

2006

Factores biológicos y socioculturales que influyen en el afrontamiento de los padres, durante los primeros cuatro meses del diagnóstico de cáncer de uno de sus hijos, en el área de Oncohematología del Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, periodo 2005

Bustamante, María Alicia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1141>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SERVICIO SOCIAL.

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

CATEDRA: TALLER DE TRABAJO FINAL.

PROFESORA: LIC. EN ENFERMERÍA:

LAURA CELAYA.

" PROTOCOLO DE INVESTIGACION"

PERTENECIENTE A:

**BUSTAMANTE, MARÍA ALICIA, ENFERMERA.
PASTRANA, PATRICIA ALEJANDRA, ENFERMERA.**

~~COORDINADOR DE GRUPO:~~

CRESCITELLI, LUCIA GRACIELA, ENFERMERA.

TUTOR:

SCARAFIA SUSANA, LIC. EN ENFERMERÍA.

Marzo, 2006.

9
/

TÍTULO

“Factores biológicos y socioculturales que influyen en el afrontamiento de los padres, durante los primeros cuatro meses del diagnóstico de cáncer de uno de sus hijos, en el área de Oncohematología del Hospital Materno Infantil de la Ciudad de Mar del Plata, período 2005 .”

INDICE:

Carátula.	
Indice.	
Título	1.
I.Introducción.	2.
A.Introducción al problema.	
B.Formulación del problema.	7.
C.Objetivos.	8.
II. Marco teórico.	9.
A.Hipótesis.	22.
B.Variables.	23.
III.Diseño Metodológico.	29.
A.Tipo de Estudio.	
B.Universo.	
C.Técnicas.	
D.Instrumentos.	
E.Plan de tabulación y análisis de los datos.	
F.Recursos.	
G.Delimitación Geográfica.	
H.Delimitación Demográfica.	
I.Delimitación Temporo-Espacial.	
J.Cronograma.	31.
IV. Anexo	32.
Bibliografías.	39.
Agradecimientos.	40.

I. INTRODUCCION

A. Introducción al problema.

El objetivo de este trabajo es determinar los factores biológicos(edad de los padres, sexo de los padres), sociales (apoyo social, nivel de instrucción) y culturales (creencias religiosas),que influyen en el afrontamiento de los padres,durante los primeros cuatro meses del diagnóstico de cáncer en uno de sus hijos.

Este estudio se centrara en la figura de los padres que afrontan dicho diagnostico.

Este problema surge de las observaciones previas que se han realizado desde la mirada de Enfermería en el servicio de Oncohematología del Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, al ver lo vulnerables que quedan los padres frente a una situación tan extrema como es la del diagnóstico de cáncer en uno de sus hijos. Cada día se manifiesta con mas incidencia en nuestra comunidad; percibiéndose por el aumento de internaciones en este servicio, es por ello que surge la necesidad de una indagación profunda y la búsqueda de conocimientos específicos.Con este trabajo se brindara información para generar las estrategias de cuidados Enfermeros,con el único objetivo, que es el de aplicarlas en forma eficaz y de manera eficiente, en el logro de una mejora en la calidad de los cuidados de salud, bio-psico-social-cultural-espiritual, dirigidos a la familia y por ende, al niño enfermo de cáncer.

Un problema de tal magnitud nos involucra a todos, no solo a nivel profesional sino también social, ya que dicho problema se imparte desde nuestra sociedad, formada por este tipo de familias entre otras.

El interés personal y profesional que nos impulsa a esta investigación, esta determinado por las experiencias previas vividas y observadas con este grupo etario en particular y por pertenecer al equipo de enfermeras que han .orientado su actividad profesional hacia el área de Oncohematología infantil,

habiendo estimado la factibilidad de realización de dicha investigación, previa autorización institucional, nos motiva aun más.

Las familias se derrumban y no es solamente, por cambios de valores o costumbres. Mas allá de los cambios sociales, que se producen a pasos agigantados en todo el mundo, esta presente la gran influencia de esta profunda y devastadora problemática.

Modificaciones estructurales y funcionales, desequilibrios y reorientaciones lleva implícita la dinámica de afrontamiento familiar, en especial la de los padres.

Siendo la cabeza de la institución primaria de la que se supone cumple un Rol sustancial en su propio sostenimiento y desarrollo y el de sus miembros, es nuestra preocupación brindar la ayuda necesaria para que logren afrontar de la manera más eficaz, esta situación de crisis por la que pasan y no se derive en una situación patológica, que fue originada por tal diagnóstico.

La valoración familiar del afrontamiento de los padres, al diagnóstico de cáncer, se realizará utilizando como marco conceptual y referencial a:

Marjory Gordon con su "Análisis de los Patrones Funcionales de Salud", se hará hincapié en:

- Rol - relaciones
- Adaptación - Tolerancia al estrés.
- Autopercepción – Autoconcepto
- Valores y Creencias.¹
- Kaplan, H.. "Análisis de tipos y Etapas de Crisis"².
- La North American Nursing Diagnosis Association, (Nanda,) quien identifica al concepto de Afrontamiento como un diagnóstico de Enfermería y lo define en cinco tipos diferentes, a saber:

1 Marjory Gordon. diagnóstico Enfermero. Patrones funcionales Ed. Mosby. dogma. 3º ed. Madrid, 1995.

2 Kaplan, H. "Teoría de la Crisis" Ed Medica Panamericana España. 1999.

- **Familiar Eficaz:** Es el manejo eficaz de los factores de estrés, internos o externos, dirigido hacia la adaptación.
- **Familiar ineficaz Comprometido:** Es el estado en el que los familiares, u otras personas significativas, que habitualmente dan apoyo al individuo, responden temporalmente ante un cambio de salud, con ayudas insuficientes o conductas inadecuadas para las necesidades de adaptación de la situación.
- **Familiar Ineficaz Incapacitante:** Es el estado en el que una familia demuestra, o esta en situación de riesgo de demostrar, un comportamiento destructivo como respuesta a una incapacidad para controlar los factores del estrés, internos o externos, secundario a la falta de recursos adecuados(físicos, psicológicos y cognitivos).
- **Familiar Potencial de Desarrollo:** Es el estado en el que los miembros de la familia denotan una mayor eficacia en la adaptación necesaria para afrontar un cambio de salud de algún miembro, evidenciando disponibilidad y deseos de un mayor desarrollo en su participación.
- **Individual Ineficaz:** En esta situación la persona o individuo experimenta, o corre el riesgo de experimentar, una incapacidad para controlar los factores de estrés, internos o externos, por carecer de los recursos adecuados (físicos, psicológicos, de conducta, cognitivos, o todos ellos.)³.

³ North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Ediciones Harcourt. 2003 .

De estos cinco diagnósticos de Enfermería, se seleccionaron tres de ellos (Afrontamiento Familiar Eficaz, Familiar ineficaz e individual ineficaz), al realizarse dicha selección debido que el Protocolo esta circunscripto al diagnostico de cáncer, durante los primeros cuatro meses y no al tratamiento ni a la internación prolongada, ni pronostico del niño, y teniendo en cuenta que esta variable cambia, según las diferentes etapas de este proceso de salud enfermedad, se tendrá en cuenta el resto de los diagnósticos para una próxima investigación del tema.

Se pretende como objetivo general lograr determinar, en forma cualicuantitativa, los diferentes factores, biológicos y socioculturales, que influyen en los distintos afrontamientos ya sean eficaz o ineficaz, de los padres al diagnóstico de cáncer en uno de sus hijos.

Por los conocimientos empíricos previos, se observa que los padres de menor edad presentan un afrontamiento más eficaz frente al diagnóstico de cáncer en uno de sus hijos, que aquellos padres que, siendo mayores en edad no logran este tipo de afrontamiento, como así también, la diferencia existente en la forma de afrontamiento según el sexo, de los mismos, ya que por una cuestión de genero y naturaleza sus reacciones no son idénticas, probablemente por los estereotipos culturales que marcan papeles diferentes al sexo masculino y al femenino, también existen factores socioculturales, externos a la persona, que influyen altamente para un afrontamiento eficaz ante un diagnostico semejante, como por ejemplo: el apoyo social, ya sea de otros familiares, de amigos, de los profesionales de la salud y el nivel de instrucción que poseen dichos padres, pues de esto dependerá el entendimiento y la comprensión de la información recibida y las creencias religiosas, que aunque no sean profesadas ni practicadas, la mayoría de las personas que pasan por situaciones que amenazan la vida, recurren a ellas,

en la búsqueda desesperada de respuestas, que le brinden la esperanza de que todo va a estar "bien".

Palabras claves: Cáncer- Afrontamiento- crisis-Duelo.

B.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores biológicos y socio- culturales, que influyen en el afrontamiento de los padres, durante los primeros cuatro meses del diagnóstico de cáncer en uno de sus hijos, en el área de Oncohematología del Hospital Materno Infantil, de la ciudad de Mar Del Plata, periodo 2005?.

C . OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar los diferentes factores biológicos y socio- culturales que influyen en el afrontamiento de los padres, durante los primeros cuatro meses del diagnóstico de cáncer en uno de sus hijos.

Objetivos Específicos:

1. Describir el Afrontamiento de la madre y del padre.
- 2- Describir Factores Biológicos, edad y sexo.
- 3- Describir Factores socioculturales,apoyo social, nivel de instrucción y creencias religiosas.
- 4- Identificar la asociación entre factores Biológicos y tipo de afrontamiento.
- 5- Identificar la asociación entre Factores socioculturales y tipos de Afrontamiento.

II. MARCO TEÓRICO

Un gran apartado de la literatura sobre la problemática psico-social del niño con diagnóstico de cáncer lo constituye la familia. Para esta, un niño con cáncer significa vivir con un niño gravemente enfermo y estar bajo la amenaza permanente de la pérdida de un miembro familiar.

El impacto sobre la familia se ha discutido mayoritariamente con relación a los miembros familiares individuales y no tomando a la familia en su realidad de conjunto.

Por esto se hace necesario un nuevo conocimiento sobre los aspectos amenazantes de la vida, prestando mas atención en los aspectos emocionales de las personas para afrontar dicha situación, por la gran influencia que ejercen en la evolución de la enfermedad del niño que la padece.

Los padres reaccionan de diferentes maneras al diagnóstico de cáncer en uno de sus hijos, ya sea en forma conjunta, como individual.

Algunos autores que se interesaron en esta problemática proponen que la primera reacción es de "shock".

Otros, como Binger, piensan que las reacciones se asocian con sentimientos de ansiedad, pena, ira, hostilidad, culpa e incredulidad. Y en la práctica, éstas son las respuestas emocionales observadas más a menudo en los padres que se encuentran en esta situación de crisis.⁴

A pesar de los avances de la clínica oncológica, la mayoría de los padres pone de manifiesto respuestas al diagnóstico de cáncer prácticamente idénticas, implicando que para la mayoría de los padres el diagnóstico de cáncer en el niño está todavía conectado inseparablemente con la muerte, por lo tanto, los padres tienen que ser reeducados en el cáncer y en el diagnóstico para darles una esperanza real del futuro.

4. BINGER, CARL. The Doctor's Job. Buenos Aires, Paidós, 1969

El anuncio del diagnóstico puede ser el momento más doloroso, y las reacciones emocionales de los padres son habitualmente sentimientos de:

1. Culpabilidad; el cáncer puede ser vivido como un castigo o una falta, embarazo no deseado o ilegítimo, negligencia, etc.

2. Soledad, fracaso, desesperación.

3. Temor en cuanto a la reacción del niño y a las perspectivas de afrontar la muerte de este.

4. Cólera y hostilidad contra la enfermedad, los cuidadores, los otros niños, el mundo, Dios.

Desde el punto de vista cognitivo otros autores afirman de las reacciones emocionales de los padres: Los padres reaccionan a menudo, con aislamiento inicial, incredulidad, perplejidad.

Los mecanismos de afrontamiento más comúnmente empleados son: el aislamiento del afecto y el interés excesivo por las técnicas médicas y la negación, que se traduce como una estimación más optimista que hace que los padres esperen una evolución favorable.

Durante las primeras semanas siguientes al diagnóstico, no son raras las reacciones ansiosas (tensión, rumiación, pánico) y depresivas (tristeza, disminución de la energía, problemas de concentración, y pérdida del apetito y del sueño); de intensidad media o severa.⁵

Autores como Spinetta, sostienen que las madres, continúan bastante bien después del diagnóstico y que muchos padres afirman que el diagnóstico de cáncer de sus niños los ha cambiado durante mucho tiempo, arrastrando un cambio en el sistema de valores y un cierto decaimiento del humor, siendo muy difícil la vuelta a la normalidad.

⁵. Spinetta, J. Adjustment in Children with Cancer, Journal Of Paediatric Psychology, 2:2, 49-51 1977.

Desde los modelos cognitivos de la emoción, no son las situaciones en si mismas las que provocan una reacción personal, sino que la variable desencadenante de tal reacción, es la interpretación que el individuo haga de tales situaciones o estímulos.

Es así que dentro de los modelos cognitivos, el modelo de la valoración cognitiva ha alcanzado una relevancia sobresaliente.

En este contexto y desde el modelo de Lazarus⁶, la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza, primero sobre las consecuencias que la situación tiene para el mismo (valoración primaria) y a posteriori, si el saldo de la valoración es de amenaza o de desafío, el sujeto valora los recursos de que dispone, para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria).

La valoración secundaria se refiere a la capacidad de afrontamiento (Cooping) siendo este un proceso psicológico que se pone en marcha cuando el entorno se manifiesta amenazante. Autores como Lazarus definen al afrontamiento como un proceso que se activa cuando se percibe la amenaza, interviniendo entre la amenaza y los resultados observados y tiene como objetivo regular el conflicto emocional y eliminar la amenaza. Para otros autores el afrontamiento son "los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para controlar las demandas específicas, externas o internas evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos; en este caso, de los padres

⁶ Lazarus, R. y Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, Martínez Roca. 1986.

Algunas investigaciones previas determinan a las estrategias de afrontamiento que operan igualmente para disminuir los sentimientos de perturbación asociados con la amenaza. Cuanto más se reducen los efectos negativos puede decir que el proceso de afrontamiento es más efectivo. A este respecto, se ha subrayado que las formas en que la gente afronta el estrés pueden ser incluso más importantes en el funcionamiento psicosocial, que la frecuencia o severidad de los mismos episodios de estrés.

La literatura ha intentado identificar la conducta de afrontamiento relacionándola con los resultados del proceso de afrontamiento, y tanto los niños como los padres, se dividían en “buenos” y “malos” afrontadores, dependiendo de la efectividad o ineffectividad de las estrategias de afrontamiento.

Las estrategias más importantes relacionadas con los resultados positivos son comunicación abierta y honestidad manteniendo la esperanza y el uso efectivo de los mecanismos de defensa, en particular la negación.

Una familia con una comunicación abierta tiene una mejor adaptación emocional. Los niños de familias abiertas tienen un mejor auto-concepto, son menos defensivos. La comunicación familiar es un gran elemento para la unión familiar.

La negación, que una vez se consideró como un mecanismo de defensa destructivo en el caso de enfermedad, se considera ahora que juega un papel crucial para afrontar la realidad diaria y mantener una perspectiva positiva para el futuro.

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, o por aprendizaje o por hallazgo fortuito, en una situación de emergencia, es preciso por lo tanto diferenciar entre estilos (tipos) de afrontamiento y estrategias de afrontamiento

“Los estilos” de afrontamiento, se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones de crisis, y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de estabilidad temporal y “situacional”, mientras que las “estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes, dependiendo de las condiciones desencadenantes”⁷

Otros autores, como Lazarus y Folkman señalan que cabe establecer una clasificación diferente de las estrategias de afrontamiento, y centran como reacciones no específicas, al estrés provocado por el cáncer y analizan el estrés del entorno de diversas maneras.

Son muchos los autores que han realizado investigaciones sobre las formas de afrontamiento y que analizan las estrategias de afrontamiento. Algunos como Lazarus, distinguen como formas de afrontamiento el aislamiento, la negación, la actividad motora, la búsqueda de ayuda en la religión, el desarrollo de esperanzas limitadas, el duelo anticipado. Otros analizan las estrategias de afrontamiento, como por ejemplo, la búsqueda de información, reacciones intrapsíquicas (que abarcan también relaciones emocionales, tristeza, ansiedad, reacciones defensivas, negación, apreciación de la realidad), reacciones directas (actividad, acting out, sobreprotección), inhibición de la acción (quejas somáticas, evitación, consumo de drogas y alcohol).

Finalmente presentan una serie de respuestas en las estrategias de afrontamiento, como la confrontación, distanciamiento, auto control, búsqueda de apoyo social, aceptación de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida – evitación, planificación, preevaluación positiva.

7. Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. Ed. Barcelona: Ariel 1999.

Como se puede observar existe una gran relación y similitud entre las definiciones aquí expuestas y las observaciones realizadas en la practica clínica diaria sobre los padres en el afrontamiento y estrategias a las que recurren ante un diagnostico de cáncer de su hijo. Es este punto, el que determina que el afrontamiento esta ligado, a las estrategias de afrontamiento.

Por otro lado, se puede citar el trabajo de otros dos investigadores, Towens y Cols, como ejemplo de utilización del concepto de afrontamiento en la investigación clínica.

Estos autores lograron, a través de los resultados, resaltar que:

1. Las variables ligadas al afrontamiento son, la edad del niño (las familias en las que el niño es mayor, reaccionan mejor que las familias donde el niño es mas pequeño), la ausencia de problemas familiares o conyugales, las reacciones de los otros miembros de la familia, la ausencia de tensiones concurrentes, el estatus profesional del padre y la ausencia de los problemas en los hermanos.

2. La personalidad de los padres y sus disposiciones habituales a reaccionar de una cierta forma no son predictivas de sus reacciones después del diagnóstico.

Otros autores, como Lazarus afirman que los padres que afrontan mejor son los que:

1. Tienen una sólida filosofía de la vida, que ha constituido una ayuda desde el anuncio del diagnóstico.
2. Pueden contar con personas de confianza durante la enfermedad del niño.
3. Han dado al niño la información y el apoyo emocional adaptados a sus preguntas, a su edad y a su nivel de desarrollo

⁸ Lidermann, 1944; Towens y Cols, 1974.

Un lugar aparte ocupa el duelo anticipatorio que comienza al momento del diagnóstico de cáncer. Esto se debe al hecho de que el niño y la familia se enfrentan siempre con la previsión de la pérdida y tienen un duelo por hacer, incluso si la muerte no termina este episodio trágico de la historia familiar.

El duelo anticipatorio se desarrolla como el duelo normal con sus tres o cinco fases que los autores encuentran en los padres de niños con diagnóstico de cáncer, bajo la siguiente forma específica: ⁹

1. Negación del diagnóstico.
2. Aceptación del diagnóstico, pero no del pronóstico.
3. Aceptación del diagnóstico y del pronóstico.

Como bien se ha dicho, el duelo anticipado comienza desde el anuncio del diagnóstico. Este duelo anticipado, se manifiesta por distancia emocional con respecto al enfermo, aumento del interés por la familia y los otros niños, esperanza más limitadas; pero también por diferentes síntomas (quejas somáticas, apatía, depresión, llantos, agitación motriz, largas conversaciones a propósito del niño enfermo) ¹⁰

Desde la perspectiva del niño, el duelo anticipatorio paternal, puede ser destructivo para su relación con sus padres. ¹¹

Esto se ha notado en aquellos ejemplos en los que el niño, que ha sido auténticamente llorado, sigue vivo. ¹²

También se ha encontrado que las familias que se han adaptado a un futuro sin su hijo tenían serias dificultades cuando su hijo sobrevive al cáncer, en este momento es de gran importancia la ayuda profesional para reintegrar al niño a la familia. Cuando el niño responde bien a la enfermedad, la amenaza inmediata de pérdida se hace remota y los padres se trasladan de un estado de duelo anticipatorio a una esperanza incrementada de cura.

⁹ Shock/incredulidad, 2.- Aflicción aguda. 1944

¹⁰ Kubler-Ross, 1975-1981; Friedman. 1963.¹¹Kemler. 1981¹

² Green, 1964; Naylor. 1982

Se ha notado también que la esperanza parece estar inversamente relacionada con la presencia de duelo anticipatorio.¹³

Desde el diagnóstico en adelante muchos sucesos están fuera de control, por las mentes de las familias y de los niños con enfermedades que amenazan la vida. El cáncer altera el contexto de los recuerdos familiares y roba algunos de los placeres de la niñez, agobiándolos con imágenes de la experiencia de la enfermedad. Es importante que los padres sean conscientes que el niño debe ser tratado de forma tan normal como sea posible, por supuesto, criar un niño con una enfermedad que amenaza la vida produce demandas extras a los padres.

Otro punto interesante y directamente relacionado son las etapas de la crisis que se suceden tras acudir con el niño al especialista y por las que han de pasar el niño y la familia.¹⁴

A partir de aquí entra con relación a lo expuesto, la teoría de la crisis y sus fases, que afirma que no solo un diagnóstico de cáncer precipita una crisis, sino que cada fase nueva de la enfermedad, perturba la homeóstasis, forzando a las familias a adaptarse a nuevas tareas cada vez más abrumadoras. Los cambios de una fase a otra, pueden ser obvios o disimulados en sus manifestaciones internas.

Hablamos de crisis cuando la realidad introduce estímulos que no se pueden resolver con las técnicas previas.

El término crisis se puede definir como la renuencia, resistencia o incapacidad para adoptar decisiones.

Otro aspecto sería, el de posibilidad de cambio, es decir, la mutación hacia la mejoría o el agravamiento, hacia la salud o la enfermedad e incluso la muerte, todo esto se acompaña de vivencias angustiosas, amenazantes, en la que existe una desorganización situacional que marca una ruptura de la organización familiar previa.¹⁵

¹³ Friedman. 1963

¹⁴ Cincotta, N. Psychosocial Issues In The World of Children with Cancer, 1991.

- De los mecanismos de adaptación.
- De los roles o funciones.
- En la identidad.
- Con el contexto.

La crisis se caracteriza por su limitación temporal según este autor, es decir, que no se prolonga, se resuelve hacia la salud o hacia la enfermedad.

El nivel de eficacia en el manejo de la enfermedad como es el caso de los padres ante un diagnóstico de cáncer en uno de sus hijos, es posible a partir de ese “tocar fondo”, en el doble sentido, de tomar contacto con el riesgo de muerte o incapacidad, planteado por la misma enfermedad y con alto nivel tensional en las relaciones, no solo conyugales, sino de toda la familia. Otros autores, como Kaplan, diferencian tipos de crisis, como las evolutivas – de desarrollo – vitales, que son las vinculadas a ciclos vitales, individuales o de la vida familiar; y las accidentales – situacionales, siendo las más serias y destructivas, por lo no esperado, no planificables, difíciles de predecir, acompañadas en todo momento de los saltos emocionales a los que los miembros de las familias se ven sometidos, a esta crisis se remite, en la valoración familiar.

Dichos autores resaltan tres fases ante la aparición de la enfermedad, en una familia de pie a una respuesta que configura su particular proceso de adaptación a ella. Dichas fases y respuestas, se cumplen según un modelo más o menos típico que comprende:

15 Morgan, A – Moreno, J. “La Práctica de Enfermería en Salud Mental” – Apunto de Cátedra de Salud Mental

A. Periodo de desorganización (tocar fondo).

El impacto de la enfermedad hace que en una primera fase se rompa la estructura de funcionamiento familiar. Dicha ruptura suele verificarse sobre líneas de fracturas previamente esbozados en el sistema.

Este “tocar fondo” equivale a lograr aceptar la situación de disminución para poder después arbitrar los medios necesarios para palearla. Los riesgos de esta etapa son:

La incapacidad del núcleo familiar para tolerar la destrucción consecutiva a la crisis, en este caso, aparece algún integrante con un nivel de eficacia capaz de organizar rápidamente al grupo familiar en función de la nueva situación. A esto le llamamos reorganización precoz, como parte de la negación más que de la aceptación de la situación. Que el período de desorganización llegue a niveles tan profundos hará que sea más difícil para la familia rescatarse a sí misma de dicha situación.

B. El punto de recuperación.

Son diferentes los indicadores que pueden señalar que la familia está llegando a un punto a partir del cual, será posible su recuperación de la crisis. A veces se trata de la entrada en escena, de modo más activa, de algún miembro que ha permanecido más periférico; en otras requiere más información por parte del especialista. En este caso, el elemento cognitivo comienza a actuar como organizador del contexto.

C. Un nuevo nivel de organización

El tipo de reorganización al que arribe la familia dependerá, obviamente, del tipo de enfermedad y de la invalidez resultante de ellos, así como de su estilo particular.

El cáncer en un niño, puede provocar que el grupo familiar consolide su estructura anterior, por ejemplo a lo referente a la división de tareas, o puede

provocar una distribución de papeles, en cuanto al proceso de adjudicación y asunción de roles.

Por regla general, los padres de niños afectados con cáncer, se enfrentan con una crisis emocional en el momento del diagnóstico y todo lo que conlleva, y esto es abarcativo al resto del grupo familiar. El salto emocional de tener un niño sano al tener un niño con cáncer es casi imposible de realizar por los padres, el diagnóstico de cáncer trae consigo la pérdida de experiencias normales, son problemas constantes la disolución del sueño, el desvanecimiento de ciertas esperanzas y la incapacidad de alcanzar metas apropiadas.

Dentro de las pautas culturales se sostiene que la palabra cáncer se asocia en forma directa a la muerte. Tener un hijo con cáncer implica perder la alegría, la vitalidad y aparecen como cascadas las dificultades que se reflejan como inabarcables e inadaptables, ante una realidad para la cual la sociedad no solo no nos prepara sino que promueve su desconocimiento, por la vía de la superficialidad y de la evasión.

La sociedad actual exalta la juventud, la belleza, la alegría, la riqueza y la salud aparente como valores primordiales. La necesidad de aferrarse a estos valores que parecen oscurecer todas las virtudes, se aprecia en la desesperada obstinación de las personas para convertirse en la plasmación de estos ideales.

Entre los obstáculos que afrontan los padres, está la de tener que comunicar las noticias al propio niño, al resto de la familia y a los amigos de su hijo. Las familias se unen en los momentos de crisis, especialmente cuando atraviesan crisis situacionales, por regla general, es a partir de este momento, en que toda la red de parientes y conocidos, llámese compañeros de trabajo, vecinos, etc., se ponen en marcha con la noticia de la aparición de la enfermedad y todos se preparan para ayudar en la medida de sus posibilidades.

En cuanto ha pasado el primer momento de crisis los miembros de la

familia y conocidos tienden a retraerse y volver al ritmo de vida de antiguos intereses y actividades, sin embargo, la red mantenida por los padres, sea cual fuere la forma que adquiera, permanece sensibilizada, ante la posibilidad de nuevas crisis. Ante esta problemática es en donde se establecen las ya nombradas estrategias de afrontamiento, ante todo esto, las atenciones y energías crecen y disminuyen en las relaciones íntimas como las distantes pasan por todo tipo de instancias. Todos los sistemas sociales se ven constantemente sometidos a cambios externos e internos.

Hoy en día, estas situaciones crónicas, son la realidad más frecuente para los niños con cáncer y sus familias; como resultado, surgen grandes alteraciones del todo el sistema familiar y por ende, social.

Las familias funcionan en términos de dinámicas de grupos con alianzas que se establecen, se rompen, se reforman o se transforman. produciendo un impacto muy visible, no solo en ellos, también en su entorno más próximo, el entorno profesional, en particular, en el profesional de Enfermería, ya que son los que están los 365 días del año, las 24 horas del día. Los enfermeros/as conviven por la naturaleza del trabajo, con personas en crisis vitales. El dolor, el sufrimiento y la angustia, son presencias innegables. Es una tarea en la que se pone el cuerpo y el alma y en donde surgen preguntas; ¿Cómo ayudar al otro? ¿Cómo hacer para que logren un afrontamiento eficaz?.

Los profesionales son los que deben estar capacitados para identificar y sintetizar el conjunto de factores que permitan predecir el nivel de distress en los padres de los niños con cáncer, para así poder planificar mejor los servicios y el apoyo a estos sujetos a lo largo de la crisis, ayudarles en su afrontamiento, y finalmente prevenir la aparición de un duelo patológico.

Queda mucho camino por recorrer, todo lo que se invierta en formación y motivación para el personal sanitario, así como en investigaciones relacionadas con el tema, serán rentables, no solo desde el punto de vista asistencial, con una mayor satisfacción por parte del niño enfermo y de su

familia en lo que respecta a los cuidados recibidos, sino a nivel personal y profesional al poder lograr satisfacer no solo las necesidades físicas, sino las emocionales, espirituales y sociales que puedan surgir. Este es el reto .16

16- Scarafia,S."Tan solo una familia".Protocolo de investigacion.!994.

A- HIPÓTESIS

A menor edad de los padres mayor eficacia en el afrontamiento al diagnóstico de cáncer en uno de sus hijos.

La madre afronta mas eficazmente el diagnostico de cáncer de uno de sus hijos, que el padre.

Los factores socioculturales (apoyo social, nivel de instrucción, creencias) inciden altamente en el afrontamiento eficaz de los padres, al diagnostico de cáncer, de uno de sus hijos.

B. VARIABLES

Definición de variables:

AFRONTAMIENTO

Nominal - Cualitativa - policotómica

Definición conceptual.

“Es el proceso que se activa cuando se percibe la amenaza, interviniendo entre la amenaza y los resultados observados, y tiene como objetivo regular el conflicto emocional y eliminar la amenaza”¹⁶

Dimensiones de variable Afrontamiento.

Familiar Eficaz: es el manejo de los factores de estrés, internos o externos, dirigido hacia la adaptación.

Familiar Ineficaz Comprometido: es el estado en el que los familiares, u otras personas significativas, que habitualmente dan apoyo al individuo, responden temporalmente ante un cambio de salud, con ayudas insuficientes o conductas inadecuadas para las necesidades de adaptación de la situación.

Individual ineficaz: en esta situación la persona, individuo, experimenta, o corre el riesgo de experimentar, una incapacidad para controlar los factores de estrés, internos o externos, por carecer de los recursos adecuados (físicos, psicológicos, de conducta, cognitivos, o todos ellos).

¹⁶ CARPENITO, L. J. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. Interamericana – Mc Graw – Hill. Quinta Edición. Madrid. Pág. 832-854. 1995.

Operacionalizacion

Afrontamiento Familiar eficaz

Indicadores:

* Capacidad en la resolución de problemas.

- Pregunta/ se interesa sobre la enfermedad.
- Participa activamente en el cuidado directo.

* Capacidad en el alivio de tensiones.

- Solicita apoyo familiar.
- Participa en redes de apoyo social.(búsqueda de información-búsqueda de donantes de medula)

Afrontamiento familiar Ineficaz comprometido

Indicadores

- Negación de la realidad / Con búsqueda de otras alternativas.
- Aislamiento / Con búsqueda de apoyo familiar.

Afrontamiento individual ineficaz

Indicadores

- No busca información.
- No pregunta al equipo de salud.
- Negación de la realidad / paralizante / huida.

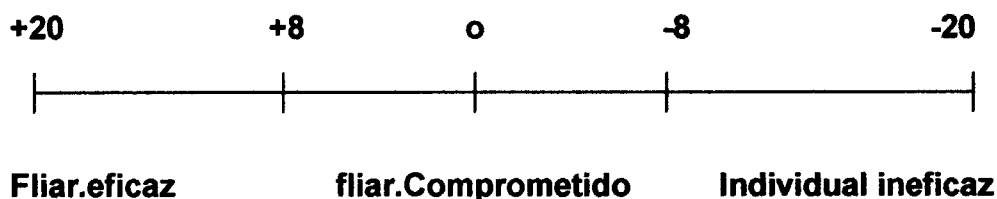
La medición de actitudes se hará a través de un método de escalamiento Likert, que consiste en un conjunto de ítem presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que exteriorice su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala.

A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones. A posterior la puntuación obtenida, se lleva a un gráfico estilo media aritmética, que incluye en un extremo actitud muy desfavorable y en el otro extremo actitud muy favorable, la suma obtenida debe ser entre +20 y -20 , si esta se encuentra entre +20 y +8, su afrontamiento es eficaz, si la suma se encuentra entre +8 y -8 , el afrontamiento es ineficaz / comprometido y si la suma se encuentra entre -8 y -20, el afrontamiento individual es ineficaz.(ver anexos)

Mediciones de la escala

Puntaje

- (1) Muy de Acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- (4) En desacuerdo
- (5) Muy en desacuerdo



FACTORES

Nominal - Cualitativa.

Definición Conceptual.

“Cada uno de los elementos de un producto - Agente causal hereditario que determina un cierto carácter en la descendencia - Factores de producción. Elementos que hacen posible la fabricación de un producto”.

(Diccionario: "El mundo. Es clave. Google")

Operacionalización.

Factores:

Indicadores.

Biológicos - Socioculturales

Biológicos:

Definición Conceptual.

" De la biología o relativo a ella - Que utiliza agentes exclusivamente naturales"

(Diccionario: "El mundo. Es clave. Google")

Biológicos, se dividirán en dos grupos: Edad y sexo.

- Edad de los padres:

Variable nominal cuantitativa continua

Indicadores en años, en forma intercalar con amplitudes de 10 años cada intervalo.

- Sexo de los padres.

Variable nominal cualitativa

Indicadores

Masculino - Femenino

Socioculturales

Variable Nominal cualitativa

Definición conceptual:

"Factores externos a la persona que influyen en forma negativa o positiva, en su comportamiento "

(Diccionario: "El mundo. Es clave. Google")

Operacionalizacion.

Se dividirá en tres grupos:

Apoyo social - Nivel de instrucción - Creencias religiosas

Apoyo social:

"Se define por Sundberg, como un patrón duradero de lazos continuos o intermitentes, que juega un Rol significativo en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona a través del tiempo. El Apoyo Social se puede recibir de dos formas; Apoyo Informal, realizado por familiares, vecinos, amigos u organizaciones Altruistas y Apoyo Formal, el proporcionado por los profesionales de la salud."

Indicadores

Informal = Familiares, amigos, vecinos, organizaciones.

Formal = Profesionales de la salud.

Nivel de instrucción:

“Nivel de desarrollo educativo de una persona, medido a través de un test de formación y comparado con la puntuación normal correspondiente a la edad cronológica.”

(Diccionario: "El mundo. Es clave. Google")

Primario:

“Se entiende por primario, toda aquella instrucción obligatoria básica, desde 1º a 7º año, o EGB, de 1º a 9º año.”

Indicadores

Completo – incompleto

Secundario:

“Se entiende por secundario, a toda instrucción impartida de 1º a 5º año; o Polimodal o Escuela secundaria Básica”

Indicadores

Completo – incompleto

Universitario:

“Se entiende por universitario, toda aquella instrucción impartida, de nivel profesional”

Indicadores:

Completo – Incompleto

Creencias Religiosas.**Definición Conceptual**

“Certeza que se tiene de algo - Firme asentimiento y conformidad con algo.Relación con Dios.”

(Diccionario: "El mundo. Es clave. Google")

Operacionalizacion

Se dividirá en dos grupos.

Indicadores: Las utiliza - No las utiliza.

III. DISEÑO METODOLOGICO.

A.Tipo de estudio

Se realizará un estudio cuali-cuantitativo, transversal, descriptivo y analítico a través de entrevistas, observación participativa, institucional, referente al afrontamiento de los padres frente al diagnóstico de cáncer en uno de sus hijos. En el periodo 2005. En el hospital Materno Infantil de la Ciudad de Mar del Plata, en el Servicio de Oncohematología.

B.Universo

Estará constituido por los padres de los niños con diagnóstico de cáncer, en el período 2005, perteneciente al área de Oncohematología del Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, contemplados en el período que se comprende entre los meses 01/05 al 12/05, dejando excluidos a los casos previos y posteriores a dicho período.

C.Técnicas

Entrevistas

Encuestas

Observación de registros e Historias Clínicas.

Observación participativa institucional.

D.Instrumentos

Cuaderno de campo.(para la recolección de datos observados)

Lapiceras(para transcribir los datos)

Formularios de preguntas.(para la agrupación de los datos específicos que se pretenden obtener)

Grabadora(para la grabación de entrevistas)

Cédula de entrevista(para la programación de las entrevistas).

Escala de medición, tipo Likert(para medir las actitudes de los padres al Dg)

E. Plan de tabulación y análisis de los datos.

Se realizara a través de tablas estadísticas, medidas de posición, pruebas estadísticas de probabilidad, Xi cuadrado, Mediciones escalares tipo Likert y se relacionaran las variables y se analizaran los datos, disponiéndolos en forma conjunta y ordenada, para mejor comprensión de los mismos, utilizando una estadística descriptiva e inferencial.

F. Recursos:

Disponibilidad de acceso al servicio de Oncohematología.

Disponibilidad de los padres

Recursos materiales disponibles por los responsables del trabajo

Disposición institucional

Profesionales a cargo del trabajo, disponibles y pertenecientes a dicho Servicio.

G. Delimitación Geográfica.

Servicio de Oncohematología, Segundo Piso, Hospital Materno Infantil, sito entre las calles Santiago del Estero Y Santa Fe y entre Castelli y Alvarado, de la ciudad de Mar del Plata, partido de Gral. Pueyrredón, provincia de Buenos Aires, Argentina.

H. Delimitación Demográfica.

Padres de niños con diagnóstico de cáncer, pertenecientes al servicio de Oncohematología, del Hospital Materno Infantil, de la ciudad de Mar del Plata, Argentina, periodo comprendido entre el mes 1 /05 al mes 12 / 05

I. Delimitación Temporo-espacial.

Temporal: Mes 01/05 hasta mes 12/05.

Espacial: Servicio de Oncohematología, 2º piso, del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, de la ciudad de Mar del Plata, Argentina.

J.Cronograma:

- Una hora día.
- Cinco días semanales.
- Veinte días mensuales.
- Doce Meses.

IV. ANEXO

Escala.

1) Sentí un miedo paralizante que no me dejaba hacer Nada.

	Puntaje.
a) Muy de acuerdo	-2
b) De acuerdo	-1
c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	0 (neutro)
d) En desacuerdo	+1
e) Muy en desacuerdo	+2

Esta pregunta corresponde al afrontamiento individual ineficaz y se le otorgara un Puntaje negativo a las respuestas: a, b,

Puntaje neutro (o) : c.

Puntaje positivo : d y e

2) No quería saber nada, ni que me dijeran nada.

a) Muy de acuerdo	-2
b) De acuerdo	-1
c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	0 (neutro)
d) En desacuerdo	+1
e) Muy en desacuerdo	+2

Esta pregunta corresponde al afrontamiento individual ineficaz y se le otorgara un Puntaje negativo a las respuestas: a,b.

Puntaje neutro (o): c

Puntaje positivo : d y e.

3) Me aislé del mundo

a) Muy de acuerdo	-2
b) De acuerdo	-1
c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	0 (neutro)
d) En desacuerdo	+1
e) Muy en desacuerdo	+2

Esta pregunta corresponde al afrontamiento individual ineficaz y se le

otorgara un Puntaje negativo a las respuestas: a, b.

Puntaje neutro (0): c.

Puntaje positivo : d y e.

4) No sabía que hacer, ni que decir

- | | |
|------------------------------------|-------------|
| a) Muy de acuerdo | -2 |
| b) De acuerdo | -1 |
| c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | 0 (neutro) |
| d) En desacuerdo | +1 |
| e) Muy en desacuerdo | +2 |

Esta pregunta corresponde al afrontamiento familiar comprometido y se le otorgara un Puntaje negativo a las respuestas: a, b.

Puntaje neutro (0): c.

Puntaje positivo : d y e.

5) No comprendía nada, solo cuidaba a mi hijo

- | | |
|-----------------------------------|----|
| a) Muy de acuerdo | -2 |
| b) De acuerdo | -1 |
| c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 0 |
| d) En desacuerdo | +1 |
| e) Muy en desacuerdo | +2 |

Esta pregunta corresponde al afrontamiento familiar comprometido y se le otorgara un Puntaje negativo a las respuestas: a, b.

Puntaje neutro (0) : c.

Puntaje positivo: d y e.

6) No quería escuchar nada, tenía miedo de lo que me dijeran

- | | |
|-----------------------------------|----|
| a) Muy de acuerdo | -2 |
| b) De acuerdo | -1 |
| c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 0 |
| d) En desacuerdo | +1 |
| e) Muy en desacuerdo | +2 |

Esta pregunta corresponde al afrontamiento familiar comprometido y se le otorgara un Puntaje negativo a las respuestas : a, b.

Puntaje neutro (0) : c.

Puntaje positivo: d y e.

7) No perdí un minuto de tiempo y comencé a pensar qué debía hacer

- | | |
|------------------------------------|----|
| a) Muy de acuerdo | +2 |
| b) De acuerdo | +1 |
| c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | 0 |
| d) En desacuerdo | -1 |
| e) Muy en desacuerdo | -2 |

Esta pregunta corresponde al afrontamiento familiar eficaz y se le otorgara un Puntaje positivo a las respuestas: a, b.

Puntaje neutro(0): c.

Puntaje negativo: d y e.

8) Comencé la búsqueda de información

- | | |
|------------------------------------|----|
| a) Muy de acuerdo | +2 |
| b) De acuerdo | +1 |
| c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | 0 |
| d) En desacuerdo | -1 |
| e) Muy en desacuerdo | -2 |

Esta pregunta corresponde al afrontamiento familiar eficaz y se le otorgara un Puntaje positivo a las respuestas: a, b.

Puntaje neutro (0): c.

Puntaje negativo: d y e.

9) Busqué apoyo en familiares, amigos y vecinos

- | | |
|------------------------------------|----|
| a) Muy de acuerdo | +2 |
| b) De acuerdo | +1 |
| c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | 0 |
| d) En desacuerdo | -1 |
| e) Muy en desacuerdo | -2 |

Esta pregunta corresponde al afrontamiento familiar eficaz y se le otorgara un Puntaje positivo a las respuestas: a, b.

Puntaje neutro (0): c.

Puntaje negativo: d y e.

10) Busqué apoyo en los profesionales de la salud

- | | |
|------------------------------------|----|
| a) Muy de acuerdo | +2 |
| b) De acuerdo | +1 |
| c) Ni de acuerdo ni, en desacuerdo | 0 |
| d) En desacuerdo | -1 |
| e) Muy en desacuerdo | -2 |

Esta pregunta corresponde al afrontamiento familiar eficaz y se le otorgara un Puntaje positivo a las respuestas. a, b.

Puntaje neutro (0) : c.

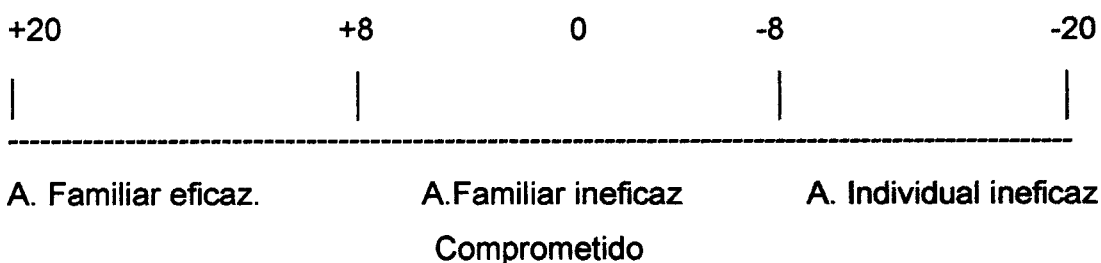
Puntaje negativo: d y e.

Preguntas de 1 a 3 (afrontamiento individual ineficaz) -

Preguntas de 4 a 6 (afrontamiento familiar ineficaz comprometido)

Preguntas de 7 a 10 (afrontamiento familiar eficaz)

PT/ NT = ACTITUD



Radio peltó.

Escala.

1) Sentí un miedo paralizante que no me dejaba hacer nada

- a) Muy de acuerdo **X**
- b) De acuerdo
- c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

2) No quería saber nada, ni que me dijeran nada.

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo **X**
- c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

3) Me aislé del mundo

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo **X**
- c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

4) No sabía que hacer, ni que decir

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo **X**
- c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

5) No comprendía nada y mis conocimientos eran insuficientes

- a) Muy de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo. **X**
- d) En desacuerdo.
- e) Muy en desacuerdo.

6) No quería escuchar a nadie, tenía miedo de lo que me dijeran

- a) Muy de acuerdo.
- b) De acuerdo
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo **X**
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo.

7) No perdí un minuto de tiempo y comencé a pensar que debía hacer

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- d) En desacuerdo **X**
- e) Muy en desacuerdo

8) Comencé la búsqueda de información

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- d) En desacuerdo **X**
- e) Muy en desacuerdo

9) Busqué apoyo en familiares, amigos y vecinos

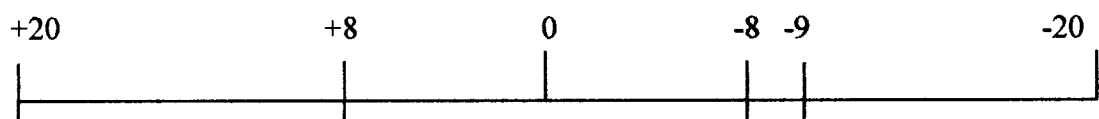
- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- d) En desacuerdo **X**
- e) Muy en desacuerdo

10) Busqué apoyo en los profesionales de la salud

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni de acuerdo ni, en desacuerdo
- d) En desacuerdo. **X**
- e) Muy en desacuerdo

PT/ NT = ACTITUD

A) SUMO X. / -2+ -1+ -1+ -1+0+0+ -1+ -1+ -1+ -1= -9



A. Familiar eficaz

A. Familiar Comprometido

A. Individual ineficaz

-9 Puntaje, correspondería en este caso a un afrontamiento individual ineficaz.

Bibliografía

- ¹. Marjory Gordón . Diagnóstico Enfermero. Mosby /Dogma Libros. 3 Ed. Madrid 1996.
- ² Kaplan, H. Sadock, B. "*Sinopsis de Psiquiatría*". España. Editorial Médica Panamericana. 1999.
- ³. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Ediciones Harcourt. 2003
- ⁴. . BINGER, CARL. The Doctor's Job. ... Buenos Aires, Paidos, 1969
- ⁵. Spinetta, J. Adjustment in Children with Cancer, Journal Of Paediatric Psychology, 2:2, 49-51. 1977.
- ⁶ Lazarus, R. y Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, Martínez Roca. 1986.
- ⁷. Fernández-Abascal, E.G. y Palmero, F. Ed. Barcelona: Ariel. 1999.
- ⁸ Lidermann, 1944; Towens y Cols, 1974.
- ⁹ Shock/incredulidad, 2.- Aflicción aguda, 1944.
- ¹⁰ Kubler-Ross, Los niños y la muerte;1975-1985; Friedman et al., 1963
- ¹¹ Kemler 1981
- ¹² Green 1964; Naylor, 1982
- ¹³ Friedman, 1963
- ¹⁴ Cincotta, N. Psychosocial Issues In The Word of Children with Cancer, Cancer Supplement, 71:10, 3210-3260. 1991.
- ¹⁵ Morgan, A – Moreno, J. "La Práctica de Enfermería en Salud Mental" – material de Cátedra de Salud Mental
- ¹⁶ CARPENITO, L. J. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. Interamericana – Mc Graw – Hill. Quinta Edición. Madrid. Pág. 832-854. 1955.
- ¹⁷ Scarafia,S. "Tan Solo una familia".Protocolo de investigacion.1994.
- ¹⁸ Tapiero,A. Dilemas Bioeticos y la Dignidad en el morir.!999.

Agradecimientos:

Agradecemos la colaboración y el apoyo recibido por parte de la Lic. Susana Scarafia, jefa de Enfermería de la Sala de Oncohematología del HIEMI, Horacio Guiñazu, integrante del equipo de Enfermería de dicha sala y graduado de la UNMdP.

A la Lic. Laura Celaya, Docente de la UNMdP, a cargo de la cátedra de Investigación en Enfermería de 1º año y de la cátedra Taller de Trabajo Final de 2º año, de la carrera de licenciatura en Enfermería, por su esfuerzo en hacernos entender que este trabajo es un continuo aprendizaje. A nuestros hijos, por su ayuda incondicional, paciencia y compañía. Gracias:

Patricio, Giuliana, Pascual y Alejandro y Flavio.

Y a la fuente de inspiración de este trabajo, los Padres e hijos de la sala de Oncohematología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, de la ciudad de Mar del Plata.

Y a todos aquellos que con su aporte hicieron posible transcribir las ideas en palabras escritas.

A todos, muchas Gracias.