



Facultad de Humanidades
Escuela de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

**Prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al
servicio de Oncología Pediátrica**
(Tesis de Licenciatura)

Rosa Catalina Siguantay González

Guatemala, septiembre 2020

**Prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al
servicio de Oncología Pediátrica**
(Tesis de Licenciatura)

Rosa Catalina Siguantay González

Mgr. Yael Lucia Pinto Chacón (Asesor)

Lic. Juan José Rodríguez (Revisor)

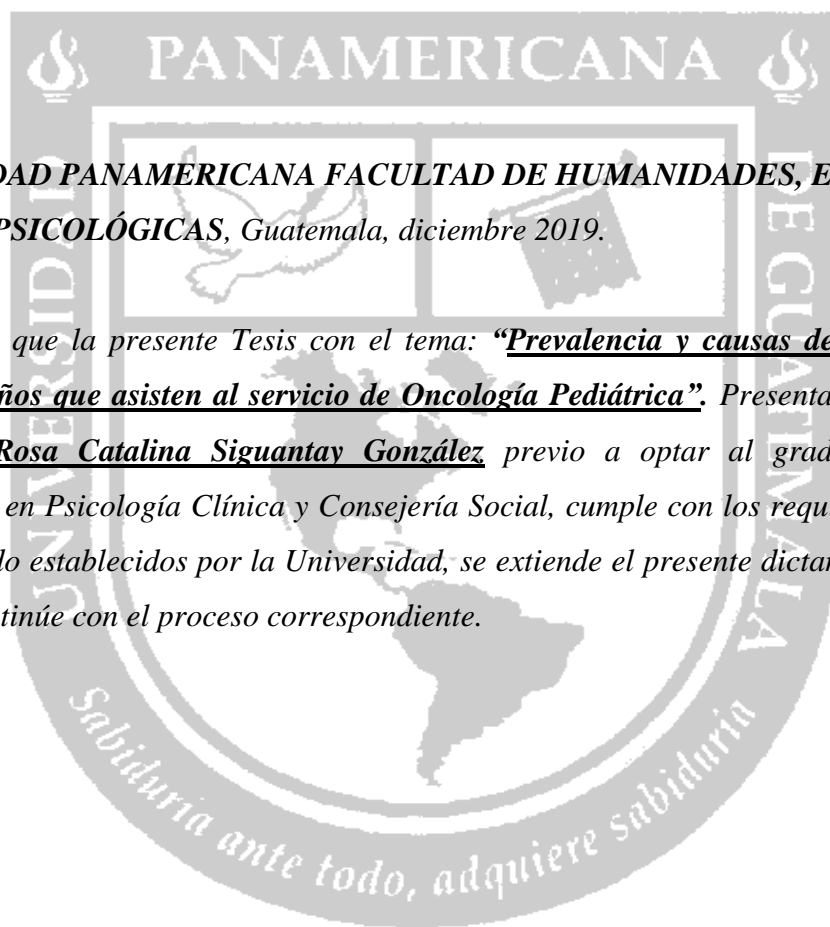
Guatemala, septiembre 2020

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vicedecano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, diciembre 2019.

En virtud de que la presente Tesis con el tema: **“Prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de Oncología Pediátrica”**. Presentada por el (la) estudiante: **Rosa Catalina Siguantay González** previo a optar al grado Académico Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Lcda. Yael Pinto Asesor
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, agosto año 2020.

*En virtud de que la presente Tesis con el tema: **“Prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de Oncología Pediátrica”**. Presentada por la estudiante: **Rosa Catalina Siguantay González** previo a optar al grado Académico Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

Lic. Juan José Reyes Rodríguez
Revisor

Lic. Juan J. Reyes
PSICÓLOGO
COLEGIADO No. 4661



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo; adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA
DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, agosto 2020. -----

En virtud que la presente Tesis con el tema "**Prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de Oncología Pediátrica**", presentado por el (la) estudiante: **Rosa Catalina Siquantay González**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar al grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.

M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



☎ 1779

🌐 upana.edu.gt

📍 Diagonal 34, 31-43 Zona 16

Nota: *para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.*

Dedicatoria

A Dios

Por nunca soltarme de su mano poderosa, darme salud, fortaleza y sabiduría para poder lograr la meta que me propuse alcanzar y llegar a esta etapa de mi vida tan maravillosa y esperada.

A mis padres

Juan Siguantay y Mercedes de Siguantay por haberme formado como la persona que soy actualmente con principios y valores, por su amor, oraciones y estar a mi lado apoyándome en todo momento e incondicionalmente, con amor eterno para ellos.

Dayle Josué Pitán con todo amor por su comprensión, paciencia, acompañamiento en los momentos difíciles y de alegría, por siempre creer en mi capacidad, dándome palabras de aliento para no dejarme vencer y así seguir adelante.

Catherine, Josué y Gabriel por ser mi fuente de motivación e inspiración y ser para ellos un ejemplo de superación, por su comprensión en los momentos y actividades que no estuve presente por compromisos académicos, para ellos mi amor infinito.

Por su amor y cariño, en especial a Ana, Byron y Nathalie (sobrina) porque durante este proceso siempre recibe palabras de aliento y apoyo.

Universidad Panamericana de Guatemala, Facultad de Humanidades por la formación profesional, catedráticos y compañeros de estudio por los conocimientos compartidos y experiencias vividas únicas e inolvidables durante la carrera.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco Referencial	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Planteamiento del problema	4
1.3 Justificación del estudio	5
1.4 Pregunta de investigación	6
1.5 Objetivos	6
1.5.1 Objetivo general	6
1.5.2 Objetivos específicos	6
1.6 Alcances y límites	6
Capítulo 2	8
Marco Teórico	8
2.1. Ansiedad	8
2.2. Causas de la ansiedad	11
2.3. Efectos de ansiedad a nivel cognitivo, físico, emocional y conductual	12
2.3.1 Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad	13
2.4 Impacto emocional en los padres por diagnóstico de cáncer infantil	17
2.4.1 Miedo	18
2.4.2 Tristeza	19
2.4.3 Llanto	19

2.4.4 Pérdida de apetito	20
2.4.5 Somnolencia	20
2.4.6 Insomnio	20
2.5 Culpabilidad e impotencia ante el diagnóstico	21
2.6. Perdida sobre el control de la vida de los padres	22
2.6.1 Intervención	23
2.7. Incertidumbre por resultados del tratamiento	24
2.8. Tipos de cáncer infantil	25
2.8.1 Leucemia Infantil	26
2.8.2 Tumores infantiles de Sistema Nervioso Central	26
2.8.3 Tumores Óseos Infantil	26
2.8.4 Linfomas Infantiles	27
2.8.5 Neuroblastoma Infantil	27
2.8.6 Rabdomiosarcoma Infantil	27
2.8.7 Tumor de Wilms Infantil	28
2.8.8 Retinoblastoma Infantil	28
2.9 Factores de riesgo	29
2.9.1 Principales signos de alerta	29
Capítulo 3	31
Marco Contextual	31
3.1. Método	31
3.2. Tipo de investigación	31
3.3. Niveles de investigación	31
3.4. Pregunta de investigación	32

3.5. Muestreo	32
3.6 Sujetos de la investigación	32
3.7. Instrumentos de la investigación	33
3.8 Interpretación	33
3.9. Procedimiento	34
Capítulo 4	35
Presentación y discusión de Resultados	35
4.1 Presentación de resultados	35
4.2 Discusión de resultados	61
Conclusiones	62
Referencias	64
Anexos	67

Lista de tablas

Tabla No. 1 Registro de Niños con cáncer tomado del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	29
Tabla No. 2 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 1	35
Tabla No. 3 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 2	36
Tabla No. 4 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 3	37
Tabla No. 5 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 4	38
Tabla No. 6 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 5	39
Tabla No. 7 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 6	40
Tabla No. 8 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 7	41
Tabla No. 9 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 8	42
Tabla No. 10 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 9	43
Tabla No. 11 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 10	44
Tabla No. 12 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 11	45

Tabla No. 13 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 12	46
Tabla No. 14 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 13	47
Tabla No. 15 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 14	48
Tabla No. 16 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 15	49
Tabla No. 17 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 16	50
Tabla No. 18 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 17	51
Tabla No. 19 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 18	52
Tabla No. 20 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 19	53
Tabla No. 21 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 20	54
Tabla No. 22 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 21	55
Tabla No. 23 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 22	56
Tabla No. 24 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 23	57
Tabla No. 25 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 24	58
Tabla No. 26 Escala de Hamilton para la Ansiedad entrevistado No. 25	59

Lista de gráficas

Gráfica No. 1 entrevistado 1	35
Gráfica No. 2 entrevistado 2	36
Gráfica No. 3 entrevistado 3	37
Gráfica No. 4 entrevistado 4	38
Gráfica No. 5 entrevistado 5	39
Gráfica No. 6 entrevistado 6	40
Gráfica No. 7 entrevistado 7	41
Gráfica No. 8 entrevistado 8	42
Gráfica No. 9 entrevistado 9	43
Gráfica No. 10 entrevistado 10	44
Gráfica No. 11 entrevistado 11	45
Gráfica No. 12 entrevistado 12	46
Gráfica No. 13 entrevistado 13	47
Gráfica No. 14 entrevistado 14	48

Gráfica No. 15 entrevistado 15	49
Gráfica No. 16 entrevistado 16	50
Gráfica No. 17 entrevistado 17	51
Gráfica No. 18 entrevistado 18	52
Gráfica No. 19 entrevistado 19	53
Gráfica No. 20 entrevistado 20	54
Gráfica No. 21 entrevistado 21	55
Gráfica No. 22 entrevistado 22	56
Gráfica No. 23 entrevistado 23	57
Gráfica No. 24 entrevistado 24	58
Gráfica No. 25 entrevistado 25	59

Resumen

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de Oncología Pediátrica. Se llevó a cabo por medio de un diseño descriptivo con el que se obtendrá información al realizar la investigación exploratoria mediante la utilización de fuentes primarias y secundarias, aplicadas al objeto de estudio.

Para realizar el estudio, se tomó como población de estudio a veinticinco padres de familia comprendidos en las edades de treinta años en adelante que uno de sus hijos se encuentre en tratamiento y asiste al servicio de Oncología Pediátrica del Hospital General de Enfermedades (IGSS). Para la recopilación de los datos, se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton, ya que, es un instrumento de evaluación clínica que se utiliza para medir el grado de ansiedad de una persona, es útil tanto en niños como en adultos. Asimismo, es un instrumento que pueden utilizar tanto los médicos como los psiquiatras, pero teniendo claro que no determina el diagnóstico de un trastorno concreto.

Respecto a los resultados, se analizaron las respuestas de cada una de las personas que participaron en la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton, reflejando lo siguiente: ansiedad, irritabilidad, tristeza, pérdida del apetito, trastornos del sueño, miedo a la muerte, constituyen los síntomas más frecuentes de ansiedad en los padres con hijos que tienen diagnóstico de cáncer, lo cual significa que un 95% de los padres presentan desde ansiedad menor hasta ansiedad clínicamente manifiesta.

Se analizaron las causas que provocan ansiedad en los padres con niños con cáncer, concluyendo que por el tipo de enfermedad crónica el impacto predominante que presentan los padres del paciente son angustia y miedo a lo que pueda sucederles a los niños durante el tratamiento, sintiendo incapacidad e incertidumbre por el futuro.

Introducción

El cáncer pediátrico es una de las enfermedades con mayor incidencia y prevalencia, a pesar de las mejoras en el diagnóstico y tratamiento, es una de las mayores causas de mortalidad. La experiencia de hospitalización sigue siendo en la actualidad una circunstancia que implica, una activación ante la percepción de una situación como amenazante e incluso atemorizante, asociándose, así mismo, a perturbaciones en los procesos de adaptación personal. En el caso de la infancia, además se suele presentar con niveles significativos de miedo y ansiedad.

Los síntomas de ansiedad en los padres con hijos que tienen diagnóstico de cáncer, son frecuentes como respuesta a la incertidumbre que viven a diario por el temor a que no funcionen los tratamientos y procedimientos médicos aplicados, lo cual significa una amenaza constante de muerte, la separación del núcleo familiar, tomando en cuenta los largos periodos que deben de permanecer dentro del hospital, hacen que su vida cotidiana sea afectada a tal punto que daña su relación tanto familiar como laboral.

Con este estudio se quiso determinar los síntomas de ansiedad que sufren los padres y las repercusiones que esto puede generar en la familia, mismas que repercuten en algún grado a que el paciente se convierta en un sujeto de difícil manejo afectando el tratamiento y ambiente emocional que los rodea, así como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a la crisis actual por dicha enfermedad.

Capítulo 1

Marco Referencial

1.1 Antecedentes

El cáncer, además de ser una enfermedad crónica que amenaza la vida de quien la padece, es una enfermedad que simboliza el sufrimiento de la persona enferma y su familia. El tratamiento del cáncer infantil implica un régimen médico exigente, en el cual los niños y sus familias se enfrentan a múltiples factores estresantes que provocan cambios considerables en las actividades diarias; por ejemplo, alteración de los roles familiares y sociales, temor a la adhesión al tratamiento y una constante amenaza de muerte.

Los padres cumplen un rol de cuidadores durante el ingreso a centros hospitalarios ya sea para el diagnóstico, tratamiento o recuperación, teniendo que contener sus propias emociones para ello. Además, en el caso de tener más de un hijo, los padres se ven obligados a pedir ayuda para atender a los hermanos sanos, lo que les provoca un gran sentimiento de culpabilidad y ansiedad, ya que lo viven como un abandono de sus funciones parentales.

Es importante mencionar que los hermanos de los niños con cáncer también deben aprender a convivir con los efectos de la enfermedad al tener que separarse de su familia durante un tiempo prolongado. Por lo tanto, en la fase de vuelta a casa, las relaciones se verán afectadas por las diferentes experiencias que cada vivieron durante el proceso.

Muchos son los estudios que se han realizado con respecto al afrontamiento de los padres del diagnóstico de cáncer en un niño que describen que “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.” (De La Huerta, 2014, p.4).

Según la Organización Mundial de la Salud (1999), indica en las estadísticas que aproximadamente de cada millón de niños menores de 14 años, 130 enferman de cáncer cada año y cerca del 67% de

los niños se puede curar cuando la enfermedad es diagnosticada y se recibe el tratamiento adecuado a tiempo.

De acuerdo con las estadísticas de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (2013), la incidencia anual calculada indica que para el año 2014 en Guatemala, un estimado de 935 niños se verá afectado por algún tipo de cáncer y para el 2020 esta cifra estaría alcanzando los 1,093. Tales cifras muestran la tendencia natural para los próximos años.

En su tesis Saravia (2011), describe las características propias de la resiliencia de una muestra de pacientes con cáncer terminal que se encontraban en aislamiento en el área de adultos del Hospital General San Juan de Dios, así como determinar la capacidad que de dicha población para relacionarse con otras personas, definir como era su iniciativa, humor, creatividad, sentido de vida, su introspección e independencia. “Se determinó que los pacientes que formaron parte del presente estudio poseían características que permiten considerarlos como resilientes, las cuales se apreciaron en sus relatos.” (p. 87)

A nivel internacional la investigación de Cabrera, Urrutia, Vera, Alvarado y Vera-Villarro l (2005), titulada “Ansiedad y depresión en niños diagnosticados con cáncer”, de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile, USACH. El objeto del estudio fue evaluar los estados emocionales en niños que presentan cáncer en distintos períodos de tiempo, así como evaluar si existen diferencias de acuerdo al sexo y edad de los niños, en dicha investigación indican que:

El padecer una enfermedad crónica con las características de esta enfermedad podría eliminar las posibles diferencias de acuerdo al sexo que se esperarían en sujetos sanos. De hecho, el padecer esta enfermedad en períodos críticos del desarrollo ocasiona que el desarrollo emocional de los niños tenga algunas características distintas a los niños que no padecen una enfermedad crónica, principalmente en lo que respecta a sus experiencias entre pares y en la interacción con los adultos. De esta forma, tanto el proceso de socialización y

de modelamiento por parte de los padres podría influir en la forma de experimentar y/o expresar las emociones. (P. 120)

Por otro lado, Rosemiro y Marques (2008) en su publicación académica “La percepción de las madres de niños con cáncer en relación con el tratamiento de quimioterapia”, describió el perfil socio-demográfico de las madres e identificar su percepción en relación con el tratamiento de quimioterapia de sus hijos, a través de un estudio de tipo exploratorio descriptivo. Manifiestan que las familias cuyos hijos son acometidos por cáncer pasan por una conmoción inicial y la consecuente ruptura del proceso natural del vivir. Normalmente, el primer sentimiento es el de pérdida. La madre que es la cuidadora nata, atraviesa por una situación de dolor y desesperanza.

De acuerdo con Hernández, Lorenzo y Nacif (2009) en su escrito “Impacto emocional: cáncer infantil – inmigración”, en el subtema: “Impacto emocional: cáncer infantil migratorio”, sobresale el planteamiento que indica que:

El modo en que el niño percibe el cáncer, varía según su nivel de desarrollo, en general, los menores de cinco años carecen de la madurez necesaria para entenderla completamente, preocupándoles más la separación, el abandono y la soledad. A partir de los seis años, temen el dolor físico y el daño corporal. Comprenden que padecen una enfermedad grave y amenazante y necesitan saber que conseguir su curación llevará un tiempo considerable. En estas edades, los niños perciben cada una de las sensaciones, miedos y preocupaciones de sus padres, si se añade el proceso de adaptación a una nueva sociedad y lo que provoca este esfuerzo, el niño debe superar un doble impacto, la enfermedad y una nueva realidad cultural. (p.447)

Estos estudios describen de cierta manera el conflicto emocional que sufren los niños con cáncer, al igual que los padres que son los cuidadores La madre que es la cuidadora nata, atraviesa por una

situación de dolor y desesperanza según las distintas preocupaciones o problemáticas que atraviesa la familia, el cambio que ocurre en su entorno y la forma en que las personas a su alrededor toman la situación.

1.2 Planteamiento del problema

De acuerdo con Castillo Cortez (2015), en su tesis “ Impacto psicológico en padres de niños de 5 a 10 años diagnosticado con cáncer pediátrico”, indica que, cada año muchos niños guatemaltecos desarrollan algún tipo de cáncer, el diagnóstico del mismo produce un desequilibrio emocional en los padres lo que hace necesaria la atención psicológica desde el diagnóstico y a lo largo de la enfermedad para el niño y para su familia, ya que el paciente como su núcleo familiar se ven expuestos a un impacto psicológico que los hace vulnerables a diferentes emociones.

Solorzano Vanegas, (2013) afirma:

En Guatemala, diversos son los casos registrados de niños y niñas diagnosticados a temprana edad con algún tipo de cáncer. Este es el caso de diversos niños y niñas que se encuentran recibiendo tratamiento médico y atención especializada en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica de Guatemala. (p. 30)

En ese sentido, el daño psicológico que los padres sufre puede llegar a tener efectos negativos en las actividades cotidianas modificando incluso la dinámica familiar, lo cual puede influenciar las emociones en el niño, es por ello que, como los miembros más cercanos al niño enfermo y los encargados de brindarle soporte psicológico, físico y económico, es necesario que mantengan una estabilidad en todos los sentidos para evitar que se perjudique su recuperación.

Es por ello que, es de suma importancia determinar la prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de oncología pediátrica, ya que su estudio ayudará a encontrar una mejor atención por parte de médicos especializados, no solo a los pacientes sino en este caso

particular, la salud mental de los padres para afrontar la enfermedad y obtener resultados positivos para la familia.

1.3 Justificación del estudio

El cáncer es una enfermedad que no distingue género, edad, raza, religión, ni posición económica. Existen diferentes tipos de cáncer y la población conoce a grandes rasgos este tema y sus lamentables consecuencias en la salud, llegando inclusive hasta la muerte. Muy pocas personas conocen cuáles son los posibles síntomas o indicios de este padecimiento en sus primeras fases, especialmente en los niños, y esto es importante para poder aplicar un tratamiento en el momento oportuno para salvar la vida de los infantes.

Si bien el cáncer es una enfermedad que quizás no se puede prevenir con el uso de alguna vacuna o de un medicamento específico, si se puede detectar a tiempo. Según datos de la OMS obtenidos en 1999, al menos un tercio de todos los casos de cáncer pueden prevenirse. La prevención constituye la estrategia a largo plazo más eficaz para el control del cáncer.

Para lo mencionado anteriormente es necesario que los padres de familia se eduquen en este sentido y sepan identificar cuáles son los indicios de esta enfermedad para poder asistir lo más pronto posible a un hospital o centro de salud ante cualquier anomalía que se presente en el estado de salud del niño o la niña.

La carga emocional que sufren los padres es grande, con el paso del tiempo pudieran manifestar cambios en los patrones de conducta, que podrían alterar el entorno familiar. En la sociedad guatemalteca, el cáncer se asocia de manera automática a la muerte. Esto lleva a estados de angustia que de manera involuntaria perjudican al niño enfermo.

De acuerdo con Castillo Cortez (2015), en su tesis “Impacto psicológico en padres de niños de 5 a 10 años diagnosticado con cáncer pediátrico”, indica que, es necesario establecer la orientación

psicológica necesaria después de conocer el diagnóstico, que permita responder a las demandas emocionales de los padres. Enfatizándose en las variables: impacto psicológico que puede ser visualizado desde el impacto emocional que produce un evento de gran escala en una persona, el cáncer es una enfermedad crónica que afecta principalmente a los padres, personas encargadas de un niño que brindan soporte físico económico y emocional.

1.4 Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de Oncología Pediátrica?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia y causa de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de oncología pediátrica.

1.5.2 Objetivos específicos

- Analizar las causas que provocan ansiedad en los padres de niños con cáncer.
- Identificar el impacto emocional en los padres por diagnóstico de cáncer infantil.
- Describir los efectos que causa el cáncer en los padres de familia.

1.6 Alcances y límites

En la presente investigación el tema es: “Prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de oncología pediátrica” la cual se realizó en la unidad de Oncología Pediátrica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en la ciudad de Guatemala, dirigida a padres

y madres de treinta años en adelante, cuyos hijos han sido diagnosticados recientemente con algún tipo de cáncer.

A cada padre de familia se le aplicó la Escala de Hamilton para la ansiedad, para indagar acerca del impacto psicológico luego de conocer el diagnóstico de la enfermedad que afecta a su hijo. Inicialmente se contempló trabajar únicamente con los progenitores, no se entrevistó a abuelos y hermanos del niño y el impacto que pueda tener en el individuo y el resto de la familia del mismo.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1. Ansiedad

Virues Alizondo (2005) propone que el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico. (p.6)

Beaza Villaroel (2018), especializado en el tratamiento de la ansiedad y problemas relacionados, de la Clínica de la Ansiedad, ubicada en Barcelona, España, define que, es básicamente un mecanismo defensivo. Es un sistema de alerta ante situaciones consideradas amenazantes. Mecanismo que se da en todas las personas, normal, adaptativo, mejora el rendimiento y la capacidad de anticipación y respuesta. La función de la ansiedad es movilizar al organismo, mantenerlo alerta y dispuesto para intervenir frente a los riesgos y amenazas, de forma que no se produzcan sus consecuencias. La ansiedad, pues, empuja a tomar las medidas convenientes como huir, atacar, neutralizar, afrontar, adaptarse, según el caso y la naturaleza del riesgo.

El peligro viene dado por la obstaculización de cualquier proyecto o deseo importante o bien por la degradación de estatus o logros ya conseguidos. El ser humano desea lo que no tiene, y quiere conservar lo que tiene; la ansiedad pues, como mecanismo adaptativo, es buena, funcional, normal y no representa ningún problema de salud. (Rodríguez 2018).

Los signos y síntomas de la ansiedad más comunes, según Corbin (2017), incluyen los siguientes:

- Sensación de nerviosismo, agitación o tensión
- Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe

- Aumento del ritmo cardíaco
- Respiración acelerada (hiperventilación)
- Sudoración
- Temblores
- Sensación de debilidad o cansancio
- Problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual
- Tener problemas para conciliar el sueño
- Padecer problemas gastrointestinales (GI)
- Tener dificultades para controlar las preocupaciones
- Tener la necesidad de evitar las situaciones que generan ansiedad

Ros R (2004) afirma:

La ansiedad es un proceso absolutamente normal en el ser humano, una respuesta automática que se produce en el cerebro primitivo cuando interpreta que existe un peligro para la vida. Cuando existe un motivo real, la ansiedad moviliza a la persona y la obliga a buscar una solución. De cierto modo, la ansiedad ayuda a la persona a enfrentarse al peligro. Sin embargo, cuando el peligro no es real, lo que ocurre es que la persona se bloquea y queda indefensa. (p. 45)

Para Folkman (2004), el significado de ansiedad es una sensación de aprehensión o tensión, en reacción a situaciones estresantes, la cual es una parte de la existencia humana, siendo esta una respuesta adaptativa. Esta es una reacción normal, la cual suele ayudar a no perjudicar el funcionamiento diario.

Para Coleman (1975), el miedo y la ansiedad están estrechamente relacionados, ambos son variantes mutuas. El miedo por un lado, es la reacción del cuerpo a una amenaza a su bienestar. Es la respuesta a una situación real de la vida. La ansiedad en cambio, es un estado ampliamente

diferente y difuso de aprensión. No se relaciona con un peligro específico. Caracterizada por una sensación que todo lo invade, un sentimiento de peligro que proviene de una fuente desconocida.

Acompañándose de una sensación de cambio junto con la incapacidad para manejarlo, evitarlo o huir del mismo. A diferencia del miedo, la ansiedad activa una serie de reacciones en cadena que se combinan, que algunas veces son irreversibles y habitualmente son incontrolables. El equilibrio entre una amenaza y la reacción a la misma acostumbra a guardar proporción, pero cuando la ansiedad es grave, se destruye este equilibrio y deja de existir una relación razonable entre la intensidad de la causa y la fuerza de la reacción.

Por otro lado, Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena (2006), indican que la ansiedad es un concepto muy popular, pero no siempre bien entendido. La ansiedad es un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto. Se trata, por lo tanto, de una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno. La respuesta ante esta situación es evitar la ansiedad mediante diversos procedimientos. Se distinguen tres áreas en las que repercute la ansiedad sobre las personas: Área cognitiva, Área conductual o relacional y Área somática

Según Jarne, et. al. (2006), estas tres áreas no se activan de la misma manera en todas las personas. Se pueden encontrar en sujetos que presentan más repercusión de la ansiedad en un área que en otra. Los trastornos de ansiedad pueden ser muy variados. Aunque todos comparten el núcleo central de la ansiedad como síntoma fundamental, por su poliformismo obliga a presentarlos por separado.

Pinel (2007) definió la ansiedad como un miedo crónico que se mantiene después de retirada una amenaza directa. Refiere que la ansiedad es un correlativo psicológico habitual del estrés y que es adaptativa si motiva conductas de afrontamiento efectivas; sin embargo, cuando se vuelve tan grave que altera el funcionamiento normal, se conoce como trastorno de ansiedad.

Por otro lado, Perls y Baungardner (2006) indican que la ansiedad se relaciona con una experiencia interna que todavía no ocurre, con algo que la persona prevé y teme. En este caso, la fantasía está correlacionada con la ansiedad. Agregan que además la ansiedad es interpersonal e indica evasión. Aunque las experiencias internas pueden parecer idénticas, los objetos del temor y de la ansiedad son diferentes; uno existe y el otro es imaginario. El temor ocurre cuando hay una amenaza externa observable y presente. La ansiedad ocurre cuando se producen dentro de la persona sentimientos semejantes al temor y no existe ningún peligro externo.

2.2. Causas de la ansiedad

Existen varios motivos por los cuales una persona pudiera desarrollar uno o más trastornos de ansiedad. Corbin (2017) sostiene que estos pueden ser genéticos, físicos y ambientales, mismos que son ampliamente aceptados por profesionales en el campo de la salud mental

2.2.1 Factores genéticos

Es bastante común que los miembros de la misma familia luchan contra los síntomas sinónimos de la ansiedad. Al analizar la prevalencia de estos padecimientos entre las personas con genes similares, por lo que la ansiedad tiene una influencia genética, al igual que ocurre con otras enfermedades mentales.

2.2.2 Factores físicos

Las personas que luchan contra un trastorno de ansiedad suelen tener un desequilibrio químico en el cerebro. La principal función de estos químicos es regular las emociones y las respuestas ante las situaciones estresantes. Cuando estos químicos están en desequilibrio, la persona puede tener una gran dificultad para controlar su ansiedad y responder adecuadamente ante las dificultades, especialmente cuando son inesperadas.

2.2.3 Factores ambientales

Según Corbin (2017), indica que los síntomas de la ansiedad pueden ser provocados por diversas circunstancias o influencias ambientales. Por ejemplo, los jóvenes pueden experimentar ansiedad en la escuela si sienten que tienen una gran presión por tener un buen desempeño académico. Los adultos pueden presentar niveles elevados de ansiedad si trabajan en entornos estresantes o viven en hogares caóticos. Esto puede ser especialmente cierto si la persona carece de las aptitudes necesarias y adecuadas para lidiar con los factores de estrés ambientales.

2.3. Efectos de ansiedad a nivel cognitivo, físico, emocional y conductual

Kanter, Busch y Rusch (2011) mencionan:

El diagnóstico de cáncer es perturbador a cualquier edad, pero especialmente cuando el paciente es un niño. Algunos de los sentimientos y emociones que sufren los padres o cuidadores de los niños oncológicos durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de cáncer son de pena, frustración, angustia, bloqueo, rabia, culpa, miedo, tristeza y aceptación, todas estas manifestaciones son una respuesta lógica a un acontecimiento vital como el cáncer. pp. 5-14

Baeza Villarroel, (2016) menciona que los efectos que puede producir la ansiedad a nivel cognitivo pueden derivar a crear anticipaciones amenazantes, evaluaciones del riesgo, pensamientos automáticos negativos, imágenes importunas, entre otros. Respecto al nivel físico, puede derivar a la activación de diversos centros nerviosos, particularmente del sistema nervioso autónomo, que implica cambios vasculares, respiratorios, entre otros, en el caso de los niveles emocionales así como el conductual, puede producir inhibición o sobre activación motora, comportamiento defensivo, búsqueda de seguridad, sumisión, evitación, agresividad, entre otros.

Baeza Villarroel (2016) indica que cada uno de estos componentes puede actuar con cierta independencia. La ansiedad puede ser desencadenada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos del sujeto, tales como pensamientos, sensaciones, imágenes. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características de la persona y por su circunstancia.

Baeza Villarroel (2016) menciona que cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, o intelectuales. Puede limitar la libertad de movimientos y opciones personales provocando un comportamiento y sentimientos que no son habituales.

2.3.1 Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad

Baeza y Balaguer (2008), afirman que los síntomas de la ansiedad son muy variados, y que pueden clasificarse en diferentes grupos:

- Físicos: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. En casos muy extremos, alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.
- Psicológicos: inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones y en casos más extremos, temor a la muerte, la locura o el suicidio.
- De conducta: Escala de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.
- Intelectuales o cognitivos: dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, pensamientos distorsionados o inoportunos, incremento de las dudas y la

sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad.

- Sociales: irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos.

Carson y Butcher (1992), agregan un factor causal adicional dentro de las manifestaciones de la ansiedad, específicamente se refieren al factor cultural, el cual está presente si no en todos al menos en la mayoría de los seres humanos, los autores han realizado una clasificación que resulta muy interesante y aporta contexto en esta investigación, ellos clasifican la ansiedad en tres grandes áreas:

- Causas biológicas: menciona que el factor hereditario juega un papel mínimo en el desarrollo de la ansiedad. Algunos estudios han demostrado que existe una tendencia al apareamiento de la ansiedad en grupos familiares, aunque es difícil determinar el hecho de haber nacido y crecido en un ambiente familiar ansioso y en qué medida depende de la genética.
- Causas psicosociales: en la génesis de la ansiedad estos factores parecen ser muy importantes ya que se relacionan los factores a traumas fisiológicos en la infancia, patrones patológicos en la familia y en la relación padre-hijo, así como las relaciones interpersonales. Se relaciona a un crecimiento personal bloqueado y a un aprendizaje distorsionado.
- Causas socioculturales: no ha sido investigado con profundidad, pero se ha demostrado que existen efectos socioculturales distintos de las personas que manifiestan ansiedad. Una de las diferencias es el tipo de reacción que cada persona posee para afrontar las circunstancias que se le presentan, la otra es que el ambiente social influye en la manifestación de la ansiedad y la forma en que la persona se desarrolla.

Puchol (2003) define los trastornos de ansiedad como los trastornos mentales más prevalentes en la actualidad ya que engloban toda una serie de cuadros clínicos, como rasgo común, la presencia de ansiedad extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y

desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Los trastornos de ansiedad limitan el funcionamiento normal del ser humano. Muchos de los trastornos presentan sintomatologías similares, pero duraciones distintas.

Según el American Psychological Association, DSM 5 (2014), los trastornos de ansiedad se dividen en:

- Crisis de angustia: esta se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. También aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control.
- Agorafobia: este trastorno se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares y situaciones donde escapar puede resultar difícil o bien, donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia y síntomas similares a la angustia.
- Trastorno de angustia sin agorafobia: se caracteriza por crisis de angustia recidivantes o inesperadas que causan un estado permanente de preocupación al paciente.
- Trastorno de angustia con agorafobia: se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia: se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia de un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
- Fobia específica: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- Fobia social: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- Trastorno obsesivo – compulsivo: se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

- Trastorno por estrés post traumático: se caracteriza por la experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
- Trastorno por estrés agudo: se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés post traumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- Trastorno de ansiedad generalizada: se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses.
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos de una droga, fármaco o toxico.
- Trastorno de ansiedad de separación: se caracteriza por la aparición de ansiedad, coincidiendo con la separación de figuras paternas y que suele aparecer en la infancia y lo incluye en la sección de otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia. (p. 64)

De acuerdo con Rojas (1994), los objetivos del tratamiento en los diferentes tipos de ansiedad van encaminados a disminuir de entrada la ansiedad y a activar herramientas de adaptación convenientes, facilitando la posibilidad de que el paciente pueda, en el futuro, frenarla e impedir que prospere, de ese modo dominar la situación.

Para Rojas (1994) la psicoterapia es la relación médico enfermo a través de la cual desaparece la ansiedad y se crea un clima de influencia positiva que permite corregir los mecanismos inadecuados de la personalidad. El psicoterapeuta es capaz de comprender, ponerse en lugar del otro, establecer rapport cordial y una atmósfera en la que el paciente pueda abrirse y contar su intimidad, sin ningún tipo de desconfianza.

Para García (2006) manifiesta que el tratamiento Psicofarmacológico debe ser llevado a cabo por un especialista psiquiatra. Se emplean diversos fármacos: Antidepresivos: antidepresivos tricíclicos (imipramina y clorimipramina), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o

ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina) o los inhibidores de la monoaminoxidasa o IMAO. Tardan entre 2 y 6 semanas en producir efecto y las dosis deben ajustarse a la respuesta clínica.

Según Rojas (1994) la socio terapia busca que el medio del sujeto mejore. Se distingue el plano familiar, trabajo profesional, amistades próximas y remotas, entre otras. La socio terapia es ampliar el medio social, mejorarlo, abrir nuevas perspectivas buscando el apoyo, la comprensión y el intercambio con las personas más o menos afines. La ansiedad es una sensación que está presente en la vida de todo ser humano, las reacciones que el mismo tome ante las diferentes situaciones, lo empuje a enfrentarlo de manera adaptativa, o que pueda causar malestar clínicamente significativo y desarrollar algún trastorno de ansiedad.

2.4 Impacto emocional en los padres por diagnóstico de cáncer infantil

Vilallonga (2019) asegura que, el diagnóstico de un cáncer infantil crea una ruptura en el proyecto de vida de cualquier familia y un fuerte impacto emocional en los padres, hermanos y en el propio niño, que deberán convivir con el cúmulo de emociones que acompaña a todo el proceso, que suele ser largo. El impacto del cáncer infantil en los padres y madres suele ser especialmente intenso. Viven muy de cerca el tratamiento y sus efectos secundarios y, además, deben asumir que no hay garantías de que el niño se cure. Esta incertidumbre la pueden vivir con impotencia. Muchos de ellos tienen sintomatología ansiosa o depresiva importante, pero no siempre lo dicen porque piensan que su sufrimiento es un tema menor al lado de la enfermedad de su hijo.

Además, hay que reorganizar horarios y dinámicas familiares, pasar muchas noches en el hospital. Esto altera la vida diaria y puede dificultar la actividad laboral y social. Las madres suelen asumir más responsabilidad que los padres, y sus síntomas de ansiedad y de depresión son más intensos que los de ellos.

Vilallonga (2019) expresa que, la relación conyugal puede verse deteriorada, incluso llegando al divorcio. Pero esto sólo ocurre si esta relación ya se encontraba deteriorada antes del diagnóstico.

Pueden discutir por la asunción de responsabilidades o por las diferentes opciones de tratamiento que tiene su hijo, cualquier factor puede afectar a los padres.

De acuerdo con Vilallonga (2019), algunos padres se sienten culpables. Pueden relacionar la enfermedad con alguna ocasión en la que no dieron importancia a alguna queja de dolor del hijo. Otra reacción habitual es la sobreprotección, impedir al niño que realice actividades para las que el cáncer no es una limitación, como deportes o comer ciertos alimentos. Algunos estudios apuntan a que el niño se muestra más ansioso si ve que sus padres están ansiosos. Por el contrario, los padres que, dentro de la dificultad, afrontan la situación con serenidad, pueden transmitir esa serenidad a su hijo.

Con mucha razón un diagnóstico de cáncer en un niño desequilibra a los padres generando un impacto sociológico que es como un golpe emocional que recibe una persona por una noticia o situación desconcertante o dramática, produciendo una serie de emociones que pueden oscilar entre el miedo y la tristeza.

Vilallonga (2019) manifiesta que, es necesario enseñar a reconocer y utilizar tales emociones para impulsar una actitud positiva ante la crisis con la esperanza de encontrar diversas alternativas y tomar decisiones asertivas. Ya que reconocer la diferencia entre emoción y sentimiento es complejo sobre todo cuando se desconoce que las emociones son impulsos que generan reacciones automáticas de duración corta mientras que los sentimientos son estados afectivos más complejos que incluyen experiencias anteriores, deseos y proyectos desde un sistema de valores y la realidad, tienden a confundirse y ser nombrados equívocamente. Entre emociones que cabe mencionar en función de esta investigación están:

2.4.1 Miedo

Goleman, (2014) el miedo tiene, en la evolución, una importancia fundamental quizá más que ninguna otra emoción. Es crucial para la supervivencia. Es una emoción que se produce ante situaciones que se consideran amenazantes o que causan inseguridad de acuerdo a la percepción

que se haga de la situación. En medio de estas circunstancias quien las experimenta puede sentir que pierde el control sobre su entorno.

Goleman, (2014), existen muchos factores que pueden desencadenar el miedo que van desde peligros de carácter general hasta problemas morales. Algunas situaciones desconocidas pueden generar miedo como en el caso de los padres que sus hijos son diagnosticados con cáncer, ya que muchos de ellos desconocen la evolución de la enfermedad y los tratamientos que se pueden utilizar.

2.4.2 Tristeza

La sensación de tristeza acompañada de pensamientos del tipo que usualmente puede causar, y después acompañar, dicha emoción; pensamientos que son característicos de estados mentales que coloquialmente describimos como sentirnos tristes. La tristeza es una emoción que se experimenta ante cambios y pérdidas que permite la adaptación. Se presenta como un estado depresivo.

De acuerdo con Damasio (2006) la tristeza suele debilitar el interés y la energía ante las actividades normales de la vida. Es una señal de alarma que permite concentrarse en lo importante. Lo que indica que es una emoción que muchas personas experimentan como parte de su vida, en el caso de los padres con niños con cáncer es aceptable ya que esta circunstancia puede verse para ellos como una pérdida irreparable ya que desconocen los resultados del tratamiento.

2.4.3 Llanto

Damasio (2016) menciona que, es una reacción a ciertas emociones como el miedo o la tristeza, en particular, el sentimiento de impotencia, de pedido de ayuda, de debilidad, la incapacidad percibida para tratar adecuadamente una situación. Esto no quiere decir que la percepción de las lágrimas también puede reforzar algunos de estos sentimientos.

2.4.4 Pérdida de apetito

Morris, (2015) indica que, es la sensación de no tener deseos de alimentarse puede ser producto de pensamientos y sentimientos que generan un tipo de bloqueo en el sistema fisiológico que tiende a quitar incluso la fuerza física que se requiere para preparar e ingerir los alimentos. Sobre todo en momentos agotadores o de mucho estrés ¿quién podría llegar a tener hambre? después de un agotador día en donde se ha observado el dolor de uno de los seres queridos. Esta reacción está ligada a una forma de supervivencia que permite enfocar la atención y concentración para encontrar soluciones favorables a las circunstancias que se están viviendo.

2.4.5 Somnolencia

El sueño de acuerdo con Morris (2015) es:

un estado natural de reposo caracterizado por una reducción en el movimiento voluntario del cuerpo y una menor conciencia del entorno que experimentan todos los seres humanos que permite la autorregulación y reposo de todos los sistemas corporales, con la finalidad de recobrar las fuerzas necesarias para continuar con las actividades cotidianas (p.149).

Sin embargo, cuando este excede a las horas que se consideran como oportunas muchas veces puede ser producto de emociones o pensamientos que interfieren en la cotidianidad. Se debe tener cuidado e identificar si este sueño excesivo es producto de un estado afectivo ya que también es considerado una señal de alarma fisiológica y para ello debe ir acompañado de fatiga y apatía.

2.4.6 Insomnio

Se puede definir según Morris (2015) como un “trastorno del sueño caracterizado por la dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido durante la noche” (p 152). Es una dificultad que se produce de iniciar y mantener el sueño que bien puede ser producida por la ingesta de

medicamentos o por un trastorno, que suele darse como una reacción a eventos estresantes o emocionalmente desestabilizadores tal es el caso de la enfermedad de un hijo. La preocupación o la ansiedad bien pueden producir una alteración en los patrones de sueño, ya que el ser humano quiere encontrar soluciones a los dilemas que viven.

2.5 Culpabilidad e impotencia ante el diagnóstico

Cuando a un hijo se le diagnostica cáncer, el entorno familiar sufre un fuerte golpe, y los padres experimentan diferentes fases psicológicas y emocionales que pueden variar según cada caso. En el momento en que se diagnostica cáncer a un niño, además de la propia realidad de la enfermedad, hay que tener en cuenta la fuerte repercusión que acomete en el entorno familiar, sobre todo en los padres del pequeño, que ven cómo todos los ámbitos de su vida cambian para siempre.

De Déu (2013) afirma que, las reacciones emocionales ante la enfermedad de un hijo pueden ser muy variadas según cada caso, aunque todos los padres suelen pasar por fases similares desde el momento del diagnóstico. De todas maneras, las reacciones y el devenir de la deficiencia dependerán de diversos factores, como el grado de enfermedad del hijo, la dinámica familiar antes del diagnóstico, la situación económica, social e intelectual de la familia o las creencias religiosas.

Se han identificado cinco etapas emocionales que suelen atravesar los padres con un hijo con cáncer y que, en función de cada situación, pueden durar más o menos tiempo, presentarse a la vez y de igual manera volver a aparecer más adelante, etc.

Déu (2019) indica que las cinco etapas emocionales son las siguientes:

- Negación: los padres se aferran a la idea de que el diagnóstico será erróneo.
- Agresión: los padres pueden culparse mutuamente de la enfermedad del niño, o desatar su ira contra el médico, la religión o la vida, o incluso contra el propio hijo. Estas reacciones suelen ser fruto de la impotencia, aunque acaban sintiendo culpa o vergüenza por su comportamiento.
- Negociación: aún no aceptan el diagnóstico por completo, pero los padres ya dialogan con el médico y el niño sobre el problema.

- Depresión: a estas alturas, el agotamiento de los padres, tanto físico como mental, ya es un fuerte lastre, y suelen manifestarse síntomas de la depresión.
- Aceptación: los padres aceptan parcial o totalmente la enfermedad del niño, aunque las etapas anteriores pueden volver a aparecer.

2.6. Pérdida sobre el control de la vida de los padres

Fernández y Hawrylak (2018) indica que, la muerte de un niño es un tema muy doloroso para los padres, hermanos y profesionales de la salud. La preocupación de como se debe tratar al niño en etapa terminal y a su familia es cada vez más evidente en los hospitales. Los padres, en un comienzo, rechazarán la idea de la muerte o no sabrán lo que se les está diciendo. Pueden reaccionar de forma violenta cuestionando si la enfermedad de su hijo era algo inevitable, con sentimientos de culpa, enojo y desplazamiento de la hostilidad provocada por la enfermedad hacia su cónyuge, hermanos, parientes y personal médico.

Fernández y Hawrylak (2018) sugiere que, más adelante, aparece la aceptación gradual de la muerte del niño, con sentimientos de tristeza, irritabilidad, intranquilidad y otras reacciones aflictivas típicas. En ocasiones, la culpa de los padres puede intensificarse por el deseo de que la enfermedad acabe, movidos por un sentimiento de descanso y liberación cuando llegan los momentos finales.

La muerte del niño según Ballestín (2018) implica la reorganización familiar a largo y corto plazo. La familia tiene que pasar el duelo y esto supone: reconocer la realidad de la pérdida, compartir el dolor, identificar, comprender y dar explicación a los sentimientos, para aceptarlos y encontrar vías para su adecuada canalización, reorganizar el sistema familiar y adaptarse a la nueva vida sin el ser querido y establecer nuevas relaciones y metas en la vida.

Según Ballestín (2019) cuando un hijo se muere tras una enfermedad crónica, normalmente, ya se ha producido un cuidado y apoyo psicológico a la familia. El duelo anticipatorio ayuda a prepararse y a elaborar el duelo propiamente dicho. Cuando ocurre una muerte imprevista y repentina,

accidente, asesinato, infarto, no se produce duelo anticipatorio y en estos casos la pérdida es traumática y aparecerán más dificultades para superar el duelo.

De igual manera afirman que son muchas las consecuencias que conlleva y de las que, a veces, no se es consciente:

- El duelo es un proceso único e irrepetible, dinámico y cambiante momento a momento y un evento variable de persona a persona y entre familias, culturas y sociedades.
- Está relacionado con la aparición de problemas de salud: depresión; ansiedad generalizada o crisis de angustia durante el primer año; aumento del abuso de alcohol y fármacos. Entre un 10-34 % de los dolientes desarrollan un duelo patológico.
- Aumenta el riesgo de muerte por eventos cardíacos y suicidio.
- Necesidad de apoyo sanitario, llegando a aumentar hasta un 80% entre los dolientes.

2.6.1 Intervención

Cuando acontece una pérdida de una persona significativa, en este caso la de un niño, Wonder (2017) manifiesta que siempre se rompe el equilibrio de la familia. Esa persona estaba ejerciendo un rol dentro de esa unidad familiar. El impacto de la muerte es tal que todo el grupo familiar puede desequilibrarse. Si la muerte ha ocurrido por azar la intensidad del impacto es mayor que tras un proceso de enfermedad. Cuando termina la ceremonia funeral los parientes vuelven a sus rutinas y el doliente se queda solo. Aparece el vacío emocional. En esos momentos es cuando se agradece tener a alguien con quien hablar, recordar vivencias, buenos momentos con su hijo.

De acuerdo con este mismo autor, la aceptación de la pérdida es un proceso que requiere tiempo pues supone una aceptación intelectual y emocional. Con respecto a la tarea de trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, es un duro trabajo. Se trata de expresar emociones positivas y negativas y tolerar el dolor. Estas expresiones los allegados a veces no están preparados para escucharlas e intentan, erróneamente, distraer al doliente. Esto no ayuda. Bloquea sentimientos y niega el dolor. Bloquea pensamientos dolorosos. Puede ocurrir a la larga que si se evita el duelo aparezca alguna forma de depresión.

Además, continúa diciendo que, la tarea es recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo. Lo que significa que se puede recordar al fallecido sin una intensidad exagerada. Es cuando el duelo acaba. Aquí el trabajo es ayudar al doliente a que encuentre un lugar adecuado en su vida emocional que le permita seguir viviendo. Que le permita pensar en su hijo sin dolor. El duelo termina cuando se produce la restitución. Aunque cada individuo necesita su tiempo para realizar la elaboración existen criterios diagnósticos generales para determinar los plazos aproximados de un duelo. Pero cuando este duelo dura demasiado es aconsejable pedir ayuda a un profesional.

Wonder (2017) refiere que, tanto las terapias individuales como grupales ayudan. Estas últimas sean un grupo de des-conocidos, sean el grupo familiar, a pesar de las resistencias que inicialmente pueden provocar, se han mostrado eficaces y de gran ayuda para el doliente. El duelo es un proceso básicamente solitario, pero se alimenta de la presencia y del apoyo de los demás. En este sentido en las terapias de grupo las otras personas también comparten la propia experiencia pues se hallan en la misma situación de duelo.

2.7. Incertidumbre por resultados del tratamiento

El cáncer es una enfermedad crónica que amenaza la vida de personas, simboliza lo desconocido, peligroso, sufrimiento, dolor, culpa, caos y ansiedad, pero cuando la persona que padece cáncer es un niño, todas estas reacciones emocionales pueden ser más intensas para los padres, debido a la vulnerabilidad de su hijo lo cual tiene un impacto social en la vida de estas personas.

Gutiérrez Nájera, Ledezma y Patiño (2016) sugieren que, la unidad de enfermedades crónicas de la Organización Panamericana de Salud; informó que, el cáncer afecta a las personas en todas las etapas de la vida, pero en países en desarrollo la tendencia que los pacientes mueran por este padecimiento a una edad más temprana con mayor sufrimiento es mayor. Cada año en el mundo, más de 160,000 niños son diagnosticados de cáncer por lo que se considera un problema de salud pública por su magnitud, costos de atención e impacto social.

Gutiérrez Nájera, Ledezma, Patiño, (2016) indican que, el cáncer no sólo afecta al niño, sino a todos los miembros de la familia, principalmente a los padres. Aun cuando esté controlado; la incertidumbre está 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. 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 su hijo; lo anterior se deriva de la falta de estímulos e información, temor a lo desconocido ambigüedad y complejidad de la enfermedad y tratamiento.

No se han encontrado estudios de tipo cualitativos sobre la incertidumbre que experimentan los padres de niños con cáncer, de tipo cuantitativo, sólo de tipo cualitativo; sin embargo, del tipo cualitativo se refiere a los sentimientos y preocupaciones cotidianas de padres con niños con cáncer; muestran que estos antes de conocer el diagnóstico definitivo estuvieron en un estado de incertidumbre. En la práctica profesional, se ha observado que puede existir incertidumbre por falta de información respecto a la enfermedad, y por ende temor a lo desconocido y sobre todo al futuro de sus hijos.

2.8. Tipos de cáncer infantil

Fundación Natalí Dafne Flexer (2019) mencionan que el cáncer infantil no es una sola enfermedad, sino que incluye un gran número de enfermedades, con unas características particulares y con un comportamiento diferente entre sí. Sin embargo, todas estas enfermedades tienen un denominador común, mismas que se originan a partir del crecimiento anormal de una sola célula o un grupo de ellas, que poseen la capacidad de invadir tanto los órganos vecinos como los órganos alejados. En ese sentido, se presentan los tipos más frecuentes de cáncer en la infancia.

2.8.1 Leucemia infantil

Es el cáncer que afecta la médula y los tejidos que fabrican las células de la sangre. Cuando aparece la Leucemia, el cuerpo fabrica una gran cantidad de glóbulos blancos anormales que no realizan sus funciones en forma adecuada. Por el contrario, esas células anormales, invaden la médula y destruyen las células sanas de la sangre, haciendo que el paciente sufra de anemia, infecciones o moretones generalizados. La forma más frecuente en los niños es la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA). Se ha avanzado muchísimo en su tratamiento y actualmente se curan alrededor de 7 de cada 10 niños.

2.8.2 Tumores infantiles de sistema nervioso central

Según la fundación Natalí Dafne Flexer (2019), Los tumores de cerebro y de médula espinal son los tumores sólidos más frecuentes en los niños. Algunos tumores son benignos y los niños son curados con una cirugía. Sin embargo, en el caso de los malignos, dada la dificultad en el diagnóstico y en el tratamiento, no se ha avanzado tanto en su cura como en otros tipos de cáncer infantil. Su tratamiento en general incluye cirugía más otras terapéuticas, como quimioterapia y radioterapia

2.8.3 Tumores óseos infantil

Según la fundación Natalí Dafne Flexer (2019), Los huesos pueden ser el sitio donde otros tumores se diseminan, pero algunos tipos de cáncer se originan en el esqueleto. El más frecuente es el Osteosarcoma El cáncer de huesos pediátrico, ocurre a menudo durante el salto de crecimiento de la adolescencia y el 85 % de los adolescentes que lo padecen tienen el tumor en sus brazos o piernas, la mitad de ellos alrededor de la rodilla. Otro tipo de tumor óseo es el Sarcoma de Ewing, que a diferencia del anterior, no se lo encuentra generalmente en los huesos largos, sino en las costillas. Durante el período de 1950 a 1980 se avanzó bastante en el tratamiento, consiguiéndose una reducción del 50% de las muertes ocasionadas por este tumor.

2.8.4 Linfomas infantiles

Según la fundación Natalí Dafne Flexer (2019) el linfoma es un tipo de cáncer que aparece en el sistema linfático, la red de circulación del cuerpo que saca las impurezas. Hay dos variedades de linfoma: Enfermedad de Hodgkin y No-Hodgkin. Esta última es más frecuente en niños, aparece en timo, intestino delgado, o en las glándulas linfáticas de cualquier parte del cuerpo. Puede diseminarse al Sistema Nervioso o a la Médula. Tiene buen pronóstico de curación

2.8.5 Neuroblastoma infantil

Según la Fundación Natalí Dafne Flexer (2019) es un tipo de cáncer que sólo se da en niños. Aparece en niños muy pequeños, un cuarto de los niños afectados presenta síntomas en el primer año de vida. El neuroblastoma se disemina rápidamente y en general es diagnosticado una vez que se ha esparcido. Los estadios tempranos son curables con cirugía y se están desarrollando nuevos tratamientos cada vez más efectivos para el tratamiento de los estadios avanzados.

2.8.6 Rabdomiosarcoma infantil

Según la Fundación Natalí Dafne Flexer (2019) es el sarcoma de tejidos blandos más frecuente en niños. Esta neoplasia extremadamente maligna se origina en el tejido músculo-esquelético. A pesar de que puede darse en cualquier lugar de este tejido, generalmente se encuentra en la cabeza y el cuello, en el tracto genito-urinario o en las extremidades. A pesar de que el rabdomiosarcoma se extiende rápidamente, sus síntomas son bastante más evidentes que otros tipos de cáncer. El pronóstico general de esta enfermedad se ha mejorado a partir del desarrollo de quimioterapia más avanzada

2.8.7 Tumor de Wilms Infantil

Según la Fundación Natalí Dafne Flexer (2019) es un tumor que se desarrolla rápidamente en el hígado y aparece más frecuentemente en niños, de entre 2 y 4 años de edad. El Tumor de Wilms en niños se comporta de manera distinta que el cáncer de hígado en adultos. En niños, la enfermedad hace metástasis en los pulmones. En el pasado la mortalidad por este tumor era muy alta. Actualmente con la combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia se ha avanzado en el control de la enfermedad.

2.8.8 Retinoblastoma infantil

Según la Fundación Natalí Dafne Flexer (2019) es un tumor ocular que aparece en la temprana infancia y muestra un patrón hereditario en gran parte de los casos. Es más frecuente en América latina que en otros lugares del mundo. Tiene muy buen pronóstico de cura (95%) aunque a veces compromete la visión. Habitualmente requiere cirugía y a veces otros tratamientos agregados

En la siguiente tabla se presenta el registro de niños con cáncer por región, registrados hasta el año 2018, por el Ministerio de Salud y Asistencia Social

Tabla No. 1
Registro de Niños con cáncer tomado del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Tasa por Región de Casos Registrados hasta el 2018

REGION	Tasa por región	Casos registrados	Casos esperados	Casos faltantes
Metropolitano	119.5	120	121	0
Norte	32.1	22	82	-60
Nororiente	79.0	40	60	-20
Suroriente	59.4	30	61	-31
Central	80.6	56	83	-27
Suroccidente	73.2	119	194	-76
Noroccidente	50.6	53	127	-73
Petén	45.6	15	40	-25
País	72.0	455	769	-313

Fuente: Ministerio de Salud (2018)

2.9 Factores de riesgo

Aunque el cáncer infantil no se puede prevenir, hay factores que pueden provocarlo y a los cuales debemos atender. La Organización Panamericana de la salud (2012) advierte:

- Las sustancias químicas a las que se expone la madre durante el embarazo, como el tabaco y alcohol pone en riesgo de padecer cáncer al bebé. Por ello, es importante mantener desde temprana edad hábitos saludables que nos acompañen a lo largo de la vida.
- La exposición a plaguicidas o pesticidas también podría ser un factor, por lo que es recomendable no exponerse a este tipo de productos durante el embarazo y en los primeros años de vida del niño.
- De igual forma, la radiación y exposición a rayos X durante la gestación pueden aumentar el riesgo de cáncer infantil. A menos que sean sumamente necesario, es mejor no hacerlo.
- El virus del papiloma humano, el VIH, o la hepatitis B y C son también factores biológicos que pueden provocar el mal.
- Los niños con síndrome de Down tienen mayores posibilidades de padecer leucemia (el tipo de cáncer infantil más común) por lo que no debe descuidarse un seguimiento constante de sus condiciones de salud.

2.9.1 Principales signos de alerta

Según médicos del Hospital Villa María del Triunfo Saud (2019), Muchos de los síntomas pueden asemejarse o confundirse con enfermedades comunes en la niñez, por ello es muy importante monitorear constantemente la salud desde temprana edad con controles de crecimiento y desarrollo necesarios. Es importante poner atención si el niño presenta alguno de los síntomas que se describen a continuación:

- Moretones frecuentes o sangrado de nariz y encías.
- Si tienen visión borrosa, ceguera repentina o alguna anomalía en los ojos: manchas blancas cuando les da la luz, sangre dentro del ojo o falta de iris.

- Cansancio y fatiga constante, debilidad o pérdida del equilibrio. Convulsiones, cambios en el comportamiento y confusión.
- Presencia de ganglios duros, no dolorosos o de alguna masa palpable abdominal.
- Aumento de volumen en alguna región del cuerpo.

Según médicos del Complejo Hospitalario Guillermo Kaelin, indican que la detección temprana y el conocimiento de los factores que nos ponen en riesgo ante esta enfermedad, pueden ser las claves para detener el cáncer infantil. Los padres tienen el principal deber de velar por el bienestar de sus niños y la tarea de educarlos en hábitos saludables.

Capítulo 3

Marco Contextual

3.1. Método

El método que se utilizó en el tema “Prevalencia y causa de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de Oncología Pediátrica” fue el cualitativo con el que se obtuvo información al realizar la investigación. Muñoz (2011) explica que la investigación cualitativa tiene como finalidad la descripción de las cualidades y características de un fenómeno; tan sólo pretende estudiar una parte de la realidad y no busca probar teorías o hipótesis, sino descubrir las cualidades del objeto de estudio. Utiliza métodos que hacen énfasis en la realidad empírica, y pretende el entendimiento y la profundidad de sus hallazgos en vez de su medición y exactitud; de esta forma, genera teorías e hipótesis cualitativas.

3.2. Tipo de investigación

Según Muñoz (2011) el tipo de investigación es de tipo exploratoria ya que el investigador se limita a observar los acontecimientos sin intervenir en los mismos, nos permiten aproximarnos a fenómenos desconocidos, con el fin de aumentar el grado de familiaridad y contribuyen con ideas respecto a la forma correcta de abordar una investigación en particular.

3.3. Niveles de investigación

De acuerdo con Sampieri (2014) la investigación se considera descriptiva ya que busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo de población. Pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas.

3.4. Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de oncología pediátrica?

3.5. Muestreo

El tipo de muestreo que se utilizará para la “Prevalencia y causa de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de oncología pediátrica” será el muestreo no aleatorio o no probabilístico ya que, las muestras no se recogerán por medio de procesos en donde los sujetos se les brinden las mismas posibilidades de ser seleccionados. De las técnicas que existen en este, se utilizará el muestreo por cuotas ya que, se incluirán dentro de la muestra solo un grupo determinado de sujetos que cumplan con ciertos requisitos o condiciones específicas.

3.6 Sujetos de la investigación

Los sujetos o la población de estudio están constituida por veinticinco padres de familia comprendidos en las edades de treinta años en adelante que uno de sus hijos se encuentre en tratamiento y asiste al servicio de oncología pediátrica del Hospital General de Enfermedades (IGSS).

En ese sentido cabe resaltar que, se tomó la determinación de pasar los instrumentos de investigación fuera de las instalaciones del Hospital General de Enfermedades IGSS, ya que, la administración no autorizó realizarlas dentro del servicio de oncología pediátrica, por motivo que la Universidad Panamericana no tiene convenio con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para este tipo de investigaciones y trabajos de campo. Por lo cual, se solicitó la autorización de cada participante, mismos que accedieron sin ningún problema.

3.7. Instrumentos de la investigación

En el presente apartado se describen los instrumentos a utilizar para determinar “Prevalencia y causa de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de oncología pediátrica”. En ese sentido, se puede decir que se utilizará La Escala de Ansiedad de Hamilton el cual servirá para establecer los niveles de ansiedad de los padres.

La Escala de Ansiedad de Hamilton es uno de los más utilizados para clarificar el grado de ansiedad que sufre una persona. No es por tanto un instrumento de diagnóstico, sino un recurso útil y altamente eficaz para valorar en qué estado se encuentra el paciente, cuáles son sus síntomas psicossomáticos, sus miedos y sus procesos cognitivos.

La Escala de Ansiedad de Hamilton es un instrumento de evaluación clínica que se utiliza para medir el grado de ansiedad de una persona. Es útil tanto en niños como en adultos. Asimismo, es un instrumento que pueden utilizar tanto los médicos como los psiquiatras, pero teniendo claro que no determina el diagnóstico de un trastorno concreto.

3.8 Interpretación

Después de realizar el Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo, como los puntajes se encuentran en una escala que va de 0 (nada) a 3 Mucho), se transformarán en escalas lineales inversas de 0-100, siendo 100 la calificación más alta y, representado el mayor grado de ansiedad, a cada valor se le asignará un puntaje de la siguiente manera: 0=100, 1= 75, 2= 50, 3=25 y 4=0.

El puntaje será el resultado de la suma de las preguntas de cada dimensión expresada en media y, esta media expresará la prevalencia y causa de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de oncología pediátrica.

3.9. Procedimiento

- Se presentó el anteproyecto para aprobación
- Se recopiló material escrito al respecto de la temática.
- Se contactó a la institución para poder encuestar a los padres de familia
- Se encuestó a los padres de familia con la escala de ansiedad de Hamilton
- Se realizó el análisis de resultados
- En éste apartado se utilizará un programa especializado llamado RotatorDataEntryel cual provee pantallas que permiten la captura de datos de forma amigable, segura y confiable.
- De igual manera este programa permite la realización de gráficas y porcentajes, mismos que servirán como apoyo a la investigación.
- Se elaboró la discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones

Capítulo 4

Presentación y discusión de Resultados

4.1 Presentación de resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del instrumento que se utilizó para medir la ansiedad a 25 padres de familia, mismos que sirvieron para determinar la “Prevalencia y causa de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de oncología pediátrica”. Cabe resaltar que, por medio de un consentimiento verbal se dio a conocer a los padres que su participación en el estudio sería de carácter voluntario. De igual manera se explicó que los datos brindados eran confidenciales y que su uso sería con fines científicos.

En ese sentido, los resultados serán colocados por individuo entrevistado, de esa cuenta, se punteo de 0 a 4 cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo, se puede obtener, además dos puntuaciones que corresponde a ansiedad psíquica (ítems 1,2,3,4,5,6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7,8,9,10,11,12 y 13)

Respecto a la ansiedad generalizada se determina así:

0-5 No ansiedad

6-14 Ansiedad menor

15 Ansiedad Mayor

16 o más Ansiedad clínicamente manifiesta.

Tabla No. 2

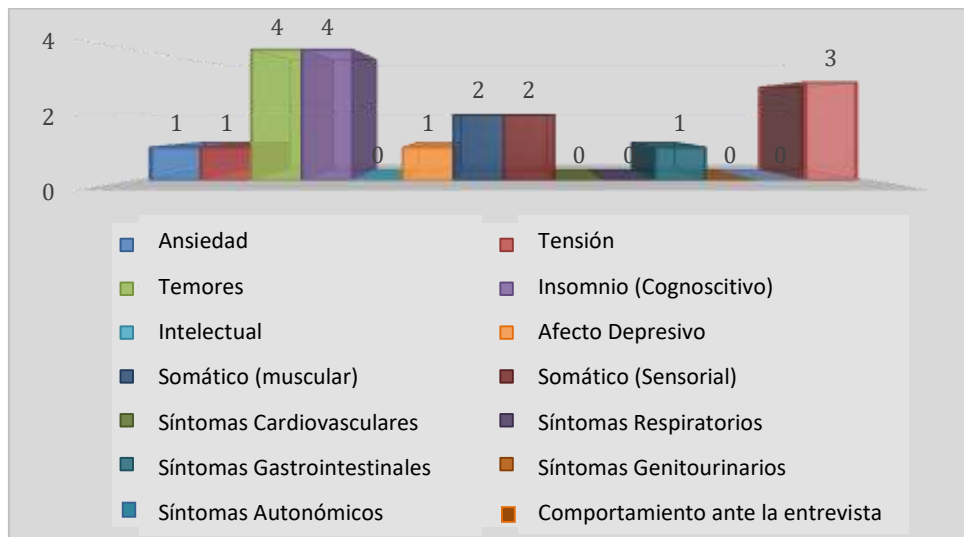
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No.1

Rubro	Calificación
Ansiedad	1
Tensión	1
Temores	4
insomnio(cognoscitivo)	4
Intelectual	0
afecto depresivo	1
somático(muscular)	2
somático(sensorial)	2
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	0
síntomas gastrointestinales	1
síntomas genitourinarios	0
síntomas autonómicos	0
comportamiento ante la entrevista	3
Total	19

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 1

Entrevistado 1



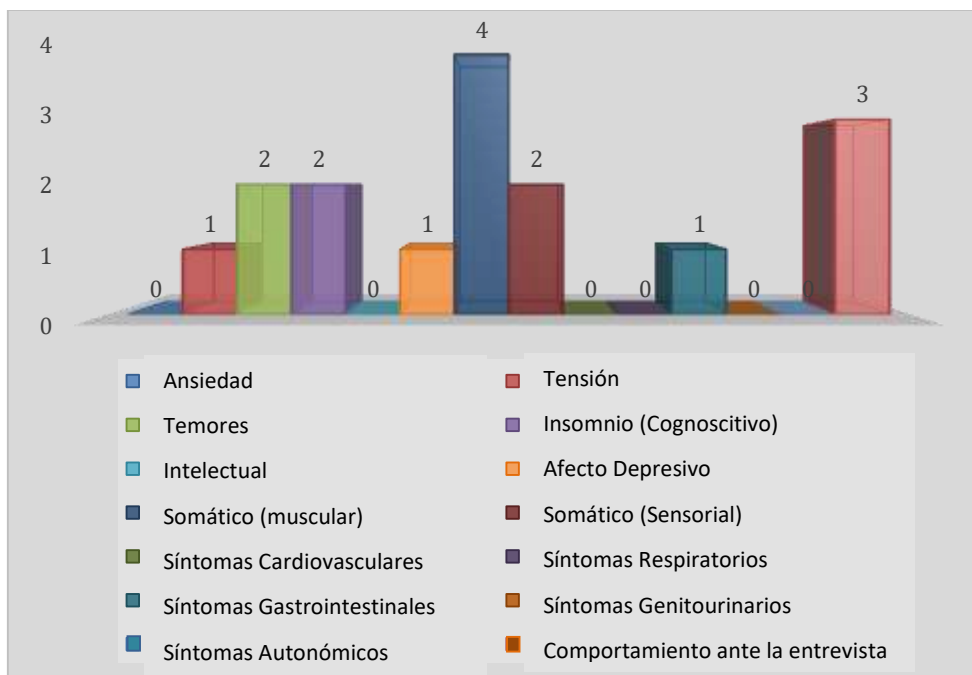
Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 3
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 2

Rubro	Calificación
Ansiedad	0
Tensión	1
Temores	2
insomnio(cognoscitivo)	2
Intelectual	0
afecto depresivo	1
somático(muscular)	4
somático(sensorial)	2
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	0
síntomas gastrointestinales	1
síntomas genitourinarios	0
síntomas autonómicos	0
comportamiento ante la entrevista	3
Total	16

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 2
Entrevistado 2



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 4

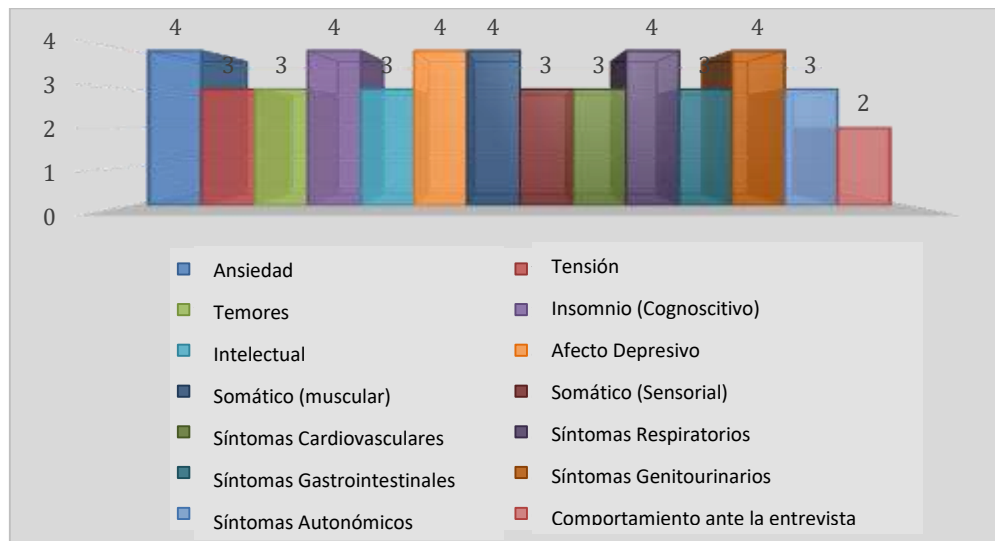
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 3

rubro	Calificación
ansiedad	4
tensión	3
temores	3
insomnio(cognoscitivo)	4
intelectual	3
afecto depresivo	4
somático(muscular)	4
somático(sensorial)	3
síntomas cardiovasculares	3
síntomas respiratorios	4
síntomas gastrointestinales	3
síntomas genitourinarios	4
síntomas autonómicos	3
comportamiento ante la entrevista	2
Total	47

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 3

Entrevistado 3



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 5

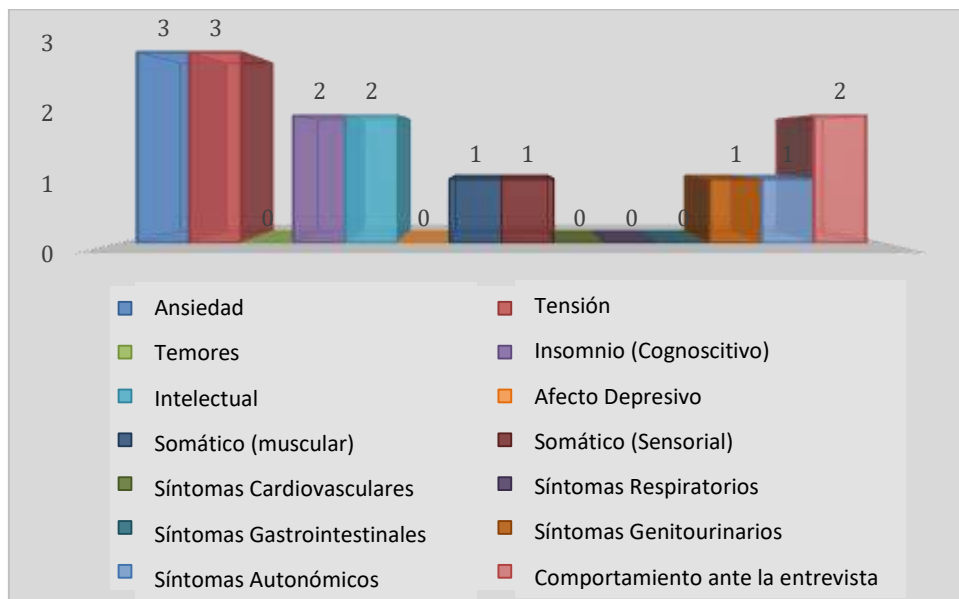
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 4

Rubro	Calificación
Ansiedad	3
Tensión	3
Temores	0
insomnio(cognoscitivo)	2
Intelectual	2
afecto depresivo	0
somático(muscular)	1
somático(sensorial)	1
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	0
síntomas gastrointestinales	0
síntomas genitourinarios	1
síntomas autonómicos	1
comportamiento ante la entrevista	2
Total	16

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 4

Entrevistado 4



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 6

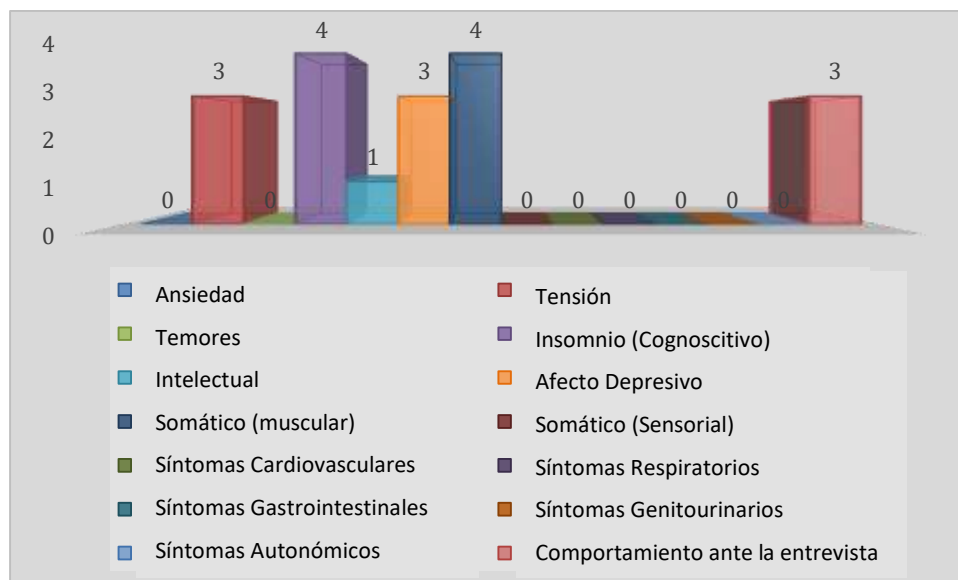
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 5

Rubro	Calificación
Ansiedad	0
Tensión	3
Temores	0
insomnio(cognoscitivo)	4
Intelectual	1
afecto depresivo	3
somático(muscular)	4
somático(sensorial)	0
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	0
síntomas gastrointestinales	0
síntomas genitourinarios	0
síntomas autonómicos	0
comportamiento ante la entrevista	3
Total	18

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 5

Entrevistado 5



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 7

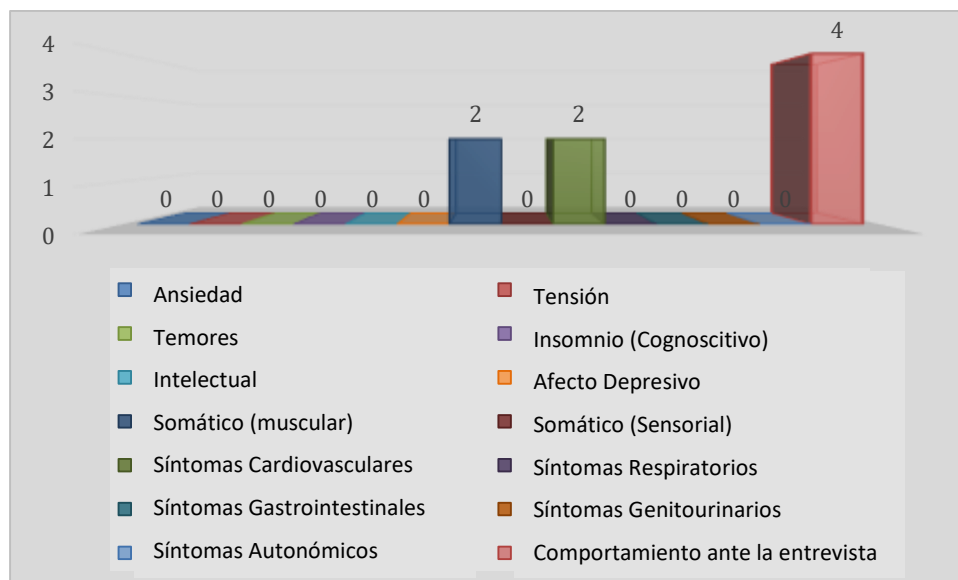
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 6

Rubro	Calificación
Ansiedad	0
Tensión	0
eTemores	0
insomnio(cognoscitivo)	0
Intelectual	0
afecto depresivo	0
somático(muscular)	2
somático(sensorial)	0
síntomas cardiovasculares	2
síntomas respiratorios	0
síntomas gastrointestinales	0
síntomas genitourinarios	0
síntomas autonómicos	0
comportamiento ante la entrevista	4
Total	8

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 6

Entrevistado 6



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 8

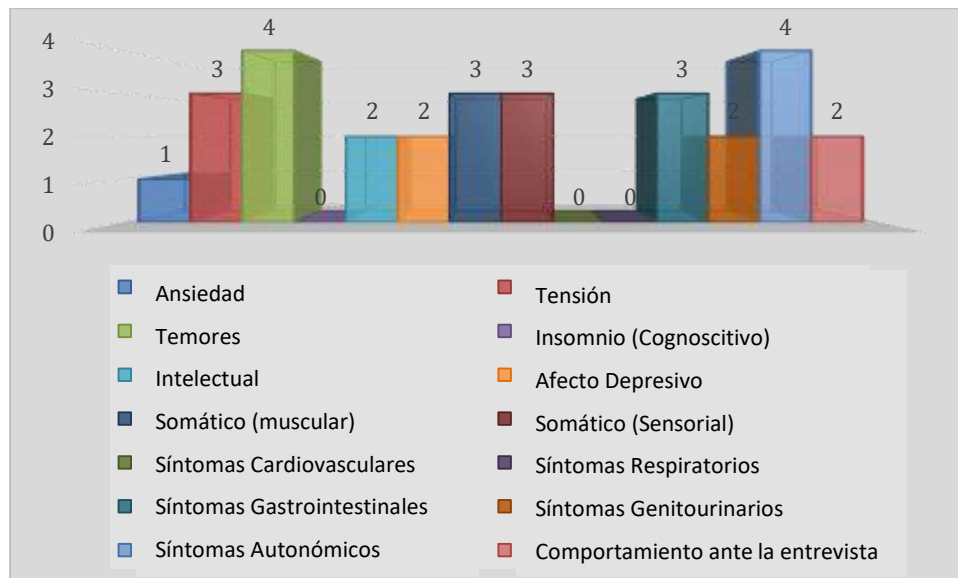
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 7

Rubro	Calificación
Ansiedad	1
Tensión	3
Temores	4
insomnio(cognoscitivo)	0
Intelectual	2
afecto depresivo	2
somático(muscular)	3
somático(sensorial)	3
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	0
síntomas gastrointestinales	3
síntomas genitourinarios	2
síntomas autonómicos	4
comportamiento ante la entrevista	2
Total	29

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 7

Entrevistado 7



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 9

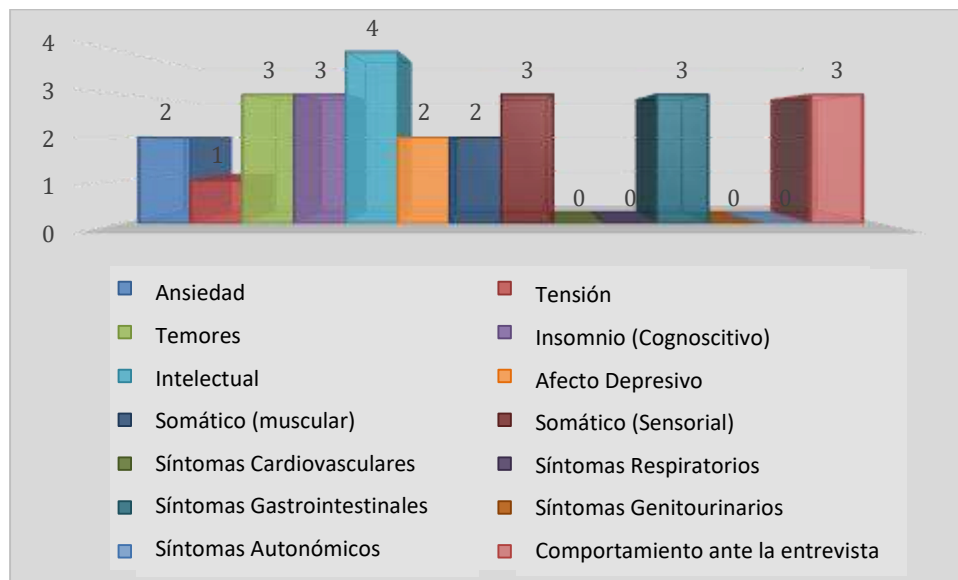
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 8

Rubro	Calificación
Ansiedad	2
Tensión	1
Temores	3
insomnio(cognoscitivo)	3
Intelectual	4
afecto depresivo	2
somático(muscular)	2
somático(sensorial)	3
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	0
síntomas gastrointestinales	3
síntomas genitourinarios	0
síntomas autonómicos	0
comportamiento ante la entrevista	3
Total	26

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 8

Entrevistado 8



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 10

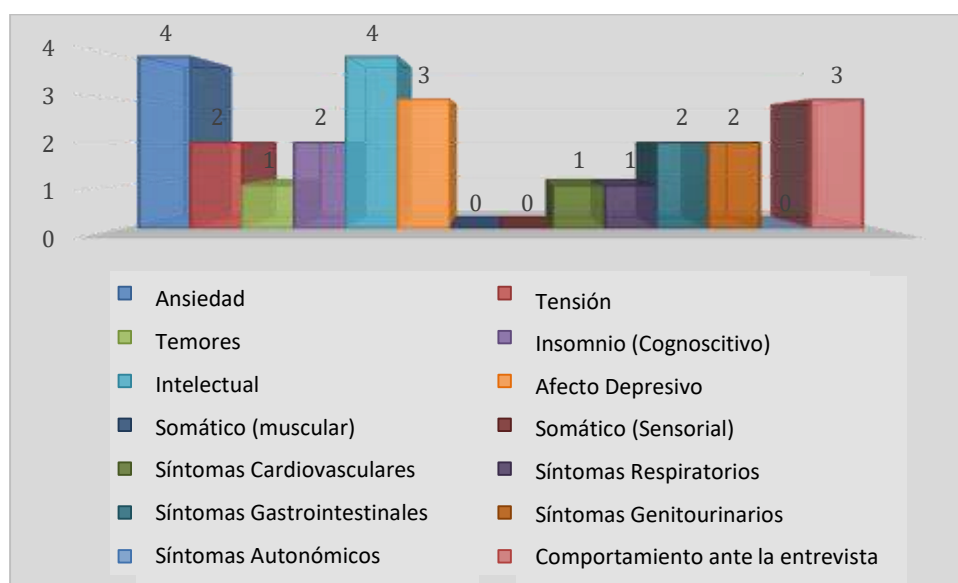
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 9

Rubro	Calificación
Ansiedad	4
Tensión	2
Temores	1
insomnio(cognoscitivo)	2
Intelectual	4
afecto depresivo	3
somático(muscular)	0
somático(sensorial)	0
síntomas cardiovasculares	1
síntomas respiratorios	1
síntomas gastrointestinales	2
síntomas genitourinarios	2
síntomas autonómicos	0
comportamiento ante la entrevista	3
Total	25

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 9

Entrevistado 9



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 11

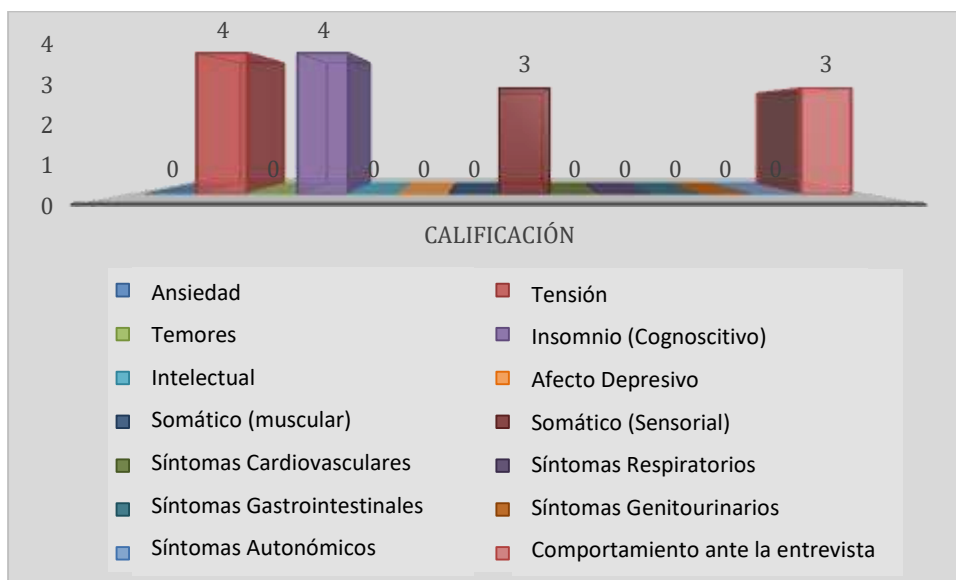
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 10

Rubro	Calificación
Ansiedad	0
Tensión	4
Temores	0
insomnio(cognoscitivo)	4
Intelectual	0
afecto depresivo	0
somático(muscular)	0
somático(sensorial)	3
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	0
síntomas gastrointestinales	0
síntomas genitourinarios	0
síntomas autonómicos	0
comportamiento ante la entrevista	3
Total	14

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 10

Entrevistado 10



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 12

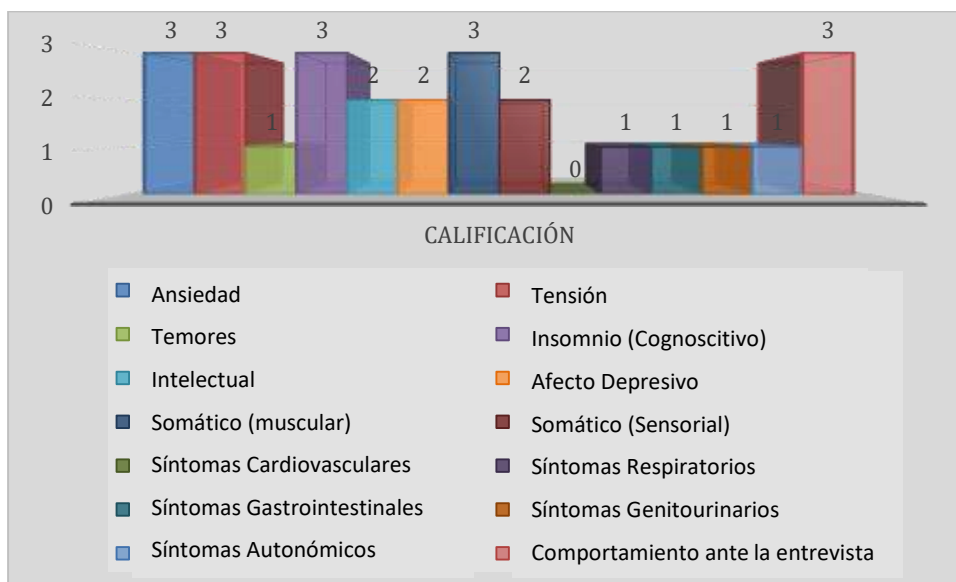
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 11

Rubro	Calificación
Ansiedad	3
Tensión	3
Temores	1
insomnio(cognoscitivo)	3
Intelectual	2
afecto depresivo	2
somático(muscular)	3
somático(sensorial)	2
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	1
síntomas gastrointestinales	1
síntomas genitourinarios	1
síntomas autonómicos	1
comportamiento ante la entrevista	3
Total	26

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 11

Entrevistado 11



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 13

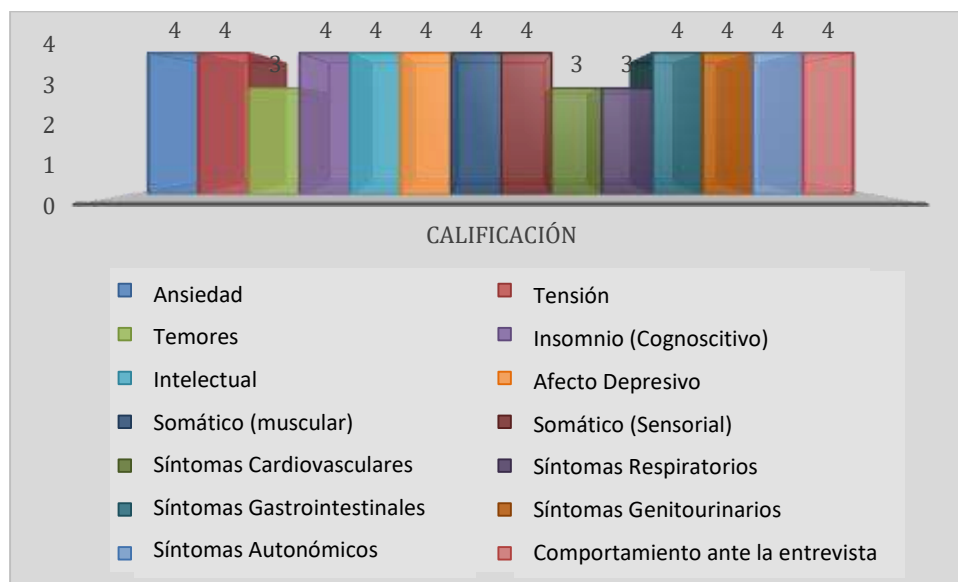
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 12

Rubro	Calificación
Ansiedad	4
Tensión	4
Temores	3
insomnio(cognoscitivo)	4
Intelectual	4
afecto depresivo	4
somático(muscular)	4
somático(sensorial)	4
síntomas cardiovasculares	3
síntomas respiratorios	3
síntomas gastrointestinales	4
síntomas genitourinarios	4
síntomas autonómicos	4
comportamiento ante la entrevista	4
Total	53

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 12

Entrevistado 12



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 14

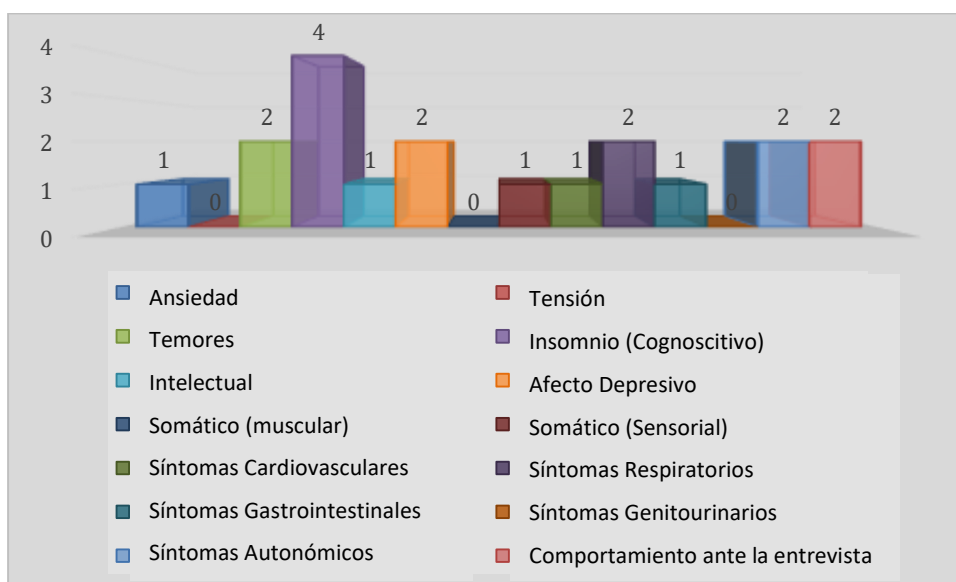
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 13

Rubro	Calificación
Ansiedad	1
Tensión	0
Temores	2
insomnio(cognoscitivo)	4
Intelectual	1
afecto depresivo	2
somático(muscular)	0
somático(sensorial)	1
síntomas cardiovasculares	1
síntomas respiratorios	2
síntomas gastrointestinales	1
síntomas genitourinarios	0
síntomas autonómicos	2
comportamiento ante la entrevista	2
Total	19

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 13

Entrevistado 13



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 15

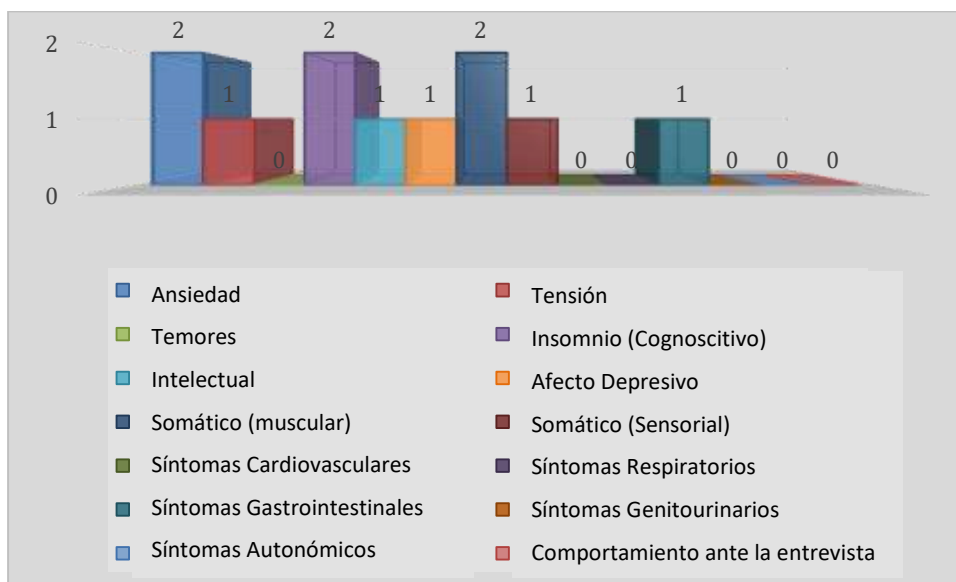
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 14

Rubro	Calificación
Ansiedad	2
Tensión	1
Temores	0
insomnio(cognoscitivo)	2
Intelectual	1
afecto depresivo	1
somático(muscular)	2
somático(sensorial)	1
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	0
síntomas gastrointestinales	1
síntomas genitourinarios	0
síntomas autonómicos	0
comportamiento ante la entrevista	0
Total	11

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 14

Entrevistado 14



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 16

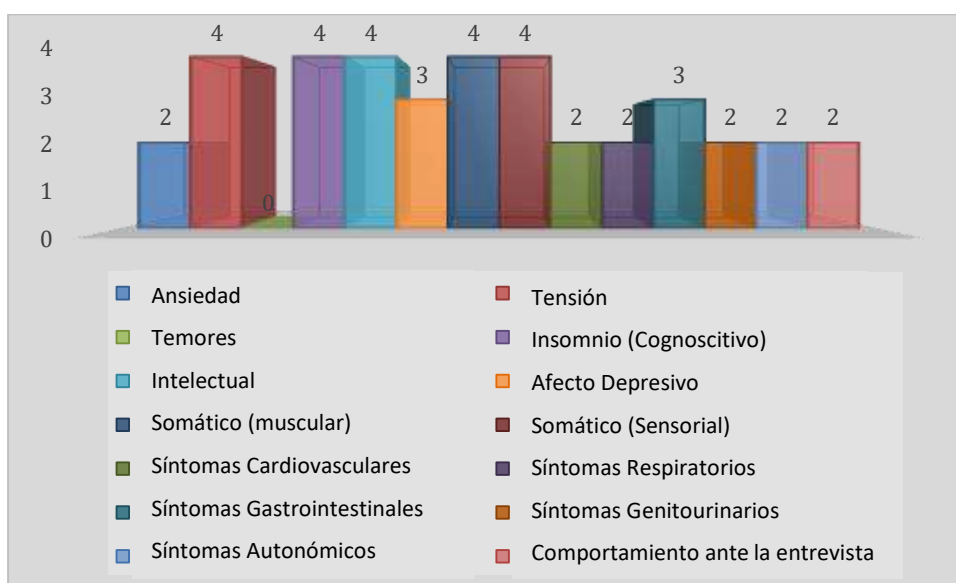
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 15

Rubro	Calificación
Ansiedad	2
Tensión	4
Temores	0
insomnio(cognoscitivo)	4
Intelectual	4
afecto depresivo	3
somático(muscular)	4
somático(sensorial)	4
síntomas cardiovasculares	2
síntomas respiratorios	2
síntomas gastrointestinales	3
síntomas genitourinarios	2
síntomas autonómicos	2
comportamiento ante la entrevista	2
Total	38

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 15

Entrevistado 15



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 17

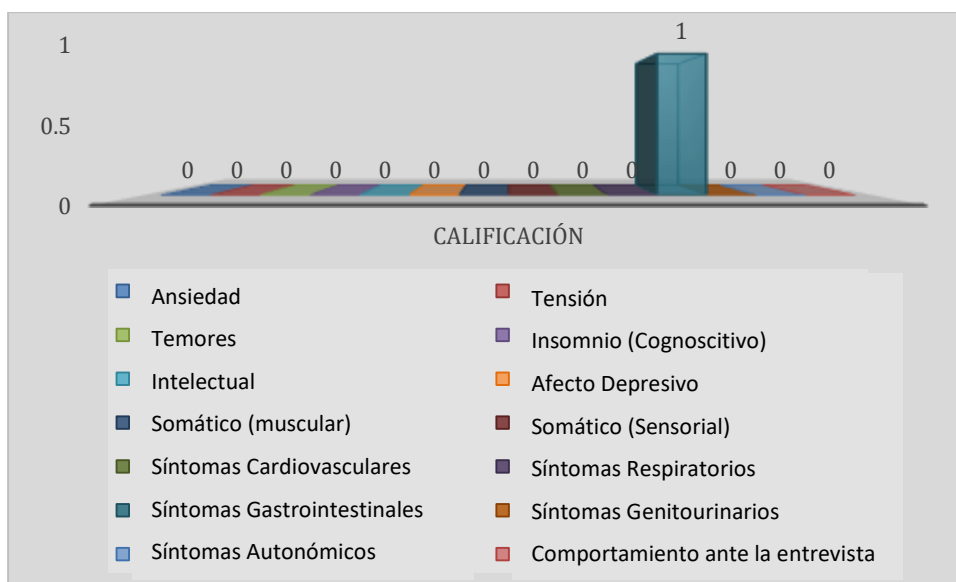
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 16

Rubro	Calificación
Ansiedad	0
Tensión	0
Temores	0
insomnio(cognoscitivo)	0
Intelectual	0
afecto depresivo	0
somático(muscular)	0
somático(sensorial)	0
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	0
síntomas gastrointestinales	1
síntomas genitourinarios	0
síntomas autonómicos	0
comportamiento ante la entrevista	0
Total	1

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 16

Entrevistado 16



Fuente: elaboración propia (2019)

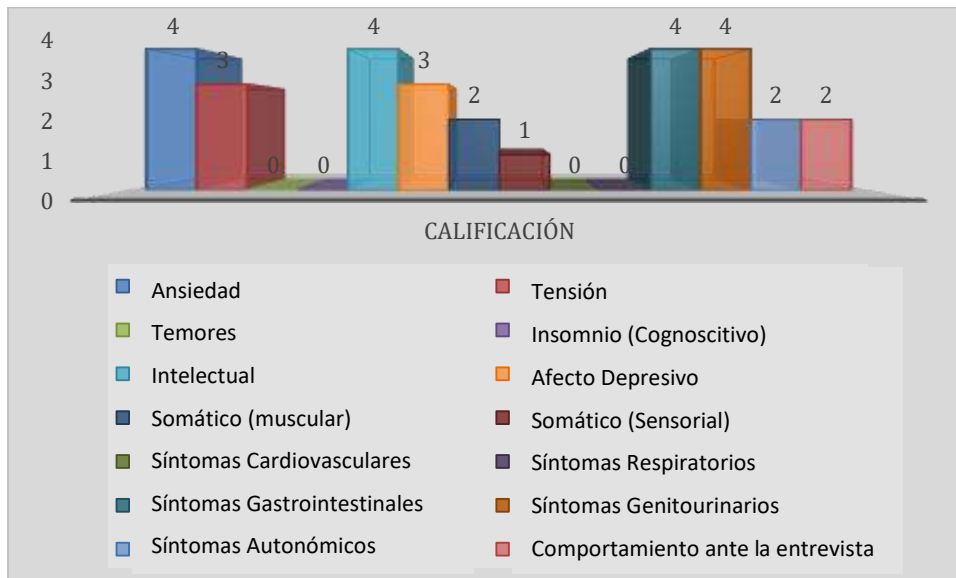
Tabla No. 18
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 17

Rubro	Calificación
Ansiedad	4
Tensión	3
Temores	0
insomnio(cognoscitivo)	0
Intelectual	4
afecto depresivo	3
somático(muscular)	2
somático(sensorial)	1
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	0
síntomas gastrointestinales	4
síntomas genitourinarios	4
síntomas autonómicos	2
comportamiento ante la entrevista	2
Total	29

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 17

Entrevistado 17



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla 19
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 18

Rubro	Calificación
Ansiedad	4
Tensión	0
Temores	0
insomnio(cognoscitivo)	4
Intelectual	4
afecto depresivo	0
somático(muscular)	4
somático(sensorial)	2
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	0
síntomas gastrointestinales	3
síntomas genitourinarios	3
síntomas autonómicos	4
comportamiento ante la entrevista	2
Total	30

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 18
Entrevistado 18



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 20

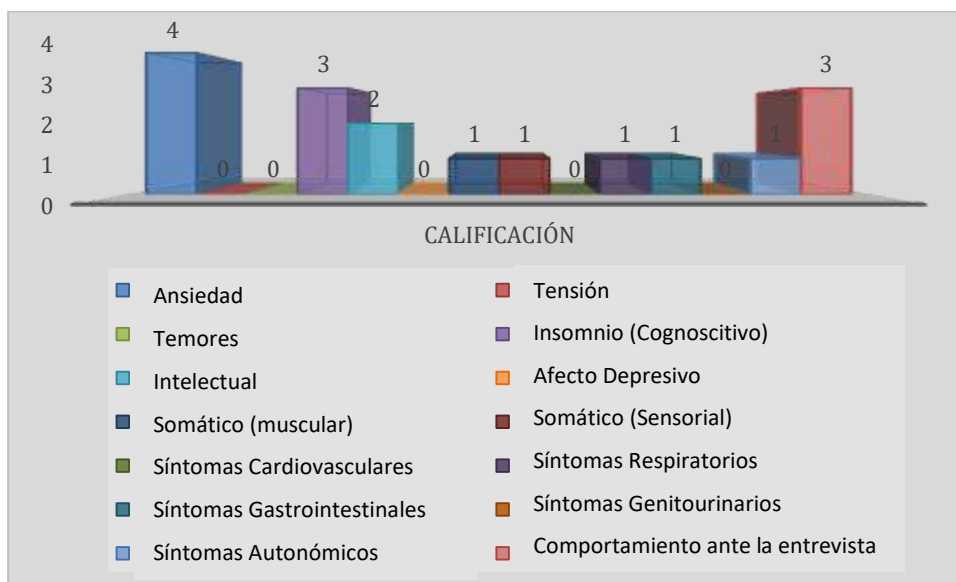
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 19

Rubro	Calificación
Ansiedad	4
Tensión	0
Temores	0
insomnio(cognoscitivo)	3
Intelectual	2
afecto depresivo	0
somático(muscular)	1
somático(sensorial)	1
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	1
síntomas gastrointestinales	1
síntomas genitourinarios	0
síntomas autonómicos	1
comportamiento ante la entrevista	3
Total	17

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 19

Entrevistado 19



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 21

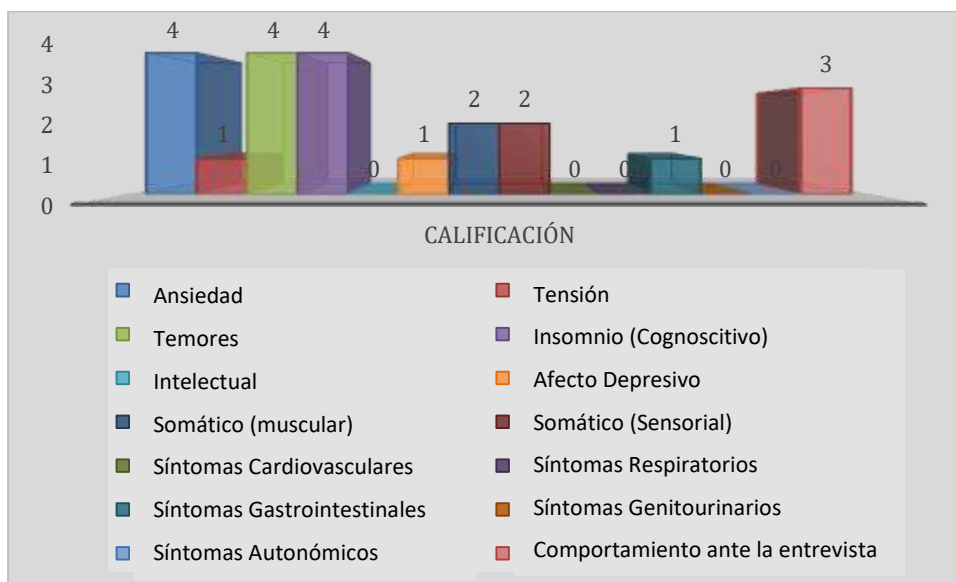
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 20

Rubro	Calificación
Ansiedad	4
Tensión	1
Temores	4
insomnio(cognoscitivo)	4
Intelectual	0
afecto depresivo	1
somático(muscular)	2
somático(sensorial)	2
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	0
síntomas gastrointestinales	1
síntomas genitourinarios	0
síntomas autonómicos	0
comportamiento ante la entrevista	3
Total	22

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 20

Entrevistado 20



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 22

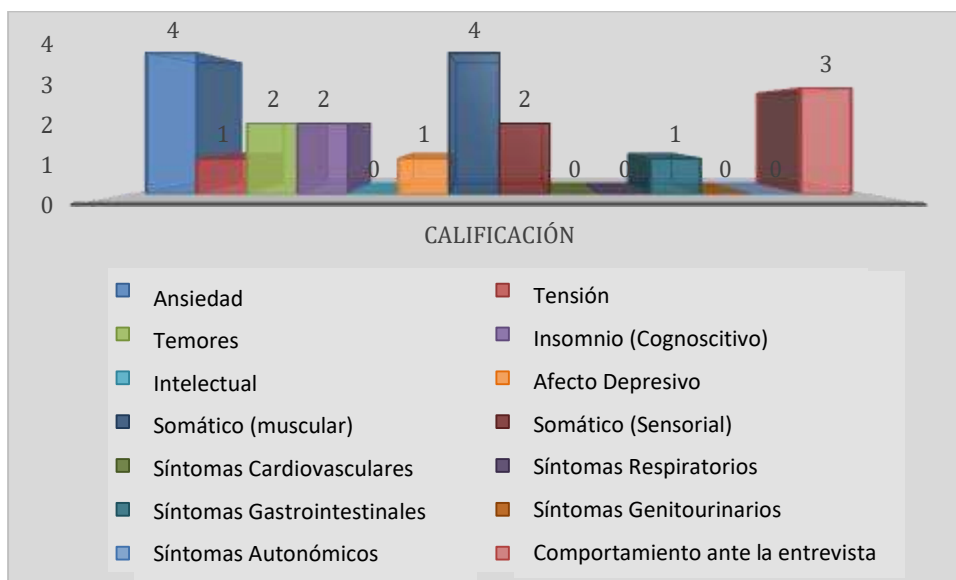
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 21

Rubro	Calificación
Ansiedad	4
Tensión	1
Temores	2
insomnio(cognoscitivo)	2
Intelectual	0
afecto depresivo	1
somático(muscular)	4
somático(sensorial)	2
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	0
síntomas gastrointestinales	1
síntomas genitourinarios	0
síntomas autonómicos	0
comportamiento ante la entrevista	3
Total	20

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 21

Entrevistado 21



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 23
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 22

Rubro	Calificación
Ansiedad	4
Tensión	3
Temores	3
insomnio(cognoscitivo)	4
Intelectual	3
afecto depresivo	4
somático(muscular)	4
somático(sensorial)	3
síntomas cardiovasculares	3
síntomas respiratorios	4
síntomas gastrointestinales	3
síntomas genitourinarios	4
síntomas autonómicos	3
comportamiento ante la entrevista	2
Total	47

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 22

Entrevistado 22



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 24

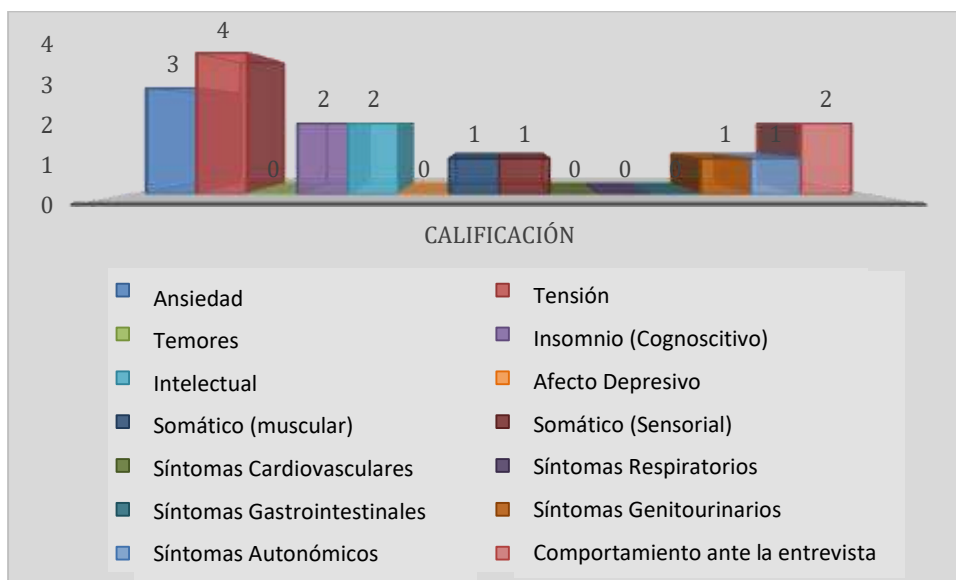
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 23

Rubro	Calificación
Ansiedad	3
Tensión	4
Temores	0
insomnio(cognoscitivo)	2
Intelectual	2
afecto depresivo	0
somático(muscular)	1
somático(sensorial)	1
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	0
síntomas gastrointestinales	0
síntomas genitourinarios	1
síntomas autonómicos	1
comportamiento ante la entrevista	2
Total	17

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 23

Entrevistado 23



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla 25

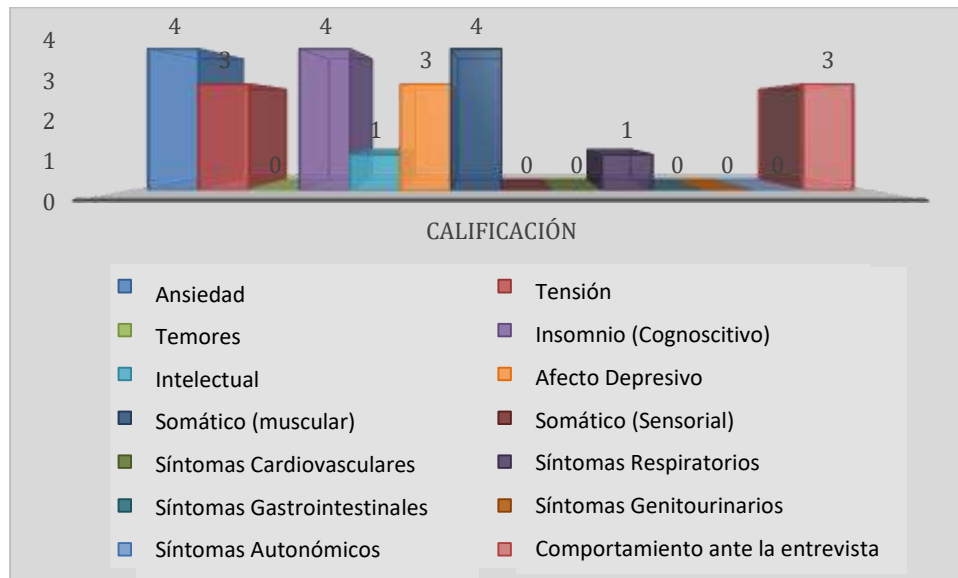
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 24

Rubro	Calificación
Ansiedad	4
Tensión	3
Temores	0
insomnio(cognoscitivo)	4
Intelectual	1
afecto depresivo	3
somático(muscular)	4
somático(sensorial)	0
síntomas cardiovasculares	0
síntomas respiratorios	1
síntomas gastrointestinales	0
síntomas genitourinarios	0
síntomas autonómicos	0
comportamiento ante la entrevista	3
Total	23

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 24

Entrevistado 24



Fuente: elaboración propia (2019)

Tabla No. 26

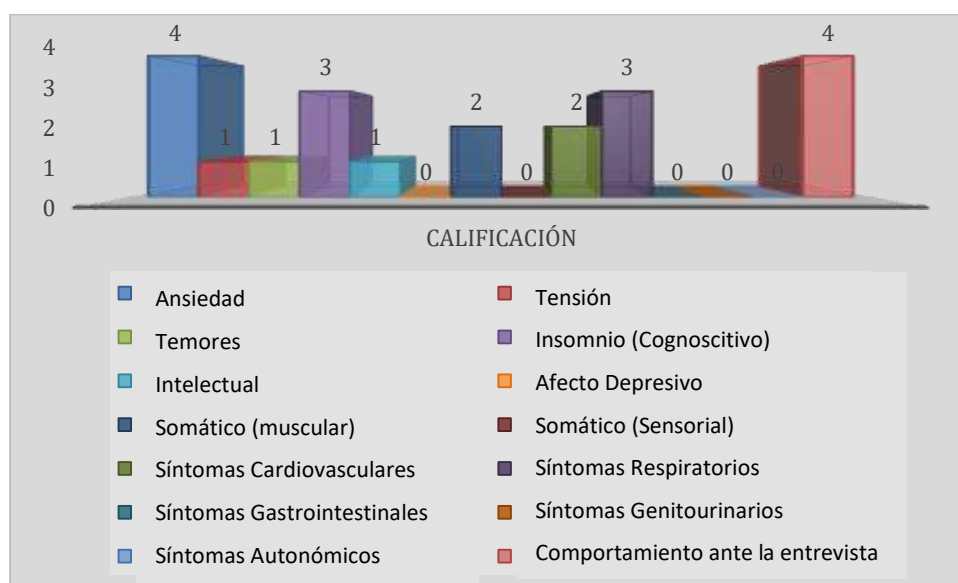
Escala de Hamilton para la ansiedad entrevistado No. 25

Rubro	calificación
Ansiedad	4
Tensión	1
Temores	1
insomnio(cognoscitivo)	3
Intelectual	1
afecto depresivo	0
somático(muscular)	2
somático(sensorial)	0
síntomas cardiovasculares	2
síntomas respiratorios	3
síntomas gastrointestinales	0
síntomas genitourinarios	0
síntomas autonómicos	0
comportamiento ante la entrevista	4
Total	21

Fuente: elaboración propia (2019)

Gráfica No. 25

Entrevistado 25



Fuente: elaboración propia (2019)

4.2 Discusión de resultados

El cáncer en la niñez produce ansiedad interna y externamente por que altera la relación de los individuos con su medio ambiente. La adaptación del niño a la enfermedad se complica por la respuesta de afrontamiento de los adultos y los niños que forman su mundo. Con respecto a los padres, el salto emocional de tener un niño sano a tener un niño con cáncer es casi imposible. El diagnóstico puede venir como un shock o un auxilio dependiendo de las circunstancias que rodean la presentación de la enfermedad.

Debido a lo anterior, se quiso dar a conocer la “Prevalencia y causa de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de Oncología Pediátrica”, describiendo los síntomas más frecuentes de ansiedad por los cuales en algún momento deben pasar y que, en el transcurso de la enfermedad interfieren en el comportamiento y aceptación de los padres.

En ese sentido, se puede decir que, de los síntomas más frecuentes que presentan los padres, la ansiedad propiamente se manifiesta en un 12% de los entrevistados, así como el insomnio en un 13% y el somático muscular en un 11%; seguido de la Tensión e intelectual con un 9% y afectivo depresivo con 8%; en lo que respecta a síntomas gastrointestinales, se manifiesta en un 7%, temores en un 6% así como síntomas genitourinarios y autonómicos con un 5%, y con menor frecuencia los síntomas cardiovasculares con 3% y síntomas respiratorios con 4%.

La relación por parte de los padres a la enfermedad o diagnóstico influyen en la adaptación tanto familiar como del paciente pediátrico, aunque no se refleja en el instrumento con mayor puntaje, los padres manifiestan el miedo a la muerte de su hijo y angustia a lo que desde ese momento deberán vivir: cambios en su estilo de vida, desintegración familiar transitoria, sufragar gastos no contemplados y que en ocasiones pueden llegar a ser altas sumas de dinero. Seguido por fatiga, pérdida de apetito e insomnio. Los padres son las personas que acompañan al paciente en el momento de recibir tratamiento, debiendo permanecer por largo de tiempo en las instalaciones sumado a esto las inadecuadas condiciones en las que tienen que dormir, comer, entre otros.

Conclusiones

En cuanto al objetivo general de determinar la prevalencia y causa de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de oncología pediátrica, se concluye que, según los datos obtenidos en la investigación, el 95% de los entrevistados presentan desde ansiedad menor hasta ansiedad clínicamente manifiesta.

En cuanto al analizar las causas que provocan ansiedad en los padres de los niños con cáncer, se concluye que, atraviesan por diferentes etapas que pueden seguirse en distinto orden como la ansiedad propiamente, etapas de insomnio, conmoción y aislamiento, etapas de ira e impotencia, síntomas gastrointestinales, afecto depresivo. Como se expuso, estas fases o etapas no tienen un orden fijo, por otra parte, según el tipo de personalidad de los padres, pueden mantenerse en una de estas actitudes todo el tiempo.

En lo que concierne a identificar el impacto emocional en los padres por diagnóstico de cáncer infantil, se concluye que el impacto predominante que presentan los padres, ya sea padre o madre del paciente con cáncer, son: angustia, miedo a lo que pueda sucederle a su hijo durante el tratamiento, principalmente la muerte, fatiga, insomnio, incluso la negación de que, lo que están pasando no es real.

Se concluye que la presencia de una enfermedad crónica como el cáncer, crea una crisis emocional en la vida e historial de toda la familia, donde se puede identificar los siguientes puntos: cambio de proyectos de vida tanto en la familia, así como la del paciente, problemas conyugales, caos familiar, problemas económicos y laborales, afectando la salud mental y física de los cuidadores primarios.

Recomendaciones

Se recomienda capacitación para el personal médico y de salud en general que tenga contacto con los padres de los pacientes, esto para lograr identificar síntomas de depresión y ansiedad, de esta manera poder brindar el tratamiento adecuado por especialistas en el tema y así lograr la aceptación de la situación.

Se recomienda un plan educacional extenso y concreto a los padres del paciente pediátrico con cáncer, mismo que debe contener información sobre la enfermedad, así como los riesgos, beneficios y complicaciones del tratamiento que se va utilizar o sugerir el más adecuado y menos invasivo.

Se recomienda que dentro de las clínicas exista un departamento de psicología familiar, en la que se puedan tratar los distintos problemas que afectan el estado emocional de los padres y que puedan afrontar de una mejor manera el diagnóstico de sus hijos. Con la finalidad de identificar el impacto psicológico predominante en los padres y la familia del niño con cáncer, lo que puede permitir a la institución en un futuro el diseño de un programa de atención psicológica basada en el apoyo emocional a los padres.

Se recomienda capacitación constante y actualizada al personal de psicología para que ellos acompañen en todo momento a los padres con hijos que tienen diagnóstico de cáncer, para que puedan dar recomendaciones acertadas y consejería especializada para evitar conflictos familiares, laborales y que el afrontamiento de episodios estresantes sea más adecuado evitando que cause mal manejo de emociones que afecten la salud física y mental.

Referencias

- Antillon, Federico (2017) Guatemala: cuidados de cáncer pediátrico, organización, resultados y retos del sistema de salud para reducir la mortalidad, UNOP, pp. 1-39
- BaezaVillaroel (2016) Higiene y prevención de la ansiedad, servicios culturales, impreso en España
- Ballestin, Gema Peiro (2018) El duelo en la pérdida de un hijo, Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Valencia, España
- Cabral Gallo, María del Consuelo (2014) Manejo de la ansiedad en el paciente pediátrico oncológico y su cuidador durante la hospitalización a través de musicoterapia, vo. 11, No. 2-3, pp. 243-258
- Carson, R. C., & Butcher, J. N. (1992). Abnormal psychology and modern life (9th ed.). HarperCollins Publishers
- Castillo Aguilar (2012), Nivel de ansiedad ante la evaluación de desempeño, Universidad Rafael Landivar, Guatemala. Pp- 46
- Castillo Cortez (2015), Impacto psicológico en padres de niños de 5 a 10 años diagnosticado con cáncer pediátrico, Universidad de San Carlos de Guatemala pp.5, 35
- Complejo Hospitalario Guillermo Kaelin, detección temprana del cáncer infantil, (2019) recuperado de:
<https://vmtsalud.com.pe/>

Clínica de ansiedad, ¿Qué es la ansiedad y por qué se produce? (2018) recuperado de:
<https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntas-mas-frecuentes/que-es-la-ansiedad-y-por-que-se-produce/>

Damasio, Antonio (2006) En Busca De Spinoza. Barcelona. Editorial Crítica. 2006. Página 334.
ISBN 8484326764.

De Dúe, Sant, Joan (2013) La reacción de los padres ante la discapacidad de un hijo, FAROS editorial, Barcelona, España.

Espada, Maria del Carmen (2014), Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer, vol.9 No.1 pp.25-40

Folkman, S (2004), Control personal y procesos de estrés y afrontamiento: un análisis teórico, Journal of Personality and Social Psychology, 46, 839-852.

Fundación Natalí Dafne Flexer, tipos de cáncer infantil (2019) recuperado de:
<https://www.fundacionflexer.org/tipos-de-cancer-infantil.html>

Grau, Caudia (2014), Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares, vol.9 No.1 pp.125-136

Hospital Villa María del Triunfo Saud (2019), recuperado de:
<https://vmtsalud.com.pe/>

Kanter J., Cautilli, J., Busch, A., & Baruch, D. (2011). Toward a comprehensive functional analysis of depressive behavior: five environmental factors and a possible sixth and seventh. The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7, 5-14.

Organización Panamericana de la Salud/Organización mundial de la Salud (2019), recuperado de:

<https://www.paho.org/col/index -detección-temprana-del-cáncer-infantil>

Puchol, Luis (2003), Dirección y Gestión de recursos humanos, 7ª. Edición, ediciones Díaz Santos, impreso en España pp. 25

Rosemiro y Marques (2008) “La percepción de las madres de niños con cáncer en relación con el tratamiento de quimioterapia”, INCAN, Guatemala

Ros, R. (2004). *Stop a la ansiedad sin pastillas*. España: Magalian Trace Communications S.L.

Sampieri, Roberto (2014) Metodología de la Investigación, sexta edición, Mc Graw Hill, p.p. 29-30

Saz Roy, Ángeles (2018) Impacto de la enfermedad oncológica infantil: percepción de las familias y de las enfermeras, Universitat de Barcelona, España, pp. 12-22

Torrado val, Elena (2015), Familias con un hijo con cáncer en tratamiento: ajuste, crianza parental y calidad de vida, Universidad de Sevilla, pp. 35-45

Vilallonga Díaz, Teresa, (2016) Cuando el cáncer infantil “toca”, toda la familia enferma, efesalud, Madrid, España

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variable

Nombre completo: Rosa Catalina Siguantay González

Título de la Tesis: Prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio Oncología Pediátrica.

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

Problemática	Variable De estudio (Tema de investigación)	Subtemas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos	Instrumentos de investigación	Sujetos de Estudio
Culpabilidad Irritabilidad Ataques de ira Ataque de pánico Impacto emocional en los padres Depresión Estrés Cambios conductuales	Prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de Oncología Pediátrica	<p>1. Ansiedad</p> <p>✓ Causas de ansiedad</p> <p>✓ Efectos de ansiedad a nivel cognitivo, físico, emocional y conductual.</p> <p>2. Impacto emocional en los padres por diagnóstico de cáncer infantil.</p> <p>3. Efectos que causa el cáncer en los padres de familia.</p>	¿Cuál es la prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de Oncología Pediátrica?	Determinar la prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de Oncología Pediátrica.	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar las causas que provocan ansiedad en los padres de niño con cáncer. • Identificar el impacto emocional en los padres por diagnóstico de cáncer infantil. • Describir los efectos que causa el cáncer en los padres de familia. 	Escala de ansiedad de Hamilton	Padres de familia de 30 años en adelante.

Anexo 2

Escala de Hamilton para la ansiedad

Nombre del Paciente: _____ Nombre del Terapeuta: _____ Edad: _____

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

Similar en su formato a la Escala Análoga para Depresión, esta escala especifica la severidad de los síntomas ansiosos en aquellos pacientes diagnosticados con alguno de los trastornos de ansiedad. En su diseño, la escala es precedida de unas breves instrucciones para el médico o el entrevistador en las que se precisa el rango de puntuación según la intensidad de los síntomas a saber: ausente = 0; leve = 1; moderado = 2; severo = 3, y grave o totalmente incapacitado = 4.

Rubro	Síntomas	Puntuación
1. HUMOR ANSIOSO	Inquietud, espera de lo peor, aprehensión, (anticipación temerosa), irritabilidad.	0 1 2 3 4
2. TENSION	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar, incapacidad de relajarse	0 1 2 3 4
3. MIEDOS	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la Multitud	0 1 2 3 4
4. INSOMNIO	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con	0 1 2 3 4

	cansancio al despertar, sueños	
5. FUNCIONES INTELECTUALES	Dificultad en la concentración, mala memoria	0 1 2 3 4
6. HUMOR DEPRESIVO	Falta de interés, no disfrutar ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día	0 1 2 3 4
7. SÍNTOMAS, SOMÁTICOS (MUSCULARES)	Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular Aumentado	0 1 2 3 4
8. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (SENSORIALES)	Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos, o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0 1 2 3 4
9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles	0 1 2 3 4
10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS	Peso u presión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0 1 2 3 4
11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómitos, borborismo, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento	0 1 2 3 4

12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS	Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida del apetito sexual, disfunción eréctil	0 1 2 3 4
13. SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO	Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea por tensión, erectismo piloso.	0 1 2 3 4
14. COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA	Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos	0 1 2 3 4
	TOTAL:	

Para uso exclusivo de investigación en la Tesis titulada: Prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de Oncología Pediátrica.

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

Rubro	Calificación	Rubro	Calificación
Ansiedad		Somático (sensorial)	
Tensión		Síntomas cardiovasculares	
Temores		Síntomas respiratorios	
Insomnio (Cognoscitivo)		Síntomas gastrointestinales	
Intelectual		Síntomas genitourinarios	
Afecto depresivo		Síntomas autonómicos	
Somática (muscular		Comportamiento ante la entrevista	

Para uso exclusivo de investigación en la Tesis titulada: Prevalencia y causas de ansiedad en padres de niños que asisten al servicio de Oncología Pediátrica.