patrimonio cultural y natural y de la ciudadanía ante las amenazas y riesgos de origen natural o antrópico.

Se garantizara el acceso a servicios de transporte y movilidad incluyentes, seguros y sustentables a nivel local e internacional.

## **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD**

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) es un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas enfocadas en la salud Familiar, Comunitaria e Intercultural que complementándose, organiza y descongestiona el Sistema Nacional de Salud, permitiendo la integralidad de los tres niveles de atención en la red de salud.

En resumen, sustenta e incorpora la estrategia de la APS (Atención Primaria en Salud) renovada que en la práctica, garantiza la atención para satisfacer las necesidades de salud.

El MAIS define la interacción de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades y problemas de la comunidad.

Además, reorienta los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la participación organizada de los sujetos sociales, también fortalece la curación, recuperación, rehabilitación de la salud para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y entorno.

Los objetivos que persigue este modelo son cinco:

1.- Reorientar los servicios de salud del enfoque curativo hacia un enfoque centrado en la promoción y cuidado integral de la salud, garantizado una respuesta en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; incorporando los enfoques de interculturalidad, generacional y de género. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica comunitaria.

2.- Implementar estrategias para el desarrollo y la gestión del talento humano a través de procesos de capacitación continua, la carrera sanitaria y la formación en los servicios. En el primero y segundo nivel se incorpora especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de APS.

3.- Organizar los servicios del sector público conforme los estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

4.- Organizar el Sistema Único de Información en Salud en Coordinación con Sistema Común de Información del Ministerio de Salud Pública.

5.- Fortalecer la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados(Ministerio de Salud Pública, 2012).

El Art. 66 de la Constitución de la República, en su parte pertinente dispone "...Se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos de información requerirán la autorización del titular y el mandato de la ley"(Contitucion de la Republica del Ecuador, 2013).

## CONTEXTO ESPECÍFICO

### EMOCIONES

Habitualmente se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Este planteamiento coincide con el modelo tridimensional de la ansiedad propuesto por Lang en 1968. Para entender la emoción es conveniente atender a estas tres dimensiones por las que se manifiesta, teniendo en cuenta que, al igual que en el caso de la ansiedad, suele aparecer desincronía entre los tres sistemas de respuesta. Además, cada una de estas dimensiones puede adquirir especial relevancia en una emoción en concreto, en una persona en particular, o ante una situación determinada. En muchas ocasiones, las diferencias entre los distintos modelos teóricos de la emoción se deben únicamente al papel que otorgan a cada una de las dimensiones que hemos mencionado.

Cualquier proceso psicológico conlleva una experiencia emocional de mayor o menor intensidad y de diferente cualidad. Podemos convenir que la reacción emocional (de diversa cualidad y magnitud) es algo omnipresente a todo proceso psicológico (Montañés, 2009).

Así mismo los Autores Joaquim Limonero y David Casacuberta en el 2011, manifiestan que las emociones están presentes en la vida de todas las personas, prácticamente en todo lo que hacemos. Estamos con un amigo porque nos sentimos a gusto con él, visitamos a nuestros abuelos porque les queremos, y vamos el fin de semana a la playa con ánimo de pasarlo bien. Nos enfadamos cuando no nos salen bien las cosas y nos alegramos y estamos satisfechos cuando tenemos éxito en lo que nos hemos propuesto. Tenemos miedo a volar en avión o a ir a la consulta del dentista. Nos sentimos afligidos y doloridos cuando muere un familiar, o alegres cuando la persona que nos atrae nos corresponde. Hay días que podemos trabajar o estudiar con interés y entusiasmo y otros que sólo sentimos pereza o fastidio. Estas y otras situaciones de la vida cotidiana ponen de manifiesto la influencia que las emociones ejercen en nuestras vidas. Podemos afirmar que las emociones son

inherentes a la propia condición humana y que, en gran medida, determinan su existencia.

No obstante, a pesar de su presencia continuada en nuestras vidas, resulta muy difícil poder realizar una definición precisa de un fenómeno tan complejo como son las emociones. De hecho las definiciones han dependido de la posición teórica de los investigadores que se han dedicado a su estudio. De allí que, por ejemplo, desde una perspectiva biológica, los seudocientíficos hayan subrayado la importancia de los mecanismos cerebrales o hormonales, como los neurotransmisores implicados en la emoción, sin tener tanto en cuenta el componente subjetivo-experiencial. O bien, desde una perspectiva cognitiva, se haya enfatizado la importancia de los procesos cognitivos (evaluación, pensamiento) y hayan dejado de lado los aspectos fisiológicos y conductuales; mientras que, por ejemplo, los investigadores que se han centrado en los aspectos expresivos de la emoción, en particular las expresiones faciales, hayan resaltado los aspectos comunicativos de éstas, y hayan dejado en un segundo plano otros aspectos(Limonero & Casacuberta, 2010).

Desde el advenimiento de la psicología científica ha habido sucesivos intentos por analizar la emoción en sus componentes principales que permitieran tanto su clasificación, como la distinción entre las mismas. Quizá la más conocida sea la de teoría tridimensional del sentimiento de Wundt (1896), que defiende que éstos se pueden analizar en función de tres dimensiones: agrado-desagrado; tensión-relajación y excitación-calma(Montañés, 2009).

Ante esta diversidad de puntos de vista sobre las emociones es posible optar por una descripción general teniendo en cuenta los componentes o sistemas de respuestas que intervienen. En este sentido se puede afirmar que las emociones son respuestas a estímulos significativos que se producen en tres sistemas o componentes: 1. El neurofisiológico – bioquímico, 2. El motor o conductual (expresivo) y 3. El cognitivo o experiencial(Flores, 2010).

Cuando se describen las emociones se suelen proponer otros conceptos cuyos significados, por su proximidad semántica, pueden llevar a confusiones. Es el caso

de las ideas de afecto, estado de ánimo, temperamento y sentimiento, las cuales intentaremos definir a continuación.

- ❖ **Afecto** es el término que se utiliza para describir el tono hedónico o valencia de un estado emocional, es decir, su cualidad positiva –agradable– o negativa –desagradable– y su intensidad, que puede ser alta o baja. En este sentido, el afecto está relacionado con la preferencia, con el valor que tienen para el sujeto las diferentes situaciones a la cuales se enfrenta.
- ❖ **Los estados de ánimo**, a diferencia de las emociones, no tienen especificidad, tienen carácter global y no tienen un objeto específico. En cambio las emociones son intencionales, se dirigen hacia algún objeto o hecho, que puede ser externo o interno, que las provoca. Es decir, son reacciones específicas a acontecimientos particulares. Los estados de ánimo suelen durar más tiempo que las emociones y ser menos intensos; están siempre en nuestra vida y proporcionan el fondo afectivo, el “color emocional” a todo lo que hacemos.
- ❖ **El temperamento** estaría formado por el conjunto de rasgos o diferencias individuales características, estables durante largos períodos de tiempo, en relación a las maneras en las que las personas experimentan y expresan sus emociones. En otras palabras, sería la tendencia a responder emocionalmente de una manera particular.
- ❖ **El sentimiento** se utiliza para explicar las propensiones o inclinaciones que tienen las personas para responder de manera emocional bien delante de objetos particulares o delante de cierto tipo de circunstancias. Así, por ejemplo, expresiones como “odio a los gatos” o “me gusta el fútbol” serían representativas de este fenómeno emocional, de la misma manera lo serían las actitudes desfavorables hacia los VIH positivo. En este sentido, el amor o el odio serían entendidos más como sentimientos que como emociones. Las dos palabras se refieren más a maneras de ver y tratar a un objeto, que a una respuesta momentánea. De todas formas, los sentimientos y las emociones estarían estrechamente relacionados. Los sentimientos son las bases para las emociones (Limonero & Casacuberta, 2010).

Montañez en el 2009, en su investigación, entorno a la función de las emociones expresa lo siguiente:

Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal.

La emoción tiene tres funciones principales: a. Funciones adaptativas b. Funciones sociales c. Funciones motivacionales.

***Función adaptativa.***

Quizá una de las funciones más importantes de la emoción sea la de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizand o la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado. Se destaca ocho funciones principales de las emociones y aboga por establecer un lenguaje funcional que identifique cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que le corresponde.

De esta manera será más fácil operativizar este proceso y poder aplicar convenientemente el método experimental para la investigación en la emoción. La correspondencia entre la emoción y su función se refleja en el siguiente cuadro:

<i><b>Lenguaje subjetivo</b></i>	<i><b>Lenguaje funcional</b></i>
Miedo	Protección
Ira	Destrucción
Alegría	Reproducción
Tristeza	Reintegración
Confianza	Afiliación
Asco	Rechazo
Anticipación	Exploración
Sorpresa	Exploración

*Fuente:  
Fredricks  
& Jonie  
r, 2011*

### ***Función social.***

Puesto que una de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal. Se destaca varias funciones sociales de las emociones, como son las de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial. Emociones como la felicidad favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que la ira pueden generar repuestas de evitación o de confrontación. De cualquier manera, la expresión de las emociones puede considerarse como una serie de estímulos discriminativos que facilitan la realización de las conductas apropiadas por parte de los demás.

### ***Función motivacional.***

La relación entre emoción y motivación es íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada. Una conducta "cargada" emocionalmente se realiza de forma más vigorosa. Como hemos comentado, la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así, la cólera facilita

las reacciones defensivas, la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos, etc. Por otro, dirige la conducta, en el sentido que facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características de la emoción.

### **Las emociones positivas**

Las emociones positivas ayudan a construir un conjunto de recursos personales (físicos, intelectuales y sociales) que el individuo puede aprovechar posteriormente para afrontar una dificultad, escogiendo opciones más creativas.

Según el modelo de Fredrickson, hay tres efectos secuenciales de las emociones positivas:

- **Ampliación:** las emociones positivas amplían las tendencias de pensamiento y acción.
- **Construcción:** debido a la ampliación, se favorece la construcción de recursos personales para afrontar situaciones difíciles o problemáticas.
- **Transformación:** esta construcción produce la transformación de la persona, que se torna más creativa, muestra un conocimiento más profundo de las situaciones, es más resistente a las dificultades y socialmente mejor integrado, con lo que llega a una “espiral ascendente” que lleva a que se experimenten nuevas emociones positivas.

A continuación se describen las 10 Emociones Positivas que Barbara Fredrickson ha estudiado y recopilado información no solo a través de la observación y encuestas sino también en mediciones fisiológicas ante ciertos estímulos en sujetos de control:

- *Alegría.*

Hay muchas fuentes que te pueden hacer sentir alegría, como el regalo sorpresa de un amigo muy querido, un reconocimiento público, sacarte un carro en la lotería, una cena con tus amigos, entre otros. La alegría se experimenta como radiante y ligera,

los colores parecen más vivos, caminas con fuerza, tu cara se ilumina con una sonrisa y un brillo interior. No quieres perderte ni un solo detalle.

- *Gratitud.*

La gratitud llega cuando agradecemos algo que ha venido a nuestro encuentro como un regalo. Abre tu corazón y genera el impulso de corresponder, hacer algo bueno a cambio, ya sea por la persona que te ayudó o por alguien más. La gratitud tiene una cara opuesta, la sensación de estar en deuda. Si sientes que tienes que pagarle a alguien, no te sientes agradecido, sino en deuda, y esto genera una sensación desagradable. La gratitud es una sensación verdaderamente encantadora, una mezcla de alegría y agradecimiento; no sigue ninguna regla, es sincera e improvisada

- *Serenidad.*

Es cuando sueltas ese largo suspiro porque estás en una situación de lo más agradable y adecuada; por ejemplo, pasearte en la playa o meterte en la cama. La serenidad es la emoción luminiscente y suele venir después de otras formas de positividad, como la alegría y el orgullo.

- *Interés.*

Algo nuevo y distinto llama tu atención, una sensación de posibilidad o misterio. El interés requiere esfuerzo y atención. Sientes un impulso de explorar y sumergirte en lo que acabas de descubrir, detectas retos que te permiten fortalecer tus habilidades.

- *Esperanza.*

Aparece cuando estás en una situación desesperada, no te está yendo bien o tienes muy poca certeza acerca de cómo saldrán las cosas. La esperanza te sostiene, te impide rendirte a la desesperación, y te motiva a aprovechar tus propias capacidades e ingenio. Gracias a la esperanza encontramos la energía necesaria para hacer

todo lo posible por forjarnos una buena vida para nosotros mismos y quienes nos rodean.

- *Orgullo.*

Es una de las llamadas emociones cohibidas, tiene dos sentimientos opuestos: la vergüenza y la culpa. El orgullo florece tras un logro en el que has invertido esfuerzos y capacidades, y has tenido éxito. Despierta sueños de éxitos futuros, y de esta manera alimenta la motivación a seguir teniendo éxito.

- *Diversión.*

Implica el impulso de reírse y compartir la jovialidad con otros ante situaciones que resultan divertidas. La diversión es un hecho social.

- *Inspiración.*

Cautiva nuestra atención, reconforta nuestro corazón y nos involucra. Crea el impulso de dar lo mejor de nosotros mismos. Su antítesis es la envidia. Algunos ejemplos de inspiración podrían ser: escuchar una sinfonía de Beethoven, leer una obra literaria premiada o ver jugar a un campeón de un deporte.

- *Asombro.*

Es una inspiración abrumadora, como observar un atardecer en el mar, oír las olas chocando contra el acantilado o una caída de agua.

- *Amor.*

Es la integración de todas las emociones positivas anteriores. El contexto transforma todas las formas de positividad en amor, despierta una relación segura y abierta. La positividad, ya sea que se presente como cualquiera de las emociones positivas anteriormente descritas, amplía nuestra mente y expande nuestro campo de posibilidades, nos ofrece un nuevo panorama para enfrentar la vida (Fredrickson & Joiner, 2011).

## **Las emociones negativas**

El miedo-ansiedad, la ira, la tristeza-depresión y el asco son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica. Las tres primeras son las emociones más estudiadas en relación con el proceso salud-enfermedad.

Estas reacciones tienen una función preparatoria para que las personas puedan dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente, por lo que se consideran respuestas eminentemente adaptativas para el individuo. Sin embargo, en ocasiones encontramos que algunas de ellas pueden transformarse en patológicas en algunos individuos, en ciertas situaciones, debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad, adecuación al contexto, etc.

A pesar de la pujante aparición de la psicología positiva en los últimos años, el estudio de las “emociones negativas”, miedo-ansiedad, ira y tristeza-depresión, tuvo durante todo el siglo XX, y sigue teniendo, mucha fuerza en la investigación psicológica. También añadimos el asco, que en los últimos 15-20 años ha sido objeto de interés por parte de la comunidad científica. Un concepto relacionado es el de afectividad negativa, que puede ser entendida como un estado emocional transitorio o como una diferencia persistente en el nivel general de afectividad. La afectividad negativa es un rasgo que refleja la tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y de situaciones. Este rasgo se solapa con la ansiedad, incluyendo sentimientos subjetivos de tensión, preocupación, ansiedad, ira y tristeza.

- *Ira*

La ira es considerada una emoción negativa por la mayoría de los teóricos de la emoción. Esta emoción puede ser concebida atendiendo a tres tipos de definiciones de la valencia emocional, es decir, las emociones se pueden entender como positivas o negativas en base a: 1) las condiciones que evocan la emoción, 2) las consecuencias adaptativas de la emoción o 3) la experiencia subjetiva de la emoción.

- *Vergüenza.*

La vergüenza es una emoción que implica considerarse a sí mismo de un modo negativo a través de los ojos de los demás y puede ser el desencadenante de diversos problemas psicológicos. Cuando una persona siente vergüenza, piensa que hay algo malo en ella como persona; es decir, se centra en sí misma más que en su comportamiento y se siente expuesta, sin valor, defectuosa, impotente o fracasada.

Puede darse a diversos niveles. En su nivel más leve estaría el azoramiento normal que puede sentir una persona ante un pequeño error y que con frecuencia afrontamos riéndonos de nosotros mismos, como un tropezón al caminar.

- *Desprecio.*

El desprecio sólo se relaciona con las experiencias o acciones de las personas, no involucra sabores, olores o el sentir algo mediante el tacto. Es desaprobar a una persona o sus acciones, te sientes superior (por lo general moralmente) a ellas. Te sientes ofendido, pero necesitas necesariamente alejarte de la acción, como cuando sientes asco.

- *Asco*

El asco es una de las reacciones emocionales en las que las sensaciones fisiológicas son más poderosas. Esta reacción emocional suele darse ante estímulos desagradables (químicos, fundamentalmente) que son potencialmente peligrosos o molestos. Suele ser muy proclive a los condicionamientos aversivos, siendo los estímulos condicionados mayoritariamente olfativos o gustativos. La actividad fisiológica típica de esta emoción suele ser el aumento en la reactividad gastrointestinal y la tensión muscular.

- *Odio*

El odio es un sentimiento de profunda antipatía, disgusto, aversión, enemistad o repulsión hacia una persona, cosa, o fenómeno, así como el deseo de evitar, limitar o destruir a su objetivo. El odio es una intensa sensación de desagrado. Se puede presentar en una amplia variedad de contextos, desde el odio a intervenciones farmacológicas, al odio de uno mismo u otras personas, grupos enteros de personas,

la gente en general, la existencia, la sociedad, o todo. Aunque no siempre, el odio a menudo se asocia con sentimientos de enojo.

- *Tristeza*

Tradicionalmente se la ha considerado como una de las emociones desagradables, aunque no siempre se puede decir que es negativa. Sobre ella existe gran variabilidad cultural, e incluso algunas culturas no poseen palabras para definirla. No obstante, la tristeza-depresión, al igual que cualquier otra emoción, tiene una función genética adaptativa para recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar “energía” para poder hacer frente a siguientes procesos de adaptación.

- *Miedo*

El miedo y la ansiedad son las emociones que han generado mayor cantidad de investigación y sobre las que se ha desarrollado un arsenal de técnicas de intervención mayor desde todas las orientaciones teóricas psicológicas. La expresión patológica del miedo son los trastornos por ansiedad, que están relacionados con una respuesta de ansiedad desproporcionada e irracional ante un peligro inexistente. Es una de las reacciones que produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos.

- *Ansiedad.*

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida. En este sentido podemos considerar a la ansiedad como una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico(Fredrickson, Psychology, 2011).

## **La inteligencia emocional**

Goleman en 2012 define la inteligencia emocional como: “La capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones”, identificando las propias emociones y regulándolas de forma apropiada. Se debe tener en cuenta las habilidades para reconocer lo que los demás están pensando y sintiendo, tales como las habilidades sociales, empatía, asertividad, comunicación no verbal, entre otras.

### *Componentes*

#### *Conciencia emocional de uno mismo.*

Ser consciente de nuestros estados de ánimo, y los pensamientos que tenemos acerca de esos estados de ánimo.

#### *Autocontrol emocional.*

Capacidad para manejar las emociones de forma apropiada, teniendo buenas estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes, capacidad de autogenerarse emociones positivas.

#### *Competencia social.*

Es la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas, lo que implica habilidades sociales, capacidad de comunicación, empatía, respeto, asertividad, etc.

#### *Competencia para la vida y el bienestar.*

Habilidad para afrontar satisfactoriamente los desafíos de la vida, adoptando comportamientos apropiados y responsables. Dentro de esta competencia podemos incluir la habilidad para fijar objetivos realistas, toma de decisiones, búsqueda de recursos y ayuda, etc.

#### *Ejecución*

El optimismo es uno de los pilares fundamentales dentro de la Inteligencia Emocional, se debe tener una fuerte expectativa de que, en general, las cosas irán bien a pesar de los contratiempos y de las frustraciones. El optimismo es una actitud

que impide caer en la apatía, la desesperación o la depresión frente a las adversidades. Siempre y cuando se trate de un optimismo realista(Goleman, 2012).

### **Incidencia del Cáncer Infantil**

Si bien las estadísticas muestran que cada año más de 160.000 niños en el mundo son diagnosticados con cáncer. Aunque se ignora el número exacto de casos nuevos al año, ya que en muchos países no existe un registro de pacientes con esta enfermedad.

Las últimas cuatro décadas se han hecho importantes progresos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer y hoy podemos decir que éste se puede curar en la mayor parte de los casos si es detectado a tiempo. Esta enfermedad está ubicada en la segunda casilla siendo la causa más frecuente de mortalidad infantil en niños con edades comprendidas entre 1 y 14 años(El tiempo, 2014).

En Ecuador quince de cada cien muertes se producen a causa del cáncer.

En cuanto a la incidencia, nos encontramos a nivel medio en la escala mundial y regional.

De la totalidad de cáncer diagnosticado en el país, el 3% corresponde a cáncer en menores de 19 años de edad. Desde 2003 hasta 2005, fueron diagnosticados 8.423 casos totales de cáncer, de los cuales 293 fueron niños, niñas, jóvenes y adolescentes.

En 2013, se estima que se presentaron 134,9 casos de cáncer en mujeres y 125,9 casos en hombres por cada 100.000 habitantes, según proyecciones del Registro Nacional de Tumores.

Se conoce que la leucemia, con el 45 % de los casos, es la de mayor incidencia entre las poblaciones infantiles.

Y de este grupo, los más vulnerables, con el 32 % del total de casos, son los niños de entre cero y cuatro años de vida. La leucemia Linfoblástica aguda es la patología más frecuente en Pediatría (45 %), en segundo lugar lo ocupan los tumores de

sistema nervioso (9 %); tercero, linfomas (8,5 %); y cuarto, Retinoblastoma (6 %)(Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador, 2015).

Según estadísticas del Instituto SOLCA, Sociedad de Lucha contra el Cáncer, el caso con mayor incidencia en la ciudad es el cáncer a la sangre o leucemia, seguido de tumores en el sistema nervioso central y de tumores en el sistema linfático.

En el 2013, los casos de cáncer infantil en SOLCA, en niñas de 0 a 18 años, fueron 11 de leucemia, cuatro de tumor maligno de encéfalo, tres de tumor maligno en huesos y cartílagos y dos de linfoma o cáncer del sistema linfático, que ataca a una parte del sistema inmunológico.

En niños de 0 a 18 años, se presentaron 13 casos de leucemia, cinco de la enfermedad de Hodgkin o un tipo de linfoma, y tres de cáncer del sistema linfático. Los otros casos, para niñas y niños, fueron de tumores malignos de otros tejidos conjuntivos.

En el 2015 el instituto recibió a 62 niños que ahora se encuentran en tratamiento, quienes junto a niños que ingresaron en años anteriores, suman un total de 93 casos de cáncer infantil, que se atienden actualmente en SOLCA.

### **Aceptación del tratamiento contra el Cáncer**

Cuando una familia recibe la noticia de que su hijo o hija tiene leucemia, linfoma u otro tipo de cáncer, se enfrenta a la incertidumbre. Es un tiempo lleno de nuevas personas y situaciones, preocupaciones y cambios. Puede ayudar el saber que las tasas de sobrevivencia para los niños con cáncer han mejorado significativamente durante las últimas décadas (Martinez & Ferandez, 2013).

La adherencia al tratamiento se define como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud”. Se considera que hay adherencia al tratamiento cuando no hay retraso de éste o no hay interrupción temprana del mismo.

Tres son los tratamientos que tradicionalmente se han utilizado para el manejo del cáncer: (1) la cirugía, (2) la radioterapia y (3) la quimioterapia. Suelen administrarse de forma conjugada o seleccionarse uno u otro de ellos, de acuerdo con las características del caso clínico a tratar.

Sin embargo, a pesar de los importantes avances científicos en la administración de cada uno de ellos, siguen siendo iatrogénicos e implican un alto costo psicológico y biológico para los pacientes. Por ejemplo, aún si la tendencia es que la cirugía oncológica sea de carácter conservador, las mutilaciones visibles y no visibles continúan predominando; pese a la existencia de perfeccionadas y novedosas moléculas antieméticas, la radioterapia y la quimioterapia continúan provocando náuseas y vómitos que interfieren en la cotidianidad y el bienestar subjetivo de los pacientes. Sin embargo, el propósito de todo tratamiento oncológico es reducir el volumen tumoral e idealmente erradicar la masa o lesiones metastásicas; la cirugía a través de la resección, la radioterapia a través de la radiación y la quimioterapia a través de la administración de agentes antineoplásicos; pero los deletéreos efectos colaterales que se pueden presentar como resultado de los tratamientos oncológicos mencionados, ponen en riesgo la probabilidad de adherencia del paciente a ellos.

Lo anterior explica que los tratamientos oncológicos hayan sido históricamente estigmatizados pues la experiencia de los pacientes que los reciben, ha trascendido a la población general resaltándose la desagradable y costosa experiencia con ellos. Así, los prejuicios y los imaginarios colectivos alrededor de dichos tratamientos pueden explicar las respuestas de evitación que emiten quienes deben decidir el inicio o mantenimiento del tratamiento oncológico.

Cerca de la mitad de los pacientes no se adhieren a las recomendaciones de sus médicos para la prevención o tratamiento de las enfermedades crónicas o agudas. La literatura sugiere que entre el 25% y el 50% de los pacientes no cumplen con las recomendaciones médicas, incluyendo tomar los medicamentos prescritos, asistir a las citas y modificar hábitos personales. Las tasas de adherencia a las terapias con medicamentos suministrados por largo tiempo, como puede ser el caso de la

quimioterapia oral a menudo administrada para el tratamiento de algunos tipos de cáncer, son sorprendentemente bajas (40%-50%) o variables (20%-100%).

Incluso se calcula que 1 de cada 10 pacientes abandonan la primera prescripción de la quimioterapia oral. Por ejemplo, las tasas de adherencia a las terapias por vía oral varían del 16% al 100% en pacientes con cáncer de mama.

Entre los factores biológicos que se han asociado con la adherencia al tratamiento se encuentran: (1) los aspectos específicos del mismo (tipo, complejidad, efectos secundarios y duración); (2) las características de la enfermedad (síntomas, duración, discapacidad y gravedad definida médicamente) y (3) el apoyo adecuado en el manejo de los efectos secundarios producidos por los tratamientos.

Entre los factores cognoscitivos que aumentan la probabilidad de adherencia se encuentran: (a) las actitudes generales que tienen los pacientes sobre la salud y la enfermedad; (b) la percepción de riesgo, (c) los conocimientos específicamente los que se relacionan a las recomendaciones, (d) las creencias acerca de la salud y de los medicamentos y actitudes sobre el cuidado, (e) la experiencia previa que tienen los pacientes con los efectos secundarios de los tratamientos y (f) el optimismo.

Dentro de los factores sociales que aumentan la probabilidad de adherirse al tratamiento se encuentran: (a) el apoyo social y familiar, (b) la cohesión familiar, (c) el estado civil, (d) la estabilidad que el grupo primario le dé al paciente, (e) los grupos de apoyo, (f) el grupo étnico; (g) la información del médico sobre el tratamiento a realizar, sobre los efectos secundarios y sobre el propósito del mismo; (h) el tipo de trabajo (servicio o independiente); (i) nivel educativo superior (Palacios & Espinoza, 2011).

## 17. METODOLOGÍA

El presente trabajo corresponde a un estudio cualitativo pues se realizara en base al test denominado escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson (Anexo2), cuyos resultados serán explicados teóricamente, descriptivo pues describirá cada una de los ítems con su respectiva fundamentación, de igual manera se observara cómo reacciona cada cuidador con cada una de las preguntas formuladas, de corte transversal ya que se buscara en primera instancia el número de niños que tienen dicha enfermedad y se tomaran en cuenta a los que siguen el tratamiento quimioterapéutico, esta investigación Impacto Emocional en Cuidadores de niños con Cáncer del hospital oncológico SOLCA-Loja 2016, se realizara en la Ciudad y Provincia de Loja (Zonal 7).

En el año 2015 se registraron un total de 194 niños con Cáncer en la Ciudad y Provincia de Loja siendo estos considerados como una población Diana. Se determinó que, de este número de niños, solo el 36% que corresponden a 55 niños toman el tratamiento en este hospital oncológico de la ciudad de Loja, aproximadamente el 44% lo hacen en otras ciudades y el otro 20% no toma el tratamiento por falta de recursos.

Para esta investigación serán considerados 55 Cuidadores de niños con Cáncer, mismos que acuden regularmente a los controles médicos y de igual forma someterse a los tratamientos quimioterapéuticos en el Hospital de SOLCA-Loja.

Es de vital importancia dentro de la investigación el desarrollo de variables, en la misma se ha considerado como variable independiente a la enfermedad del Cáncer definido como el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo, y como variable dependiente el impacto emocional que es el efecto que producen algunas noticias en nuestro ánimo, pueden ser tan intensas como más tolerables.

Para conocer el Impacto Emocional en los cuidadores de niños con Cáncer se desea recolectar y analizar los datos mediante la aplicación de un test, el mismo que contara con preguntas muy precisas (Anexo 2).

## **Métodos, Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:**

Es importante en un estudio tener los permisos y autorizaciones de la institución patrocinadora en la que se llevara a cabo la investigación, para poder intervenir en la recolección de datos. Por esta razón será de mucha importancia el trabajar con el documento de consentimiento informado (Anexo 3), ya que permitirá invitar a las personas a participar de la investigación, dando buen uso a los resultados obtenidos.

## **Área de estudio**

Loja, oficialmente Inmaculada Concepción de Loja, es una ciudad del Ecuador, capital de la provincia y cantón Loja, ubicada en el sur del país. La ciudad es hogar de dos universidades importantes: la Universidad Nacional de Loja y la Universidad Técnica Particular de Loja. Actualmente ocupa la zona 7 conjuntamente con las provincias del Oro y Zamora Chinchipe.

SOLCA de Loja nace en la ciudad de Loja, el 23 de agosto de 1962, con la participación de lo más representativo del mundo médico, social y cultural de la ciudad, que acogieron con entusiasmo la iniciativa del doctor Leoncio Cordero Jaramillo, miembro del Núcleo de SOLCA de Cuenca, de organizarse para luchar contra la terrible enfermedad del cáncer.

El Hospital de SOLCA- LOJA se encuentra ubicado al norte de la ciudad, sector el Valle, teniendo como referencia el Parque Recreacional Jipiro, ofrece los servicios de: Laboratorio de Citología, Cirugía, Farmacia, Gastroenterología, Fisioterapia, Oncopediatría, Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos, Centro de Radioterapia, Oncología, Diagnóstico e Imagen, Laboratorio de Patología, Laboratorio Clínico, Chequeo Preventivo Oncológico, Consulta Externa.

El piso de Oncopediatría se encuentra ubicado en el segundo piso del bloque "A" de SOLCA, anexo al Área de Clínica, consta de sala de juegos, sala de cine.

## **Supervisión y Coordinación**

El presente trabajo investigativo contará con la supervisión del docente director de tesis, el investigador se apegará a los periodos contemplados para la recolección de datos, además se adjuntara evidencia física (Fotografías), durante el proceso. Además que se adjuntaran los test a la investigación.

## **Tiempo de la Investigación.**

La duración del presente trabajo es de 6 meses, contemplados en los periodos Septiembre 2016- Marzo 2017.

## **Fuentes de información**

La fuente de información será de tipo primario, ya que se abordara directamente a los cuidadores de los niños con Cáncer, mismos que brindaran la información necesaria para la investigación.

En el comienzo de la aplicación del Test (Anexo2), se adjuntara una tabla de datos, la misma constara de preguntas simples tales como el Nombre, Edad, Sexo, Antecedentes patológicos personales de Cáncer, Aceptación al tratamiento; estos responderán a la variable Independiente.

La interpretación de los datos se realizara mediante la asignación de un valor a cada ítem, los mismos serán sumados y se procederá a obtener el total de emociones negativas y positivas respondiendo a la variable dependiente.

Estos datos serán presentados en forma de pasteles que permitan establecer el grado de impacto emocional encontrado durante la aplicación de cada instrumento.

## **Uso de los Resultados.**

Los datos obtenidos serán confidenciales y serán entregados al departamento de Docencia de dicha casa de salud para su respectivo análisis y que se pueda abordar el problema con los métodos más adecuados que ellos consideren.

## 18. RECURSOS DE LA INVESTIGACIÓN

Autofinanciado: 690 dólares.

Recursos	Humanos	Materiales	Técnicas	Financieras
<b>Elaboración y ejecución del proyecto</b>	Investigador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadora</li> <li>• Papel</li> <li>• Impresora y tinta</li> </ul>	✓ Microsoft Word	500
<b>Recolección de datos</b>	Investigador Cuidadores de niños con Cáncer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos de recolección de datos</li> </ul>		60
<b>Tabulación y análisis de datos</b>	Investigador		✓ Microsoft Excel	35
<b>Elaboración del primer borrador</b>	Investigador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel</li> <li>• Tinta para impresora</li> </ul>	✓ Microsoft Word ✓ Microsoft Excel	30
<b>Elaboración del segundo borrador</b>	Investigador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel</li> <li>• Tinta para impresora</li> </ul>	✓ Microsoft Word ✓ Microsoft Excel	20
<b>Elaboración del tercer borrador</b>	Investigador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel</li> <li>• Tinta para impresora</li> </ul>	✓ Microsoft Word ✓ Microsoft Excel	20
<b>Elaboración del informe final del proyecto</b>	Investigador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel</li> <li>• Tinta para impresora</li> </ul>	✓ Microsoft Word ✓ Microsoft Excel	25
<b>TOTAL</b>				690

## 19. CRONOGRAMA:

**Proyecto: Impacto Emocional en Cuidadores de niños con Cáncer en el Hospital Oncológico SOLCA-Loja 2016-2017.**

FECHA	MARZO /16	ABRIL /16	MAYO /16	JUNIO/ 16	JULIO/ 16	AGOSTO /16	SEPTI EMBR E/16	OCTUB RE/16	NOVIE MBRE/ 16	DICIEM BRE/1 6	ENERO /17	FEBRERO/ 17	MARZO º17	ABRIL /2017
ACTIVIDAD														
CONSTRUCCION DEL PROYECTO	■	■	■	■	■	■								
APROBACION DEL PROYECTO Y DESIGNACION DE DIRECTOR DE PROYECTO							■							
CONSTRUCCION DEL MARCO TEORICO								■						
RECOLECCION DE INFORMACION									■	■				
TABULACION Y ANALISIS DE DATOS										■	■			
ELABORACION DEL PRIMER BORRADOR DEL PROYECTO												■		
ELABORACION DEL SEGUNDO BORRADOR DEL PROYECTO													■	
ELABORACION DEL TERCER BORRADOR DEL PROYECTO														■
ENTREGA DEL INFORME FINAL DEL PROYETO														■

Autor: Matute, J, 2016

## 20. BIBLIOGRAFÍA

- Aparecida, E., & Aparecida, M. (2010). Cuidando del niño con cáncer: evaluación de la sobrecarga y calidad de vida. *Latino*.
- Contitucion de la Republica del Ecuador. (2013). Proteccion de la información. *Constitucion de la Republica del Ecuador*.
- De la Huerta, R., Corona, J., & Méndez, J. (2010). Evaluación de los estilos de afrontamiento.
- Díaz, C. (2010). Clima social y familiar en adolescentes con cancer.
- El tiempo. (15 de 02 de 2014). *El Tiempo*. Obtenido de <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/137799-la-valenta-a-de-los-nia-os>
- Flores, N. (2010). Padres del paciente pediátrico con enfermedad crónica.
- Fredrickson, B. (2011). *Psychology*. California.
- Fredrickson, B., & Joiner, T. (2011). España.
- Fredrickson, B., & Joiner, T. (2011). Emosiones Positivas. *Psychology*.
- Goleman, D. (2012). *Inteligencia Emocional*. Valencia: Kairós.
- Henriksson MM, I. E. (2014). *Mental disorders in cancer suicides*. Estados Unidos.
- Limonero, J., & Casacuberta, D. (2010). *Cognición y Emoción*. Barcelona.
- Martinez, F., & Ferandez, J. (2013). Psicología aplicada a Enfermería.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Modelo de Atención Integral en Salud*. Quito.
- Montañés, M. C. (2009). *Pasicologia de la Emocion: El proceso Emocional*. Valencia.
- Moreira, P., & Angelo, M. (2010). Ser madre de un niño con Cancer. *Latino*.
- Nájera, G., & Ledezma, M. (2011). Incertidumbre de los niños con Cancer. *Enfermería Neurológica*.
- Nájera, G., & Ledezma, M. (2011). Incertidumbre en padres de niños con cáncer. *Enfermería Neurológica*.
- Nájera, G., Ledezma, M., Patiño, J., & Galicia, R. (2010). Incertidumbre en padres de niños con cáncer. *INNN*.
- Pacheco, M., & Madero, L. (2010). *Oncologia Pediatrica*. Mexico.
- Palacios, X., & Espinoza, L. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes.

Plan Nacional del Buen Vivir. (2013). En Ecuador, *Plan Nacional del Buen Vivir* (págs. 83-85). Quito.

Rocío De la Huerta H., J. C. (2011). Evaluación de los estilos de afrontamiento. *Medigraphic*.

Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador. (16 de 04 de 2015). *Salud SA*.  
Obtenido de Salud SA:  
<https://www.saludsa.com/vivesaludtotal/index.php/cancer/el-cancer-en-el-ecuador/423-el-cancer-en-el-ecuador>

Sociedad Latinoamericana de lucha contra el Cancer. (2013). *El cancer afecta su salud emocional*. España.

Yélamos, C., & Fernández, B. (2011). Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. *Emociones con el Cancer*.

## 21. ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA.**  
**ANEXO 1**

**Proyecto: Impacto Emocional en Cuidadores de niños con Cáncer en el Hospital Oncológico SOLCA-Loja 2016-2017**

### Cuadro Operacional de Variables

	<b>Variable</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
<b>Independiente</b>	<b>Cáncer</b> Crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo. Las células cancerosas también se denominan células malignas. El cáncer se origina de células en el cuerpo.	Crecimiento descontrolado de células	Sexo	<b>M (..) F (..)</b>
			Edad	
			Antecedentes Patológicos Personales.	<b>Refiere</b> <b>SI (..) NO (..)</b>
			Extensión	<b>Diseminado</b> <b>SI (..) NO (..)</b>
			Aceptación al tratamiento	<b>SI (..) NO (..)</b>
<b>Dependiente</b>	<b>Impacto Emocional</b> El efecto que producen algunas noticias en nuestro ánimo puede ser tan intenso como un poco más tolerable.	Efecto que producen algunas noticias en nuestro ánimo	<b>Emociones positivas.</b> 1. Diversión o humor. 2. Asombro sobrecogido. 3. Agradecimiento, 4. Esperanza 5. Inspiración 6. Interés 7. Alegría, 8. Amor 9. Orgullo 10. Calma o serenidad)	Escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson (Anexo2)

			<b>Emociones Negativas.</b> Enojo o ira. Vergüenza Desprecio Asco Culpa Odio Tristeza Miedo Ansiedad	
--	--	--	---	--

**Auto  
r:  
Jenn  
er  
Alex  
ande  
r  
Mat  
ute  
Salaz  
ar**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA.**  
**ANEXO 2**

**Proyecto: Impacto Emocional en Cuidadores de niños con Cáncer en el Hospital Oncológico SOLCA-Loja 2016-2017**

➤ **Instrumento de Recolección de Datos**

**Testescala de emociones positivas y negativas de Fredrickson**

Estimado Sr/a. como egresado de la carrera de Enfermería me dirijo a usted para solicitarle se digne participar en la investigación titulada "IMPACTO EMOCIONAL EN CUIDADORES DE NIÑOS CON CANCER EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA-LOJA 2016-2017", que tiene como objetivo principal: Determinar el nivel de impacto emocional en cuidadores de los niños con Cáncer de Hospital Oncológico SOLCA-Loja. Por lo que solicito a Usted: Leer detenidamente los ítems, y marcar las opciones pensando el cómo se ha sentido después de que sea confirmada la enfermedad de su hijo/a. Piense en las diferentes actividades de ese episodio y, usando la escala de 0-4, indique cuánto has

<b>Sexo</b>	<b>H</b>	<b>M</b>
<b>Edad</b>		
<b>Antecedentes Patológicos Personales</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Extensión</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Aceptación al Tratamiento</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

experimentado los siguientes sentimientos:

**0 – Nada, 1 – Un poco, 2 – Moderadamente, 3 – Bastante, 4 – Mucho.**

Nº:

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1¿Cuán divertido, entretenido o chistoso te has sentido?					
2¿Cuán enfadado, irritado o molesto te has sentido?					
3¿Cuán avergonzado o humillado o ridiculizado te has sentido?					
4¿Cuán maravillado, asombrado o sorprendido te has sentido?					
5¿Cuán despectivo, despreciativo o desdeñoso te has sentido?					
6¿Cuánto asco, repugnancia o repulsión has sentido?					
7¿Cuán cohibido, tímido, avergonzado o ruborizado te has sentido?					
8¿Cuán agradecido te has sentido?					

9¿Cuán culpable o arrepentido te has sentido?					
10¿Cuánto odio, desconfianza o sospecha has sentido?					
11. ¿Cuán esperanzado, optimista o alentado te has sentido?					
12¿Cuán inspirado, iluminado o entusiasmado te has sentido?					
13¿Cuán interesado, alerta o curioso te has sentido?					
14¿Cuán alegre, contento o feliz te has sentido?					
15¿Cuánto amor, cercanía o confianza has sentido?					
16.- ¿Cuan confiado, seguro de ti mismo u orgulloso te has sentido?					
17¿Cuán triste, desanimado o infeliz te has sentido?					
18¿Cuán asustado, temeroso o miedoso te has sentido?					
19¿Cuán sereno, calmo o apacible te has sentido?					
20.- ¿Cuán estresado, nervioso o abrumado te has sentido?					

Fuente: Escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson, 2011

**¡Gracias por su colaboración!**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA.**  
**ANEXO 3**

**Proyecto: Impacto Emocional en Cuidadores de niños con Cáncer en el Hospital Oncológico SOLCA-Loja 2016-2017**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

<b>Carta de consentimiento informado para participación en proceso de Investigación.</b>	
N°: <input type="text"/>	
Loja,..... de ..... del 2017	
Yo _____ convengo participar de manera Individual y Anónima en el protocolo de investigación titulado " <i>Impacto emocional en cuidadores de niños con Cáncer del Hospital Oncológico SOLCA-Loja</i> "	
<b>El objetivo del estudio es:</b> Determinar el nivel de impacto emocional en cuidadores de los niños con Cáncer de Hospital Oncológico SOLCA-Loja.	
<b>Su participación consistirá en:</b> responder proyectivamente a una serie de preguntas y contestar un cuestionario, vinculadas al tema de estudio.	
El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre esta actividad, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de este procedimiento, los riesgos, inconvenientes, molestias, beneficios derivados de la participación en el estudio o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.	
El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.	
<b>Nombre y firma del participante.</b>	<b>Nombre y firma del investigador responsable.</b>
.....	.....

