



UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE BIENESTAR Y CIENCIAS
DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
PREVALENCIA Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN MADRES DE
NIÑOS CON CÁNCER EN EL INSTITUTO ONCOLÓGICO SOLCA,
CUENCA, PERIODO ENERO - AGOSTO 2018.

AUTOR

DENISSE JULIETH OCHOA CORONEL

DIRECTOR

DRA. ROSA SOLORZANO BERNITA

ASESOR

DRA. KARLA ASPIAZU HINOSTROZA

CUENCA – ECUADOR

2018

RESUMEN

ANTECEDENTES: Existen estudios que intentan evaluar el grado de depresión de los padres cuyos hijos tienen cáncer Torrado E., (España) y Vasco MP (Ecuador)

OBJETIVO GENERAL: Determinar la prevalencia y nivel de depresión en madres de niños con cáncer en el Instituto Oncológico SOLCA, Cuenca, periodo Enero - Agosto 2018

METODOLOGÍA: Investigación descriptiva transversal, muestra 47 madres con hijos menores de 18 años con diagnóstico de cáncer. Se utiliza el Test de Hamilton para evaluar el nivel de depresión en la población estudiada. Se utiliza el programa estadístico SPSS, versión 19.0, con una IC del 95%, un error del 5%, para los análisis estadísticos se usa frecuencias y porcentajes, Chi cuadrado, $p < 0.05$.

RESULTADOS: Edad media 31.21 años, estado civil casada, zona rural, amas de casa, instrucción primaria y secundaria, estrato socioeconómico medio y bajo. Con dos hijos, hijo enfermo de 1-9 años, tiempo de evolución de la enfermedad menor a un año en niños con neoplasias de prevalencia, leucemia. El 95.7% de las madres presenta diagnóstico de depresión, con prevalencia de nivel moderado en el 44.7%, nivel ligero 29.8% y nivel severo 19.9%. Con tiempo de evolución de la enfermedad del hijo menor a un año.

CONCLUSIONES: Se encontró una alta prevalencia de depresión en las madres, teniendo como factores asociados: tiempo de evolución de la enfermedad, atención hospitalaria y nivel de información.

PALABRAS CLAVES: paciente oncológico, depresión, factores asociados, neoplasias, prevalencia.

ABSTRACT

BACKGROUND: Literature evidences studies that attempt to evaluate the degree of parents' depression whose children have a cáncer.

GENERAL OBJECTIVE: To determine the prevalence and depression level in children's mothers with cancer at the Oncology Institute SOLCA, Cuenca, January - August 2018 **METHODOLOGY:** prospective, analytical, descriptive, observational research shows 47 mothers with children under 18 diagnosed with cancer. It is used the Hamilton test to assess the depression level in the population studied. It is used the statistical program SPSS, version 19.0, with an IC of 95%, an error of 5%, for statistical analyzes, it is used frequencies and percentages, Chi square, $p < 0.05$.

RESULTS: Average ages between 21 to 31 years old, married marital status, rural area, housewives, primary and secondary education, medium and low socioeconomic status. With two children, a sick child of 1-9 years, with an evolution time of the disease less than one year in children with prevalence neoplasms, leukemia, 95.7% diagnosed with depression, finding a prevalence in moderate level of 44.7%, light depression levels in 29.8% and severe level of depression in 19.9%. With an evolution time of the disease less than a year in the children.

CONCLUSIONS: A high prevalence of depression was found in mothers, with associated factors such as evolution time of the disease, hospital care and information level.

KEYWORDS: ONCOLOGICAL PATIENT, DEPRESSION, ASSOCIATED FACTORS, NEOPLASMS, PREVALENCE.

PERMISO DEL AUTOR E TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO

INSTITUCIONAL

Yo DENISSE JULIETH OCHOA CORONEL portadora de la cédula de ciudadanía No 0106502784. En calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "PREVALENCIA Y NIVEL DE DEPRESION EN MADRES DE NIÑOS CON CANCER EN EL INSTITUTO DEL CANCER SOLCA, CUENCA, PERIODO ENERO – AGOSTO 2018" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de Los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, Así mismo; autorizo a la Universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, a 23 noviembre de 2018

Denisse Ochoa C.

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPÍTULO I	8
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	11
CAPÍTULO II	13
2. MARCO TEORICO	13
2.1 ANTECEDENTES	13
2.2 BASES TEORICAS	14
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	24
2.4 HIPÓTESIS	25
CAPÍTULO III	26
3. OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GENERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
CAPÍTULO IV	26
4. METODOLOGIA	26
4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	26
4.2 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA.	27
4.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	27
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	27
4.5 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN	28
4.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (Anexo No.6)	29
CAPITULO V	30
5. RESULTADOS	30
5.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS	31
CAPITULO VI	40
6. DISCUSION	40
CAPITULO VII	44
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
7.1 CONCLUSIONES	44

7.2 RECOMENDACIONES	45
8. BIBLIOGRAFIA.....	46
9. ANEXOS.....	52
ANEXO No.1 OFICIO DE BIOÉTICA	52
ANEXO No. 2 OFICIO DE COORDINACION DE INVESTIGACIÓN.....	53
ANEXO No.3 FORMULARIO DE DATOS LLENO	54
ANEXO No. 4 INFORME DE ANTIPLAGIO	55
ANEXO No. 5 RUBRICA DE PARES REVISORES	56
ANEXO NO. 6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	57
ANEXO 7. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
ANEXO 8. ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN	59

DEDICATORIA

A mi mama y mi hermana por su
apoyo incondicional

Denisse

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios por darme la oportunidad de culminar esta nueva meta en mi vida, a mi madre, el pilar fundamental de mi hogar, por todo su amor, paciencia y dedicación, por decirme siempre que debo luchar por mis sueños y perseverar, porque sin ella no podría haber llegado hasta donde estoy. A la Católica de Cuenca en donde reafirme mi vocación, a mis maestros por haber compartido sus conocimientos y guiarme durante todos estos años en esta carrera de conocimiento sin fin.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Desde el momento en que el niño es diagnosticado de cáncer se convierte en el centro de atención de padres, hermanos y demás familiares; el cáncer genera una crisis en la vida de los miembros de la familia, los mismos que deben ausentarse de su trabajo y la vida cotidiana y necesitan a alguien que los cuide (1,2)

No es tarea fácil para un padre admitir y enfrentar este tipo de situación, por lo que se hace imperioso el hecho de ofrecerle información detallada respecto al diagnóstico y tratamiento. Es muy relevante dar a conocer toda la información posible, pues los padres deben tomar decisiones difíciles con el apoyo de la información ofrecida por el personal médico sobre el plan de tratamiento y procedimientos (3)

Otro punto importante aquí es que la relación entre los padres alcanza alto grado de tensión. En cambio, otras parejas se fortalecen y salen adelante, esforzándose por mantener una sólida relación con la finalidad de apoyar a sus hijos (4)

Vale destacar, que es inevitable el devenir de los trastornos depresivos tanto en padres como familiares en general cuando hay que enfrentar el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Inevitablemente existe ante esta situación un fuerte desbalance tanto en el ámbito económico, social y emocional. Resulta vital obtener apoyo para fortalecer el ánimo y permitir que otros ayuden en esos tiempos difíciles (3).

Se pueden llevar a cabo diferentes acciones para recibir el apoyo de otras personas, entre las cuales destacan (3):

1. Socializar tu situación entre amigos y familiares: en este punto hay quienes acuden a las redes sociales con el propósito de recibir apoyo de su comunidad.
2. Delegar ciertas responsabilidades comunes en otras personas: llevar a hermanos a ciertas actividades, limpiar, organizar, hacer las compras, cocinar; etc.

3. Unirse a un grupo de apoyo: hay quienes optan por hacerlo personalmente y otro por internet. De cualquier manera, es un paso importante, pues los padres se retroalimentan de las experiencias de cada cual y eso los fortalece.
4. Buscar apoyo profesional: es recomendable para quienes sufren de fuerte depresión, insomnio y trastornos graves que pueden atentar seriamente con la salud de la persona.

En la experiencia pediátrica es reconocido que los padres son el elemento de apoyo más enérgico para el niño enfermo, pero a su vez sufren más daño psicológico que el paciente en sí mismo, de igual manera esto se refleja en los cuidadores del paciente de manera general. Visto así, tanto padres como cuidadores son considerados enfermos invisibles (5)

Entre las afecciones psicológicas o trastornos depresivos que acontecen mayormente son de pena, frustración, angustia, bloqueo, rabia, culpa, miedo, tristeza, aceptación, negación, irritabilidad, depresión, dificultades de concentración, insomnio, ansiedad, incertidumbre, duelo anticipado (5).

Estas emociones, afecciones y comportamientos pueden perdurar en el tiempo de manera tan sólida que se establecen como rasgos de personalidad. Estudios han demostrado una creciente cifra de estrés postraumático y resiliencia (5).

Una investigación más extensa de las experiencias de padres con niños de cáncer irremediable demostró que las más desgarradoras para ellos fueron: darse cuenta del empeoramiento, ser testigos del sufrimiento, tomar decisiones, ansiedad y nerviosismo (5)

Cuando la enfermedad del menor se diagnostica irremediable tanto padres como familiares confrontan desiguales experiencias profundas y dolorosas como son: aprensión a la soledad, la incertidumbre, inversión del estilo de vida, retraimiento, sentimientos de impotencia, pronósticos, cuidados calmantes, tener que hablar de la muerte del menor. Estas consecuencias ya identificadas en diversas investigaciones señalan una alerta roja para el personal médico en relación con efectuar todas aquellas acciones y medidas indispensables ante dichas situaciones (5).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) se registraron 246 casos nuevos de cáncer en pacientes de 0 a 18 años de edad, específicamente 120 en niñas y 126 en niños. Al parecer la situación ha tomado un ligero aumento pues las consultas médicas fueron de 6.846 en 2014 a 7054 en 2015 (6).

Según la Asociación Española Contra el Cáncer manifiesta que más de 160 000 niños son diagnosticados de cáncer en todo el mundo, de los cuales más del 80% del total de los casos se encuentran en países en vías de desarrollo (7).

En Ecuador el tipo de cáncer con mayor incidencia en niños es la leucemia, abarcando el 45% del total de los casos. Las edades más afectadas son niños entre 0 y 4 años de vida, constituyendo el 32% de los casos (8).

En Guayaquil las patologías más frecuentes son leucemia linfoblástica aguda ocupando el primer lugar en un 45%, tumores de sistema nervioso en segundo lugar con un 9%, linfomas en tercer lugar con un 8.5% y retinoblastoma en cuarto lugar en un 6% (8).

En otras ciudades de Ecuador como Quito, Cuenca y Loja las estadísticas son similares al igual que en el resto del mundo. Un niño diagnosticado de cáncer posee una sobrevivencia del 60% debido a que no son diagnosticados a tiempo (8).

Frente a esto debido a la temprana edad en la que se desarrolla la enfermedad, estos pacientes dependen totalmente de sus cuidadores. Carrillo y col manifiestan que en la mayoría de casos estudiados el cuidador principal es mujer y es la madre del niño, la misma que no posee la capacidad suficiente para cuidar a su hijo con cáncer lo cual ocasiona un efecto devastador en ella y su familia(9).

La madre al ser el cuidador principal del niño con cáncer está sometida a situaciones físicas ya que designan la mayor parte de su tiempo al cuidado de su hijo debido a que el niño por su enfermedad pierde la capacidad de realizar actividades de un niño normal y requiere aún más atención, con respecto a la parte emocional la madre sufre un desgaste, ya que percibe el diagnóstico de

una manera negativa, asociando a este una alta mortalidad que se relaciona con la enfermedad, a su vez al ser madre del enfermo y su cuidadora principal todos los días se ve afectada por el sufrimiento de su hijo.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Debido al gran impacto psicológico que produce en la madre saber que su hijo padece cáncer y el gran desempeño físico que necesita para brindarle los cuidados necesarios durante su tratamiento, la madre puede desarrollar el síndrome del cuidador. El mismo que afecta su calidad de vida la misma que constituye la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses.

Tras todo lo comentado con anterioridad salen a relucir las siguientes preguntas

- ¿Qué nivel de depresión presenta una madre de un niño ingresado con diagnóstico oncológico?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Al identificar que la madre es la cuidadora primaria de niños que padecen cáncer y que es gravemente afectada por un sin número de emociones en especial depresión. Se debe considerar la posibilidad de que la madre reciba apoyo psicológico en el momento en que su hijo es diagnosticado de cáncer para garantizar una óptima salud psicológica.

El aporte científico que arrojaría este estudio sería un agregado bibliográfico al poco existente en Ecuador al respecto.

La sociedad también estaría agradecida por tocar un tema delicado, poco tratado y en ocasiones hasta tabú. Bien es conocido que el sentir de una madre o padre cuyo hijo padece cáncer, conlleva un trauma familiar pocas veces expresado fuera del hogar. Daría pautas además, de cómo tratar a una madre con dicho padecimiento, a la vez que intenta entender su sentir.

En lo personal, en futuras prácticas médica y formación personal al momento de diagnosticar y conocer que un niño padece cáncer, como ética médica es

imprescindible conocer cómo se debe desarrollar un dialogo de una forma empática con los padres y el niño, cumpliendo así la relación médico-paciente.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

Varios son los estudios que intentan evaluar el grado de depresión de los padres cuyos hijos se encuentran en dicha situación.

En Irán un artículo abordó el tema de la depresión en madres con niños padeciendo leucemia. G Kholasehzadeh encabezó el grupo de investigadores que encontraron niveles superiores al 70% de madres con depresión (10).

En Irak, en el año 2016 Al Maliki y cols estudiaron a al menos un padre de 384 niños diagnosticados con cáncer. Dicha investigación tomó muestra de Noviembre 2014 a Abril 2015. Los resultados reflejaron niveles de depresión en un 70,5% de los padres con una tendencia mayor en las madres que en los padres (11).

En Sevilla, España, en el año 2015 por la Dra. Elena Torrado evaluó a familias con hijos padeciendo cáncer. Para dicha tesis 20 familias fueron entrevistadas con el fin de analizar calidad de vida, entre otras cosas. Niveles de ansiedad y depresión en los padres fueron también objeto de estudio (1).

Igualmente en España, en el año 2016 en la ciudad de Oviedo, se analizaron en una tesis a 19 mujeres y 13 hombres. Todos padres de hijos de niños oncológicos y quienes fueron evaluados con varios testes para depresión y ansiedad. Casi la mitad mostró tener algún grado de depresión, cifra que fue considerada bastante baja para los estándares encontrado en la literatura (12).

En el año 2012 un análisis de depresión en 58 padres con hijos hospitalizados en centros oncológicos, mostró una prevalencia del 95%. Dicha investigación fue llevada a cabo en la ciudad de Caracas, Di Natale y cols concluyeron, entre otras cosas, la necesidad imperiosa de atención psicológica especializada a los padres cuyos hijos están sometidos a tratamiento de cáncer (13).

Un estudio a 11 madres con niños pasando por tratamiento quimioterapéutico del año 2012 en la ciudad argentina de Rosario, mostró altos índices de depresión. Ivanna María Guirotane analizó a madre entre los 30 y los 59 años

de edad encontrando coincidencias significativas en el área emocional de las madres (14).

2.2 BASES TEORICAS

Conceptualización

La depresión se presenta en los padres desde el momento en que conocen el diagnóstico de su hijo y presentan un decrecimiento del estrés después de haber transcurrido el primer año después del diagnóstico (15).

Trastornos depresivos

Según la organización Mundial de la Salud, el paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño, apetito, cansancio y falta de concentración. Puede presentar síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. Puede ser de larga duración o recurrente, y afecta considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio (16).

Se sospecha la presencia de depresión cuando se observa una serie de síntomas específicos (afecto, alteración del sueño, configuraciones de pensamiento), Estas señales se especifican en la clasificación de los trastornos psiquiátricos (17).

La depresión es un síndrome comórbido incapacitante que afecta a alrededor de 15 a 25 % de los pacientes con cáncer. Se cree que afecta de igual manera a los hombres como a las mujeres con esta patología, las personas y las familias que se enfrentan a este diagnóstico experimentarán diversos grados de tensión y perturbación emocional. Este trastorno no solo afecta a los pacientes; también tiene un gran efecto negativo en sus familiares (17).

Escala de depresión de Hamilton

La escala de Hamilton para evaluar la depresión (Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)) es una escala, diseñada con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas de depresión y valorar los

cambios del paciente deprimido. Se evalúa de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica e incluye información complementaria de otras fuentes secundarias (18).

En la versión original constaba de 21 ítems, luego se confeccionó una forma reducida de 17 ítems, que es la que se recomienda por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión en español de dicha escala se realizó en 1986 por Ramos - Brieva. Se han realizado validaciones corroborando su poder discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en sujetos hospitalizados como ambulatorios (18).

Cada ítem tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con puntuaciones de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total oscila entre 0 y 52. La clasificación recomendada considera (18):

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Cáncer

Según la organización mundial de la salud OMS el Cáncer es un término genérico que se asigna a un grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica definitoria es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina metástasis, la cual es la principal causa de muerte (16).

Epidemiología

En 2018, se estima que serán diagnosticados 1 735 350 casos nuevos de cáncer en Estados Unidos y 609 640 personas morirán por la enfermedad. Se

prevé que los cánceres más comunes son según los nuevos casos estimados en el año actual: cáncer de seno, el de pulmón y bronquios, de próstata, de colon y recto, el melanoma de piel, la leucemia, entre otros. En 2017, se estimó que 15 270 niños y adolescentes de 0 a 19 años de edad recibieron un diagnóstico de esta enfermedad y 1790 murieron por la enfermedad (19).

El cáncer en los niños es un problema importante de salud pública en Argentina a tasa de mortalidad por neoplasias fue de 43,8 por millón 3,5% de las muertes totales en el grupo etario y la tasa de incidencia, de 123,7 por millón. La leucemia presentó la mayor tasa de mortalidad específica 14,9 por millón, seguida de los tumores del sistema nervioso central 12,7 por millón. Estos tumores también registraron las mayores tasas de incidencia 45,2 y 15,5 por millón respectivamente (20).

Datos en Colombia sostienen que en los últimos años se diagnosticaron 1400 casos nuevos de cáncer infantil (21).

Repercusiones del Cáncer

El cáncer es una patología que repercute tanto a nivel físico debido al crecimiento acelerado de las células que tiene como causa principal mutaciones en el ADN y de predisposición genética, como emocional tanto para el paciente como para su familia, y afecta de igual forma que la enfermedad en sí (22).

El cáncer afecta tanto física como psicológicamente tanto a la persona que lo padece como a su familia, en la pareja a través de la redistribución de roles, diferentes formas de reaccionar y de asumir responsabilidades, dificultad para expresar sus sentimientos ocasionando alteraciones en las relaciones sexuales (23).

Se puede citar 2 tipos de relaciones entre el cáncer y los factores psicológicos (24):

1. Los factores psicológicos como variable independiente y el cáncer como variable dependiente: efectos del estrés sobre el cáncer.
2. Los factores psicológicos como variable dependiente y el cáncer como variable dependiente: efectos del cáncer sobre los estados depresivos.

El cáncer afecta tanto física como psicológicamente tanto a la persona que lo padece como a su familia, en la pareja a través de la redistribución de roles, diferentes formas de reaccionar y de asumir responsabilidades, dificultad para expresar sus sentimientos ocasionando alteraciones en las relaciones sexuales; a nivel familiar se percibe ya sea apoyo o falta de comunicación. Debilidades en el manejo de la enfermedad después de la hospitalización ya que cambia las actividades cotidianas (23).

Las madres se ven afectadas por diferentes tipos de sentimientos desde el momento en que dicen que su hijo tiene cáncer obteniendo los siguientes resultados: los criterios de evaluación del Estrés Post Traumático, ocho progenitoras (50%) obtuvieron indicadores de diagnóstico Estrés Post Traumático. En cuanto a la sintomatología postraumática, 13 de estas (81,25%) presentaron aumento de la excitación, 12 (75%) presentaron sentimiento de alivio y ocho (50%) de evitación (25).

Kazak y col demostraron que madres de niños con cáncer que podrían estar en peligro de muerte produce en ella un sufrimiento potencial y frecuencia de temores antes que su hijo sea intervenido quirúrgicamente, es un predictor para la aparición de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático que se evidencio 6 meses después del trasplante, también se manifiesta que los padres pueden presentar este trastorno desde que el infante es diagnosticado y durante su tratamiento a debido a la severidad del mismo (15).

En un estudio realizado se evalúa el nivel de estrés entre padre y madre manifestando que los dos presentan estrés, debido a que el padre constituye el sustento del hogar tiene tendencia a un mayor nivel de estrés y a su vez tratan de evitar la situación lo mismo que provoca un aumento del mismo (15).

Un estudio descriptivo demostró que los padres de niños con cáncer tuvieron cambios bruscos en su relación después del diagnóstico de su hijo y la necesidad de enfocarse en el presente, también se sintieron unidos pero distantes, hubo intercambio de sus roles en el hogar, se dedicaron a ser

cuidadores todo el tiempo y se enfocaron en el lado positivo de toda esta experiencia y trataron de rescatar su matrimonio (26).

Otro estudio manifiesta que sobrevivir al cáncer es paradójico tanto para el enfermo como para la familia, a pesar de todo esto ellos tienen nuevos retos en la vida como vivir con la incertidumbre de si la enfermedad regresara, los padres son más protectores, su vida social cambia tienen una diferente manera de ser y están conscientes de que necesitan más ayuda no solo a nivel médico (27).

Síntomas que surgen en los infantes que padecen enfermedad oncológica.

Se puede aseverar que las enfermedades tienen un impacto detonante en cualquier persona y en dependencia de la edad y amenaza de la enfermedad ante la vida será el grado de repercusión tanto en el ámbito fisiológico psicológico y económico.

En el particular del cáncer infantil el impacto estará determinando esencialmente por la edad. Por consiguiente, los indicadores que se muestran varían su nivel de prevalencia según la edad del infante. (28)

- Preescolares: En esta etapa los infantes son más susceptibles a desarrollar trastornos de ajustes.
- Escolares: Son más susceptibles a los cambios de desarrollo físico, a presentar estrés postraumático, ansiedad y aislamiento social.
- Adolescentes: Son más susceptibles en la búsqueda de la identidad lo cual deja secuelas psicosexuales que generan repercusiones interpersonales. Como es la pérdida de la pubertad, fertilidad, menstruación, libido, erección, vello púbico

Por otro lado, los efectos secundarios derivados de los tratamientos de la enfermedad también alteran aspectos de la identidad y autoestima del menor, pues el menor debe afrontar las polémicas sociales que devienen de la enfermedad. Los desafíos que pueden enfrentar (28):

- El desconcierto a que están sometidos después del diagnóstico y tratamiento ya que antes tenían una vida común.

- Señales del entorno, expresiones verbales y no verbales de los padres, signos de preocupación.
- La información y seguimiento de la enfermedad que padecen.
- Nuevas responsabilidades.
- Alejamiento de la vida social y escolar.
- Debido a los cambios físicos que pueden presentarse en el menor han de lidiar con situaciones de tensión en el ámbito social.

Hay múltiples manifestaciones que pueden pronunciarse en el desarrollo y crecimiento del menor que esté rebasando una enfermedad oncológica, entre las que destacan: ansiedad, depresión, bajo nivel anímico, falta de interés por las actividades propias de su edad, insomnio. Es común que se manifiesten, lo que es importante dar seguimiento para que no lleguen a convertirse en un problema grave. Por esta razón la familia desempeña un rol cardinal en el proceso, pues incide fuertemente en el entendimiento y manejo de la situación. Paralelamente, ellos experimentan también una serie de sucesos y emociones en respuesta innata a la enfermedad. (28)

Síntomas que surgen en los Cuidadores de infantes con cáncer.

Ansiedad

La ansiedad es otro de los síntomas que se presentan asociada a los cuidados que debe tener el niño por la demanda que el mismo exige por su estado, las mamás desarrollan una actitud sobreprotectora, además la comunicación con el infante sobre su enfermedad se dificulta. Según el estudio realizado por Vemo y col, la cuidadora o los padres principales sufra de ansiedad en porcentajes cuyos valores no difieren significativamente. (29,30,31).

Por tal razón se define La ansiedad como una sensación de miedo o Estado emocional en el que el sujeto se siente inquieto, tenso, en estado de alerta excesiva, atemorizado o con una profunda preocupación por cuestiones concretas, aunque en ocasiones no sabe identificar cuál es la causa de esa de desazón (32).

Algunos tipos de trastorno de ansiedad: (31)

- **Trastorno de ansiedad generalizada:** en este tipo de trastorno se dan sobre todo miedos indeterminados (llamados de libre flotación) y sensación de tensión. El miedo puede aparecer ante diferentes circunstancias de la vida y diferentes situaciones del día a día.
- **Trastorno de pánico:** las características del trastorno de pánico son los ataques de pánico repentinos, que están ligados a un fuerte sentimiento de miedo y la correspondiente respuesta física.
- **Fobias:** las fobias se manifiestan a través de un fuerte miedo a determinadas situaciones o cosas, aunque el afectado sepa que su miedo es infundado.

Definitivamente, el cáncer constituye una decisiva experiencia tanto para el infante como para los familiares, pues genera, en sus diferentes etapas de tratamiento múltiples niveles de impacto en la unidad familiar.

Los diferentes niveles de impactos que pueden presentarse en la unidad familiar (28):

Cognitivo Emocional:

- Crisis: Inicia tras el diagnóstico de la enfermedad. Puede ser manifestado en conmoción, desconcierto y puede provocar acciones de irritabilidad, depresión, sentimientos de culpabilidad, escasa concentración.
- Sorpresa: Respuesta inicial ante la noticia. Se puede presentar confusión.
- Negación: Una de las actitudes más comunes y con mayor nivel de pluralidad. Esta actitud no siempre es tan nociva, pues ayuda a las personas a sobreponerse y asumir la enfermedad con mayor determinación para poder combatirla.
- Reconsideración de la existencia en la vida: Enfrentar este tipo de enfermedad muchas veces conlleva a que los individuos aprecien aún más los valores humanos y su propia existencia, otorgándole un valor más humano y sensible a la vida.

- Incertidumbre: Se produce un estado de mucha expectativa por no tener la certeza si el infante sobrevivirá a su enfermedad. Si reaparece la crisis puede disminuir las capacidades de asimilación y comprensión de la enfermedad por parte del familiar lo que conlleva a un duelo anticipado.
- Desconfianza: Falta de credibilidad en sí mismo para enfrentar la enfermedad y manejar de la mejor manera posible las tensiones que esta situación provoca.

Conductual:

- Hipersensibilidad: Tras el diagnóstico se puede manifestar profunda vulnerabilidad ante las conductas verbales y no verbales de los demás.
- Regresión y Conductas dependientes: Se manifiesta en el declive del control ante una enfermedad, prefieren que otros tomen el control incluso sobre sus propias vidas.
- Conductas de Interpretación y Resistencia: La brumosa sensibilidad trae consigo numerosas conductas de interpretación y eleva los índices de conflictos interpersonales. Las conductas de resistencia se amplían tanto que puede llegar a olvidarse las citas médicas y hacer escaso apego al tratamiento.

Social:

- Retraimiento: Conducta de aislamiento de los individuos que prefieren no tener interacción. El largo proceso de la enfermedad y su tratamiento provoca en varios padres el retiro de su círculo social, pues se concentran única y exclusivamente en la enfermedad del menor.

Actuación:

- Readaptación instantánea: Ante la enfermedad, la familia asume cambios rotundos en su estilo de vida. Cambios de roles, objetivos y expectativas.
- Debilitamiento o Fortalecimiento de lazos afectivos: Al enfrentar esta situación ampliamente tempestuosa, muchas parejas se fortalecen para poder enfrentar la enfermedad del menor teniéndose uno al otro y

sentirse más fuertes. En cambio, no siempre sucede lo mismo en todas las unidades familiares, si no existen una relación estable y sólida entre los cónyuges hay mayor probabilidad de ruptura.

- Debilitamiento de la relación afectiva con otros hijos: Debido a la alteración del clima familiar se ve reflejado el impacto de la enfermedad del menor en otros hijos. Se perciben conductas del aislamiento por parte de los padres para con otros hijos y por parte de los hijos ocurren enfados, sentimientos de culpabilidad, escaso rendimiento escolar y aislamiento social.

Ocupacional:

- Inasistencia al trabajo: Debido a los frecuentes ingresos y tratamientos puede aumentar la inasistencia a la jornada laboral al punto que se pierde el empleo. Regularmente es la madre quien pasa la mayor parte del tiempo junto al menor.
- La pérdida del empleo trae consigo profundo desajuste en la economía familiar y un aumento de gastos generado por los servicios médicos.

Ineludiblemente, la enfermedad oncológica pediátrica genera un sinnúmero de situaciones turbulentas tanto para el menor como para la familia. Es una etapa generalmente larga y devastadora que requiere de un proceso de mucha inmersión, información y conocimiento para la actuación oportuna y la toma de decisiones (28).

Estrategias de apoyo para la Familia y Paciente con Cáncer

Los padres de niños con cáncer se dan cuenta que están lidiando con una enfermedad traicionera. Las madres buscan ayuda para afrontar la enfermedad, el mismo que varía según el tratamiento, sin embargo, la ayuda brindada por redes de apoyo no es la esperada y sus progenitores recurren a otro método, ya que constituyen un pilar fundamental para sus hijos durante el tratamiento oncológico (15).

Uno de las estrategias principales en el tratamiento tanto del paciente como de la familia es mejorar la información y adhesión terapéutica, involucrar a los padres en el procedimiento médico y reforzar las conductas de autonomía en el

enfermo, por lo tanto, en la atención hospitalaria debe tomarse en cuenta el cuidador para que desarrolle habilidades que le permitan tener un equilibrio emocional (15).

Un estudio demuestra que se debe preparar a la familia del niño con cáncer para cuidar de su hogar y evitar una sobrecarga de la persona que atiende al paciente, al igual que al brindar herramientas para el cuidador ayudara a mejorar la atención médica (33,34). Debido que el tratamiento del cáncer es multidisciplinar tanto para el paciente como para los cuidadores, hay familias que optan por ayuda espiritual para sobrellevar su dolor, cuidados personalizados al enfermo, la religiosidad puede ayudar a reduciendo a su vez los niveles de ansiedad especialmente de las madres de niños con cáncer (36).

Cano y col establecen las siguientes estrategias de afrontamiento contra el cáncer: (25).

- Resolución de problemas: estrategias encaminadas a aliviar el estrés actuando en la causa que lo produce.
- Reestructuración cognitiva: estrategias que modifiquen el significado de la situación estresante.
- Apoyo social: búsqueda de apoyo emocional.
- Expresión emocional: libera las emociones que acontecen en la situación.
- Evitación de problemas: estrategias que incluyan la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el momento por el que están pasando.
- Pensamiento delirativo: estrategias delirativas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- Retirada social: estrategia de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas influyentes en el estado de ánimo de la persona que puedan modificar los mismos.
- Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación o su inadecuado manejo.

En Bolivia se propone un modelo de afrontamiento para que madres y padres de niños con cáncer reciban un entrenamiento en técnicas/métodos específicos para afrontar la presente situación (35).

El apoyo espiritual o religioso es muy importante para sobrellevar la enfermedad, a su vez se necesita de una buena comunicación dentro de la familia, el conocer el diagnóstico y pronóstico constituyen vínculos de soporte mutuo y mayor flexibilidad en los roles (36).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Cáncer Infantil: También denominada enfermedad oncológica pediátrica, se refiere a todos los tipos de tumores que afectan a los niños con un comportamiento diferente entre sí, pero presentan un rasgo muy particular y es que todas se originan a partir del crecimiento precipitado de una sola célula o un grupo de ellas, capaces de invadir tanto los órganos vecinos como los órganos lejanos (37).

Trauma: Hace referencia a una experiencia humana que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de las personas. Frecuentemente se encuentra asociado a emociones extremas, vivencias de caos, confusión, fragmentación del recuerdo, ambivalencia, desconcierto, humillación, desamparo, pérdida del control sobre la propia vida (38).

Estrés postraumático: Se puede evidenciar a través de varios acontecimientos. Recuerdos de los acontecimientos que causan malestar, incluyen imágenes, pensamientos y percepciones. Sueños bastantes recurrentes sobre el suceso. Sensación que se tendrá nuevamente el acontecimiento traumático. Malestar psicológico interno o externo al exponerse a eventos que les recuerde el suceso traumático. Esfuerzos para evitar

pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el tema. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. Pérdida de interés y escasa participación en actividades importantes (38).

Psicología Positiva: Esta se encarga de entender y promover el desarrollo de los recursos subjetivos para tratar de mejorar la existencia humana. Enfatiza en el trabajo de los aspectos positivos de la experiencia desde un punto de vista subjetivo. Fomenta en los individuos procesos cognitivos de adaptación, aceptándose a uno mismo y su entorno, asumiendo la vida desde una perspectiva más amplia y diferente a lo convencional (38).

Crecimiento postraumático: Este término hace referencia al cambio positivo del individuo, luego de atravesar un proceso tormentoso. Puede evidenciarse de tres maneras diferentes. *Cambios en uno mismo:* aumentos de la confianza para afrontar las adversidades que puedan presentarse. *Cambios en las relaciones interpersonales:* se estrechan vínculos afectivos luego de haber atravesados juntos una situación traumática. Además, quien atraviesa por fuertes sucesos traumáticos generalmente tiende a incrementar su capacidad de compasión y sensibilidad para con los problemas de los demás y por ello manifiesta ayuda ante esas situaciones (39).

Resistencia o Resiliencia: Es la capacidad de librar una batalla peliaguda en donde el coraje y el sufrimiento están en juego constante. En términos parecidos al crecimiento postraumáticos se puede definir también resiliencia a la capacidad humana de sobreponerse y fortalecerse después de haber atravesado una gran adversidad (39).

2.4 HIPÓTESIS

El nivel de depresión es del 70% de las madres, siendo el tiempo de evolución de la enfermedad el factor que más influye.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y nivel de depresión en madres de niños con cáncer en el Instituto Oncológico SOLCA, Cuenca, periodo Enero - Agosto 2018

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a la población de madres según factores sociodemográficos (edad, estado civil, procedencia, ocupación, nivel de instrucción y nivel socioeconómico)
- Evaluar los niveles de depresión de la madre, según el test de Hamilton
- Determinar la relación entre el nivel de depresión y los posibles factores asociados (tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de neoplasia, tipo de atención hospitalaria).

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGIA

4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

4.1.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación de tipo prospectivo analítico, descriptivo, observacional, que permitió evaluar el nivel de depresión de las madres de niños con cáncer hospitalizados en el Instituto Oncológico SOLCA de la Ciudad de Cuenca, de enero a agosto del 2018.

4.1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

El Instituto Oncológico SOLCA de la Ciudad de Cuenca en el período de enero a agosto del 2018.

4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

Todas las madres con hijos diagnosticados con algún tipo de cáncer en el Instituto Oncológico de Solca de la Ciudad de Cuenca en el período de enero a agosto del 2018.

4.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se revisaron las Historias Clínicas de pacientes diagnosticados con algún tipo de neoplasia, en niños menores de 18 años de edad, para verificación de la información de todos los pacientes ingresados en el Instituto Oncológico de Solca de la Ciudad de Cuenca en el período de enero a agosto del 2018.

4.2 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA.

Población

Madres de los pacientes con diagnóstico de cáncer en el Instituto Oncológico de Solca de la Ciudad de Cuenca en el período de enero a agosto del 2018.

Muestra

Madre de todos los pacientes diagnosticados con algún tipo de cáncer, en el Instituto Oncológico de Solca de la Ciudad de Cuenca en el período de enero a agosto del 2018, desde los 0 meses hasta menores de 18 años, que cumplieron los criterios de inclusión determinados por la investigadora.

Muestreo

Muestreo no probabilístico de tipo intencional.

UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN

Madres con hijos diagnosticados en el Instituto Oncológico de Solca en el período de enero a agosto del 2018.

4.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Prospectivo analítico, descriptivo, observacional

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser la madre de un/a niño/a menor a 18 años de edad que sea diagnosticado con cáncer de cualquier tipo y que se encuentre en tratamiento en Solca – Cuenca.
- Madres de niños con diagnóstico de cáncer, que acepten y firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madres de niños que hayan sido diagnosticados de cáncer, y que actualmente hayan sido dados de alta de su enfermedad.
- Niños huérfanos.

4.5 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Aplicación de la ficha de recolección de datos estructurada para las variables a analizar, en madres de niños con diagnóstico de cáncer. De igual manera para el diagnóstico y estandarización del nivel de depresión se utilizará el test de Hamilton, el cual se utiliza para diagnosticar y establecer el nivel de depresión, posteriormente se procederá al análisis de los resultados obtenidos, mediante el cruce de las variables, utilizando el programa estadístico de SPSS, y la prueba Chi cuadrado.

TÉCNICA

Test de Hamilton para evaluar nivel de depresión de las madres hijos ingresados en el Instituto Oncológico de Solca de la Ciudad de Cuenca en el período de enero a agosto del 2018.

MEDIDAS ESTADÍSTICAS

Se utiliza el programa estadístico SPSS, versión 19.0, para la evaluación y el análisis de datos se utilizan los siguientes estadísticos: frecuencias y porcentajes y Chi cuadrado, y el estadígrafo Chi cuadrado (X²) para medir el grado de asociación del nivel de depresión con los factores de riesgo. Se considerará el nivel de asociación o relación estadística entre las variables evaluadas para $p < 0.05$.

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS

La investigación no conlleva ningún riesgo para los pacientes, para lo que se pidió el consentimiento informado de las madres puesto que la información obtenida será utilizada en beneficio de la salud de los participantes en la investigación. Con este estudio se consigue evaluar el nivel de depresión de las madres de niños con cáncer hospitalizados en el Instituto Oncológico SOLCA de la Ciudad de Cuenca, de enero a agosto del 2018

4.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (Anexo No.6)

CAPITULO V

5. RESULTADOS

CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

La investigación realizada permitió obtener los resultados esperados, el sistema de métodos y técnicas utilizadas aportó los datos para evaluar el nivel de depresión de las madres con hijos ingresados en el Instituto Oncológico de Solca de la Ciudad de Cuenca en el período de enero a agosto del 2018 según lo planificado, así como determinar los factores asociados a la depresión evaluada a través del Test de Depresión de Hamilton.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo compuesta por 47 madres con hijos diagnosticados de cáncer, en el Instituto Oncológico de Solca de la Ciudad de Cuenca en el período de enero a agosto del 2018, con una media de edades de 31.21 años.

5.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

	VARIABLES SOCIODEMOGAFICAS	N	%
EDAD	<20 Años	2	4.3
	20-34 Años	30	63.8
	≥35 Años	15	31.9
	Total	47	100
ESTADO CIVIL	Soltera	5	10.6
	Casada	22	46.8
	Unión Libre	15	31.9
	Divorciada	5	10.6
	Total	47	100
PROCEDENCIA	Urbana	23	48.9
	Rural	24	51.1
	Total	47	100
OCUPACION	Estudiante	3	6.4
	Ama de Casa	28	59.6
	Empleada Pública	6	12.8
	Empleada Privada	1	2.1
	Profesional	5	10.6
	Otros	4	8.5
	Total	47	100
NIVEL INSTRUCCIÓN	Primaria	9	19.1
	Secundaria	32	68.1
	Superior	6	12.8
	Total	47	100
NIVEL SOCIOECONOMICO	Alto	3	6.4
	Medio	17	36.2
	Bajo	27	57.4
	Total	47	100

Fuente: Formulario para la recolección de datos.

Elaborado por: Ochoa Coronel, DJ

En la investigación participaron 47 madres que tenían un hijo con diagnóstico de cáncer, con una media de edades de las madres de 31.21 años, mínimo 18 años, máximo 53 años, desviación típica 8.08363, prevaleciendo el rango de edades 20-34 años con 30 madres que representó el 63.8% del total de madres con hijos con cáncer que fueron estudiadas. Prevalcieron en el estudio los estados civil casada en 22 madres para el 46.8% seguido de unión libre en 15 madres para el 31.9%. La procedencia tuvo comportamientos similares 24 madres procedían de zonas rurales para el 51.1% y 23 de zonas urbanas para el 48.9%. Los resultados obtenidos evidenciaron la prevalencia de las amas de casa, de ellas 28 para el 59.6% de las madres participantes en el estudio. En nuestra investigación el nivel de instrucción que prevaleció fue el de secundaria en 32 de las madres para el 68.1% con menor representación de primaria con 9 (19.1%) y superior con 6 (12.8%) Los estratos socioeconómicos con mayor nivel de representación fueron medio y bajo prevaleciendo el nivel bajo con 27 madres para el 57.4%.

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN
NUMERO DE HIJOS**

NUMERO DE HIJOS	N	%
Uno	14	29.8
Dos	24	51.1
Tres o más	9	19.1

Fuente: Formulario para la recolección de datos

Elaborado por: Ochoa Coronel, DJ

Prevalecieron en el estudio las madres con dos hijos, 24 de ellas para el 51.1%, seguido de las que tenían un hijo que fueron 14 madres para el 29.8% y con menor representación las que tenían tres o más hijos que fueron 9 madres para el 19.1%.

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EDAD

EDAD	N	%
1-9 Años	30	63.8
10-14 Años	8	17.0
15-19	9	19.1
TOTAL	47	100

Fuente: Formulario para la recolección de datos

Elaborado por: Ochoa Coronel, DJ

De los pacientes diagnosticados con cáncer, 30 pacientes que corresponden al 63.8% se encuentran en el rango de edades 1-9 años, 8 niños que representa el 17.0% en edades comprendidas entre los 10-14 años y 9 niños con cáncer con el 19.1% respectivamente en edades entre 15-19 años y. El mínimo de edad es 1 año y el máximo de edades es 17 años, con una media de 7.97años y una desviación típica de 5.27

**TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN
TIEMPO DE EVOLUCION**

TIEMPO DE EVOLUCION	N	%
<1 Año	44	93.6
1-3 Años	3	6.4
TOTAL	47	100

Fuente: Formulario para la recolección de datos

Elaborado por: Ochoa Coronel, DJ

Los resultados obtenidos evidenciaron la prevaecía de un tiempo de evolución menor a un año en 44 pacientes con diagnóstico de cáncer para el 93.6% de los estudiados.

**TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN
TIPO DE NEOPLASIA**

TIPO DE NEOPLASIA	N	%
Benigna	1	2.1
Maligna	46	97.1
TOTAL	47	100

Fuente: Formulario para la recolección de datos

Elaborado por: Ochoa Coronel, DJ

En 46 de los pacientes estudiados prevalecieron las neoplasias de tipo maligno para el 97.1% de los pacientes estudiados.

**TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN
DIAGNOSTICO**

DIAGNOSTICO	N	%
Leucemia	18	38.3
Óseos	4	8.5
Tumor maligno de la nasofaringe	1	0.47
Tumor maligno del testículo	2	0.94
Enfermedad de hodgkin con predominio linfocitico	1	0.47
Tumor maligno del encéfalo	2	0.94
Tumor de burkitt	1	0.47
Tumor maligno del cerebelo	2	0.94
Linfoma no hodgkin linfoblastico (difuso)	3	1.41
Histiocitosis de las células de langerhans	1	0.47
Enfermedad de hodgkin con celularidad mixta	1	0.47
Tumor maligno de la glándula tiroides	1	0.47
Tumor maligno de la fosa nasal	1	0.47
Tumor maligno de los nervios periféricos de la cabeza, cara y cuello	1	0.47
Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	1	0.47
Tumor maligno del tejido conjuntivo y blando del abdomen	2	0.94
Tumor maligno del ovario	1	0.47
Hepatoblastoma	2	0.94
Tumor benigno de la boca y la faringe	1	0.47
Tumor maligno del riñón, excepto la pelvis renal	1	0.47
TOTAL	47	100

Fuente: Formulario para la recolección de datos

Elaborado por: Ochoa Coronel, DJ

Los resultados evidenciaron que prevaleció el diagnóstico de leucemia en 18 pacientes el 38.3% en tanto 25 pacientes para el 53.2% tienen otros diagnósticos con menor representatividad cada uno de ellos.

**TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN CALIDAD DELA
ATENCIÓN HOSPITALARIA**

ATENCION HOSPITALARIA	N	%
Buena	46	97.9
Regular	0	0
Mala	1	2.1
TOTAL	47	100

Fuente: Formulario para la recolección de datos

Elaborado por: Ochoa Coronel, DJ

La atención hospitalaria fue evaluada por 46 madres como de buena lo que representó el 97.9% de los casos estudiados.

**TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN
INFORMACION RECIBIDA**

INFORMACION	N	%
Mantenida	43	91.5
Esporádica	3	6.4
Muy poca	1	2.1
TOTAL		

Fuente: Formulario para la recolección de datos

Elaborado por: Ochoa Coronel, DJ

Los resultados obtenidos revelaron que 43 de las madres estudiadas para el 91.5% recibieron información de forma mantenida acerca de la enfermedad de sus hijos.

**TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN
NIVEL DE DEPRESION**

NIVEL DE DEPRESION	N	%
No	2	4.3
Ligera	14	29.8
Moderada	21	44.7
Severa	7	19.9
Muy severa	3	6.4
TOTAL	47	100

Fuente: Formulario para la recolección de datos

Elaborado por: Ochoa Coronel, DJ

El estudio realizado reveló que el 95.7% de las madres estudiadas tenía algún nivel de depresión prevaleciendo el nivel moderado en 21 de ellas que representa el 44.7%, seguido de los niveles ligero en 14 que corresponde al 29.8% y del nivel severo en 7 que representa el 19.9%.

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN NIVEL DE DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS

NIVEL DE DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS														
FACTORES ASOCIADOS		NIVEL DE DEPRESION										TOTAL X ² =27.362 P=.000		
		NINGUN O		LEVE		MODERA D		SEVERO		MUY SEVERO				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	P
NUMERO DE HIJOS	Uno	0	0	5	35.7	7	50	1	7.1	1	7.1	14	29.8	.082
	Dos	1	4.2	7	29.2	12	50	3	12.5	1	4.2	24	51.1	
	≥Tres	1	11.1	2	22.2	2	22.2	3	33.3	1	11.	9	19.1	
	Total	2	4.3	14	29.8	21	44.7	7	14.9	3	6.4	47	100	
TIEMPO DE EVOLUCION	<1 Año	2	4.5	12	27.3	20	45.5	7	15.9	3	6.8	44	93.7	.000
	1-3 A	0	0	2	66.6	1	33.3	0	0	0	0	3	6.4	
	>3 A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Total	2	4.3	14	29.8	21	44.7	7	14.9	3	6.4	47	100	
TIPO DE NEOPLASIA	Benig	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	2.1	.000
	Mali g	2	4.3	13	28.3	21	45.7	7	15.2	3	6.5	46	97.9	
	Total	2	4.3	14	29.8	21	44.7	7	14.9	3	6.4	47	100	
ATENCION HOSPITALAR	B	2	4.3	13	28.3	21	45.7	7	15.2	3	6.5	46	97.9	.000
	R	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	2.1	
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Tot	2	4.3	14	29.8	21	44.7	7	14.9	3	6.4	47	100	
INFORMACION	Mant enid a	1	2.3	12	27.9	20	46.5	7	16.3	3	7	43	91.5	.000
	Espo rádica	1	33.3	1	33.3	1	33.3	0	0	0	0	3	6.4	
	Muy poca /Nin guna	0	0	1	33.3	0	0	0	0	0	0	1	2.1	
	Total	2	4.3	14	29.8	21	44.7	7	14.9	3	6.4	47	100	

Fuente: Formulario para la recolección de datos

Elaborado por: Ochoa Coronel, DJ

Los resultados obtenidos evidenciaron la prevalencia de las madres con dos hijos, de ellas 24 que representó el 51.1% de las madres estudiadas, 12 madres para el 50% fueron diagnosticadas en el nivel moderado de depresión y 7 para el 29.2% fueron diagnosticadas en el nivel leve de la depresión, sin diferencias significativas según estadígrafo $p=.082$

El tiempo de evolución del diagnóstico de la enfermedad que prevaleció fue el de menos de un año representado por 44 madres con hijos diagnosticados con cáncer que representó el 93.7% de las madres estudiadas, de ellas 20 para el 45.5% fueron diagnosticadas en el nivel moderado, 12 madres en el nivel leve para el 27.3% y 7 para el 15.9% en el nivel severo, diferencias significativas según estadígrafo utilizado, $p=.000$

Prevalecieron en el estudio las neoplasias malignas en 46 de los hijos de las madres estudiadas para el 97.9% de las estudiadas, 21 de las madres para el 44.7% con diagnóstico moderado de depresión, 13 madres para 28.3% en el nivel leve y 7 para el 15.2% en el nivel severo, diferencias significativas según estadígrafo utilizado, $p=.000$

La atención hospitalaria fue evaluada como buena por 46 de las madres estudiadas para el 97.9%, de ellas 21 fueron diagnosticadas en el nivel moderado para el 44.7%, 14 en el nivel leve para el 29.8% y 7 en el nivel severo para el 14.9% diferencias significativas según estadígrafo utilizado, $p=.000$.

El nivel de información recibido fue evaluado como recibido de forma mantenida por 43 madres que representó el 91.5% de las madres estudiadas, de ellas 20 para el 46.5% tuvieron diagnóstico de depresión moderada, 12 para el 27.9% de depresión leve y 7 para el 16.3% de depresión severa, diferencias significativas según estadígrafo utilizado, $p=.000$.

CAPITULO VI.

6 DISCUSION

El presente estudio reveló que el 95.7% de las madres tenía algún nivel de depresión. Prevalece el nivel moderado en 21 madres correspondiente al 44.7%, seguido de los niveles ligero en 14 madres que representa 29.8% y del nivel severo en 7 madres para el 19.9% respectivamente, los cuales se asemejan a los resultados obtenidos en otros estudios Montero PX, jurado CS, Méndez VJ., con todos los participantes de la investigación con algún nivel de depresión encontrando leve el 28%, moderada el 46% y severa el 20% (22).

En el estudio de Alfaro UA, Murga BL., en el 2015 en Bolivia referente a la depresión en madres con hijos con cáncer el promedio de las mismas estaban entre 26 y 45 años de edad (40). Obteniendo similares resultados en nuestra investigación en 47 madres que tenían un hijo con diagnóstico de cáncer entre 18 años y 53 años, prevaleciendo el rango de edades 20-34 años con 30 madres que representó el 63.8% del total de madres con hijos con cáncer que fueron estudiadas.

Así como es similar el realizado por Torrado VE., en España en el 2015 con familias con hijos con patología oncológica en tratamiento, en el cual participaron madres con una edad media de 43,65 años en un rango de entre 37 y 50 años(1).

Montero PX, jurado CS, Méndez VJ., en México en el año 2015, orientado al estudio de variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer la media de edades fue de 35 años, similar al reportado por Caballero TM., en el Perú en el 2013, madres de entre 22 y 46 años de edad (22,41), demostrando una vez mas la similitud de los resultados obtenidos en nuestra investigación.

En el presente estudio prevaleció el estado civil casada en 22 de las madres al 46.8% seguido de unión libre en 15 madres al 31.9%, similar al resultado hallado por Alfaro UA, Murga BL., en el cual, el 45,5% afirmó convivir en pareja mientras que cerca del 30,9% se encontraban casados (40).

Montero PX, jurado CS, Méndez VJ., encontraron que el 45% de las madres estaban casadas y el 36% vivían en unión libre (23). Mientras que Andrade GA, Suárez CC en Ecuador en el 2015, reportaron que el 83.3% de las madres eran casadas o tenían unión libre (42), lo que duplica los resultados de estudios mencionados anteriormente e inclusive los resultados obtenidos en nuestra investigación.

La procedencia tuvo comportamientos similares 24 madres procedían de zonas rurales para el 51.1% y 23 de zonas urbanas para el 48.9%, resultado que es similar al obtenido por Torrado VE., en tanto las familias tenían su residencia en distintas localidades de Andalucía Occidental, el 25% habitaban a menos de 25 km de distancia del centro hospitalario de referencia y casi la mitad de las familias (1).

Problemática también reportada por Gastiaturú CM., en el 2018 en un estudio en Lima en el cual la mayoría de los participantes era de provincia (75.5%) y el resto de Lima (24.5%) confirmada también procedencia de pacientes de zonas rurales en el estudio realizado en Nicaragua en el 2014 por Díaz EC., (43,44)

Los resultados obtenidos evidenciaron la prevalencia de madres en el grupo de las amas de casa, 28 para el 59.6%, resultado inferior al encontrado por Montero PX, jurado CS, Méndez VJ., de 71% amas de casa (22).

En nuestra investigación el nivel de instrucción que prevaleció fue el de secundaria en 32 de las madres para el 68.1% con menor representación de primaria con 9 (19.1%) y superior con 6 (12.8%), este resultado es similar al obtenido en el estudio de Alfaro UA, Murga BL., en el cual prevaleció también el nivel de secundaria pero con menor representación de madres ya que cerca de la mitad de los encuestados alcanzó los estudios secundarios (49,1%), seguidos de un 25,5% que cursó solamente la primaria (40).

Montero PX, jurado CS, Méndez VJ., en el cual el 28% de los participantes contaban con primaria y el 35% con secundaria (23) en tanto Vasco MP., en el

Ecuador en el 2016 encontró una prevalencia del nivel de secundaria en el 40.7%(2).

Estos estudios corroboraron que si se incrementa el nivel de instrucción, se dispone de mayores bases cognitivas que propician tener una aproximación más compleja de la enfermedad y una mayor comprensión de la misma, lo que brinda mayor seguridad al poder entender con mayor facilidad la orientación brindada por el personal de salud.

En el presente estudio los estratos socioeconómicos con mayor nivel de representación fueron medio y bajo prevaleciendo el nivel bajo con 27 madres para el 57.4% similar al obtenido por Andrade GA, Suárez CC, en su estudio en el cual las participantes en su gran mayoría eran de clase social media baja y sus recursos económicos ya eran limitados antes de la enfermedad, pues en la mayoría de familias ambos padres eran el sustento del hogar (42).

Prevalecieron en el estudio las madres con dos hijos, 24 de ellas para el 51.1%, seguido de las que tenían un hijo que fueron 14 madres para el 29.8% y con menor representación las que tenían tres o más hijos que fueron 9 madres para el 19.1%, similar al estudio realizado por Torrado VE., en el que se analizaron 20 familias, de las cuales el 90% tenían dos hijos y el 10% restante tenían más de dos hijos (1), además se analizó la investigación de Vasco MP., en donde se evidenció que las madres tenían otros hijos de los cuales el 8.5% de los hermanos participaba en el cuidado del paciente con diagnóstico de cáncer (2).

De los pacientes diagnosticados con cáncer, 30 pacientes que corresponden al 63.8% se encuentran en el rango de edades 1-9 años, 8 niños que representa el 17.0% en edades comprendidas entre los 10-14 años y 9 niños con cáncer con el 9.1% respectivamente en edades entre 15-19 años que difiere del estudio realizado por Torrado VE., en el estudio de niños, niñas y adolescentes con patología oncológica las edades estuvieron comprendidas entre los 9 y los 15 años (1).

Los resultados obtenidos evidenciaron la prevaecía de un tiempo de evolución menor a un año en 44 pacientes con diagnóstico de cáncer para el 93.6% de los estudiados con resultados similares como el realizado por Montero PX, jurado CS, Méndez VJ., quienes refirieron un tiempo de evolución de la enfermedad con un promedio de 18 meses (22), sin embargo, en el estudio realizado por Gastiaburú CM., el tiempo de diagnóstico osciló entre los tres y ciento noventa y dos meses período en el cual los pacientes se encontraban recibiendo quimioterapia de manera ambulatoria (63.3%) u hospitalaria (36.7%) en una institución especializada en enfermedades oncológicas de Lima Metropolitana(43).

Los diagnósticos de leucemia fueron de 18 niños que corresponden al 38.3%, tumores óseos 4 pacientes que representa el 8.5% y otro tipo de tumores en 25 pacientes con el 53.2% respectivamente, estos resultados coinciden con los obtenidos por Alfaro UA, Murga BL., acerca de la prevalencia del diagnóstico de leucemia aunque en su estudio la cifra fue superior alcanzando el 67.3% con este diagnóstico (40), y además si comparamos con el estudio realizado por Torrado VE., encontramos que los tipos de Cáncer más frecuentes entre los niños diagnosticados de la muestra fueron los tumores óseos (35%; $N=7$) y las leucemias (35%; $N=7$), similar al resultado de Montero PX, jurado CS, Méndez VJ., quienes afirman que el 29% de niños estudiados presentaron leucemia y el 36% tenían otro tipo de tumor (23,1). Otros estudios como el de Gastiaburú CM. Corroboró la prevalencia de Leucemia pero con mayor representación en tanto el 77.6% tenían este diagnóstico (43).

La atención hospitalaria fue evaluada por 46 madres como de buena lo que representó el 97.9% de los casos estudiados, además los resultados obtenidos revelaron que 43 de las madres estudiadas que representa el 91.5% recibieron información de forma mantenida acerca de la enfermedad de sus hijos, comparando con otras investigaciones como la realizada por De la Maza LA., y colaboradores en Chile en el 2015, también han hecho referencia al nivel de información de los padres acerca de la enfermedad de sus hijos, evidenciándose el hecho de que mejorar los niveles de conocimiento ayudó en el estado emocional de los padres que constituyó un factor de ayuda y contención en esta etapa crítica (45).

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- La prevalencia de depresión en las madres estudiadas que tienen un hijo con diagnóstico de cáncer fue de 95.7%.
- Las madres estudiadas fueron diagnosticadas con diferentes niveles de depresión prevaleciendo el nivel moderado en 21 madres correspondiente al 44.7%, seguido de los niveles ligero en 14 madres que representa 29.8% y del nivel severo en 7 madres para el 19.9% respectivamente
- En la investigación participaron 47 madres que tenían un hijo con diagnóstico de cáncer, con una media de edades de las madres de 31.21 años, prevaleciendo el rango de edades 20-34 años.
- Prevalecieron en el estudio el estado civil casado, procedencia de zona rural, las amas de casa, el nivel de instrucción secundaria y primaria y el estrato socioeconómico medio y bajo.
- En el estudio las madres participantes en su mayoría tienen dos hijos o más, entre ellos el hijo enfermo con mayor representación en las edades entre 1-9 años, con media de edades de 7.97 años y una desviación típica de 5.27, con un tiempo de evolución de la enfermedad menor a un año, de neoplasias de tipo maligno con prevalencia de la leucemia.
- Los factores asociados a la depresión con valores estadísticamente significativos fueron: tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de neoplasia, atención hospitalaria y nivel de información.
- Las madres valoraron la atención hospitalaria como buena y recibieron una información mantenida en el transcurso de la enfermedad de los hijos.

7.2 RECOMENDACIONES

- Presentar los resultados de este estudio a la dirección del Instituto Oncológico SOLCA, Cuenca con vistas a que sean valorados con el equipo multidisciplinario de atención a pacientes con diagnóstico de cáncer.
- Socializar los resultados de la presente investigación con otros centros de salud a los efectos que sean considerados en futuras investigaciones para contribuir a elevar la calidad de vida de los pacientes.
- Diseñar programas de intervención psicoterapéuticas que disminuyan la carga emocional que presentan los cuidadores de pacientes con el diagnóstico de esta enfermedad teniendo en cuenta que la calidad de vida de los pacientes pediátricos con cáncer se relaciona con el estado emocional de sus cuidadores.
- Continuar desarrollando la investigación profundizando en el estudio de otras variables teniendo en cuenta la repercusión de la esfera biopsicosocial de los cuidadores en el proceso de intervención psicoterapéutica del paciente oncológico.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Torrado E. Familias con hijo con cancer en tratamiento: ajuste, crianza parental y calidad de vida. Tesis de grado. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2015. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/33257/TESIS%20Elena%20Torrado%20Val.pdf?sequence=1>.
2. Vasco M. Correlación existente en cuidadores acerca del nivel de sobrecarga, grado de depresión y nivel de ansiedad en la atención de pacientes de la fundación jóvenes contra el cáncer de la ciudad de Quito durante el año 2015. Tesis de Grado. Quito.: Pontificia Universidad Católica del Ecuador., Facultad de Medicina; 2015.
3. American Cancer Society. Cuando un niño tiene cáncer, la crisis es para toda la familia. [Internet].; 2014 [cited 2018 Agosto 22. HYPERLINK "Disponible%20en:%20https://www.cancer.org/es/tratamiento/los-ninos-y-el-cancer/cuando-su-hijo-tiene-cancer/como-afrontar-el-diagnostico/el-cancer-es-una-crisis-para-toda-la-familia.html" Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/los-ninos-y-el-cancer/cuando-su-hijo-tiene-cancer/como-afrontar-el-diagnostico/el-cancer-es-una-crisis-para-toda-la-familia.html>.
4. Instituto Nacional del Cáncer. Papás que tienen a un niño con cancer. [Internet].; 2016 [cited 2018 Agosto 22. HYPERLINK "Disponible%20en:%20https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/apoyo-a-quien-cuida/padres" \l "6" Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/apoyo-a-quien-cuida/padres#6>.
5. Nastoyashchaya E. Trastornos afectivos y evitación experiencial en padres y familiares de niños con cáncer. Tesis de Maestría. Universidad de Oviedo, Facultad de Psicología; 2016. Disponible en: digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/.TFM.%20Elena%20Nastoyashchaya.pdf.
6. Instituto Nacional de Cancer. Cáncer en niños y adolescentes. [Internet].; 2016 [cited 2018 Junio 15. HYPERLINK "Disponible%20en:%20https://www.cancer.gov/espanol/tipos/infantil/hoja-informativa-ninos-adolescentes" Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/infantil/hoja-informativa-ninos-adolescentes>.
7. Asociación Española contra el Cancer. Diagnostico de Cáncer. [Internet].; 2015 [cited 2018 Junio 11. HYPERLINK "Disponible%20en:%20https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer/diagnostico-cancer" Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer/diagnostico-cancer>

sobre-cancer/que-es-cancer/diagnostico-cancer.

8. La leucemia sigue primera en cifras de cáncer infantil. Expreso.ec. 2015 Noviembre.
9. Carrillo GM, Sánchez B, Barrera L. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños con cáncer. Revista de Salud Pública. 2015; 17(394-403) Disponible en: https://scholar.google.com/citations?user=IWGmBd8AAAAJ&hl=es#d=gs_md_cita-d&p=&u=%2Fcitations%3Fview_op%3Dview_citation%26hl%3Des%26user%3DIWGmBd8AAAAJ%26citation_for_view%3DIWGmBd8AAAAJ%3AR3hNpaxXUhUC%26tzm%3D180).
10. Kholasehzadeh G, Shiryazdi S, Neamatzadeh H, Ahmadi N. Depression Levels among Mothers of Children with Leukemia. Iran J Ped Hematol Oncol. 2014; 4(3) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4173030/>).
11. Al-Maliki SA, Al-Asidi J, Al-Waely A, Agha S. Prevalence and Levels of Depression Among Parents of Children with Cancer in Basrah, Iraq. Sultan Qaboos Univ Med J. 2016 Agosto; 16(3) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4996296/>).
12. Nastoyashchaya E. Trastornos afectivos y evitación experiencial en padres y familiares de niños con cancer. Tesis de grado. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2016. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/34569/3/TFM.%20Elena%20Nastoyashchaya.pdf>.
13. Di Natale G, al e. Grados de depresión en padres de niños con cancer. Revista Venezolana de Oncología. 2012 Enero-Marzo; 24(1) Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3756/375634871004.pdf>).
14. Guirotane IM. Impacto Psicológico del diagnóstico de cáncer en madres de niños oncológicos. Tesis de grado. Santa Fe: Universidad Abierta Interamericana; 2012. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112555.pdf>.
15. Cernvall M, cols. Experiential Avoidance and Rumination in Parents of Children on Cancer Treatment: Relationships with Posttraumatic Stress Symptoms and Symptoms of Depression. J Clin Psychol Med Settings. 2016 Marzo; 23(1) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26462676>).
16. Salud OMPL. Organizacion Mundial Para La Salud. [Internet].; 2017 [cited 2018 junio 22. HYPERLINK "Disponible:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>"

Disponible:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/> .

17. Instituto Nacional de Cáncer. Depresión (PDQ®)–Versión para profesionales de salud. [Internet].; 2016 [cited 2018 Junio 16]. HYPERLINK
"Disponible%20en:%20<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pro-pdq>" Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pro-pdq> .
18. Conde FJ. Relación entre los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga con los factores asociados a los cuidadores principales de pacientes en terapia de diálisis del HRHDE - 2016. Tesis para optar por el título de Médico Cirujano. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina; 2016.
19. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. [Internet].; 2018 [cited 2018 Junio 14]. HYPERLINK
"Disponible%20en:%20<http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer>" Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer> .
20. Instituto Nacional del Cáncer. Estadísticas del cáncer. [Internet].; 2016 [cited 2018 Junio 16]. HYPERLINK
"Disponible%20en:%20<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>" Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas> .
21. Aurelie CJ, Bertone BL, Acosta LC. Morbimortalidad por cáncer infantil en la República Argentina. 2006-2008. Arch Argent Pediatr. 2014; 112(1) Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v112n1/v112n1a09.pdf>).
22. Universidad Nacional de Colombia. Familias de niños con cáncer sufren de ansiedad y depresión. [Internet].; 2018 [cited 2018 Junio 15]. HYPERLINK
"Disponible%20en:%20<http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/articulo/familias-de-ninos-con-cancer-sufren-de-ansiedad-y-depresion.html>" Disponible en: <http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/articulo/familias-de-ninos-con-cancer-sufren-de-ansiedad-y-depresion.html>.
23. Montero X, Jurado S, Mendez J. Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. Rev. PSIC. 2015; 12(67-86) Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/48905/45631>).
24. Grau C, Espada C. Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares.. Rev PSCI. 2012; 9(Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/39142/37747>).

25. Prieto A. Psicología oncológica. Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual. 2004;(107-120) Disponible en: www.kimerius.es/app/download/5788987416/PsicologÃ_a%20oncol%C3%93gica.pdf.
26. Lawrenz P, Wolf BA, Kern E. Illness Perception and Indicators of PTSD in Mothers of Childhood Cancer Survivors.. Scientific Electronic Library Online. 2016; 24(439-50) Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2016000200003&script=sci_abstract&lng=en.
27. Machado F, Pan R, Mota A, Andrade W, Castanheira L. Childhood cancer: impact on parents marital dynamics. European Journal of Oncology Nursing. 2016 Agosto; 23(34-42) Disponible en: [https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(16\)30020-5/references](https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(16)30020-5/references)).
28. Woodgate R, Tailor K, Issai M. Childhood brain cancer and its psychosocial impact on survivors and their parents: A qualitative thematic synthesis. European Journal of Oncology Nursing. 2015 Febrero; 20(1-10) Disponible en: [https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(15\)30012-0/references?code=yefon-site](https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(15)30012-0/references?code=yefon-site)).
29. Alonso CL. El impacto del cáncer infantil en el contexto familiar desde la experiencia vital de los/as progenitores/as. Trabajo de Fin de Grado. Universidad de La Laguna, Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trabajo Social; 2015. Report No.: Disponible en: <https://riull.ull.es/.EI%20IMPACTO%20DEL%20CANCER%20INFANTIL%20EN%20>.
30. Aralova M, Robertson EG, Putrya A, Goncharova L, Wakefield CE, Aslanyan K. Relationships between Russian mothers and their children with, and without, cancer: A controlled study. International Journal of Healthcare. 2016; 2(2) Disponible en: www.sciedupress.com/journal/index.php/ijh/article/.9260/6014).
31. Rodriguez E, al e. Maternal coping and depressive symptoms as predictors of Mother-Child Communication about a child's cancer. Journal of Pediatric Psychology. 2016 Abril; 41(3) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26609183>).
32. Vernon L, Eyles D, Hulbert C, Bretherton L, McCarthy MC. Infancy and pediatric cancer: an exploratory study of parent psychological distress. Psychooncology. 2017 Marzo; 26(3) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27146642>).

33. Onmeda. onmeda.es. [Internet].; 2017 [cited 2018 junio 22. HYPERLINK "Disponible:https://www.onmeda.es/enfermedades/trastorno_de_ansiedad-definicion-1527-2.html"
Disponible:https://www.onmeda.es/enfermedades/trastorno_de_ansiedad-definicion-1527-2.html.
34. Carreño S, Arias M. Competencia para cuidar en el hogar y sobrecarga en el cuidador del niño con cancer. Sociedad Mexicana de Oncología. Gaceta Mexicana de Oncología. 2016 November–December; 15(6) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920116300864>).
35. Carrillo GM, cols. Efecto del programa de habilidad de cuidado para cuidadores familiares de niños con cáncer. Rev Colomb Cancerol. 2014 Marzo; 18(1) Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-efecto-del-programa-habilidad-cuidado-S0123901514702215>).
36. Borjalilu S SSMMHA. Spiritual CareTraining for Mothers of Children with Cancer: Effects on Quality of Careand Mental Health of Caregivers. Asian Pac J Cancer Prev. 2016; 17(545-52) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26925641>).
37. Pinoe M. Programa de afrontamiento dirigido a padres y madres de niños diagnosticados con cancer pertenecientes a la unidad de pediatria del instituto oncologico del oriente boliviano de ciudad de Santa Cruz-Bolivia. 2016; 22(7) Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/ce/v7n18/v7n18_a06.pdf).
38. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodologia de la Investigacion.. 6th ed. Mexico D.F.: McGraw Hill; 2014.
39. Alfaro U, MB. Niveles de afrontamiento y autoeficacia emocional en los padres de hijos con cáncer. RevDifCulCientUnivLa Salle Bolivia. 2016 Sep; 12.
40. Caballero T. Sensitividad e n madres de niños con cáncer de entre 3 y 5 años de edad. Tesis de Grado. Lima. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú., Facultad de Letras y Ciencias Humanas.; 2013. Report No.: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1724>.
41. Andrade GA SC. Impacto psicoemocional en madres de niños con leucemia al momento del diagnóstico y durante su tratamiento quimioterapéutico. Tesis de Grado. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2016. Report No.: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13911>.
42. Gastiaburú C. Representaciones del cáncer y afrontamiento en padres y madres de niños con esta enfermedad. Tesis de Grado. Lima.: Pontificia Universidad Católica del Perú., Facultad de Ciencias y Letras Humanas.;

2018.

43. Díaz E. Caracterización general de los niños y adolescentes con diagnóstico de tumores sólidos en el servicio de Oncología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera "La Mascota", Managua, durante el período 01 de Enero del 2014 al 31 de Diciembre del 2015. Tesis de Grado. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.; 2015. <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/3568>.
44. De La Maza, LA. Impacto de un programa educativo a los padres de niños con cáncer en el aumento del conocimiento de la enfermedad de sus hijos y la disminución de la ansiedad. *RevChilPediatri*. 2015 Julio 10; 85(5): p. 351-356.

9. ANEXOS.

ANEXO No.1 OFICIO DE BIOÉTICA

ANEXO No. 2 OFICIO DE COORDINACION DE INVESTIGACIÓN

ANEXO No.3 FORMULARIO DE DATOS LLENO

ANEXO No. 4 INFORME DE ANTIPLAGIO

ANEXO No. 5 RUBRICA DE PARES REVISORES

ANEXO NO. 6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Cantidad de años cumplidos de un individuo hasta la actualidad.	Biológica cronológica	Años cumplidos (CI)	-menor de 20 -20 a 34 -35 o más
Estado Civil	Situación personal en la una tiene lazos jurídicamente reconocidos constituyendo un grupo familia.	Social-jurídica	Entrevista	-Soltera -Casada -Unión libre -Divorciada -Viuda
Residencia	Lugar en que reside	Geográfica	Entrevista	• Urbana • Rural
Ocupación	Acción o función que se realiza para generar un sustento,	Social	Entrevista	-Estudiante -Ama de casa -Empleada pública. -Empleada privada. -Profesional. -Otros
Nivel de Instrucción	Grado de estudios culminados de un individuo en el transcurso de su vida.	Académica	Entrevista	-Ninguno -Primaria -Secundaria -Superior
Número de hijos	Cantidad de hijos biológicos vivos hasta la actualidad.	Social	Entrevista	-Solo el enfermo -1 o 2 más. -Otros 3 o más
Nivel socio-económico	Nivel económico familiar basado en los ingresos, educación y empleo.	Social	Estratificación económica	- Alto - Medio - Bajo.
Tiempo de evolución	Periodo de tiempo que hace que al niño(a) se le diagnosticó la neoplasia.	Clínica	Entrevista	-menor de 1 año. - 1 a 3 años. -Más de 3 años.
Tipo de neoplasia	Tipo de neoplasia que tiene el paciente en relación a la malignidad o no.	Clínica	Entrevista	-Benigna. -Maligna. -No sé.
Atención Hospitalaria	Calidad de la atención médica recibida por el paciente	Clínica- Psicológica	Atención médica	-Buena -Regular -Mala
	Información la madre sobre el progreso del paciente, pronóstico y efecto de los tratamientos	Clínica- Psicológica	Información	-Mantenida. -Esporádica. -Muy poca o ninguna
Depresión	Es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas	Psicológica	Test de Depresión de Hamilton	-No depresión -Ligera -Moderada -Severa. -Muy severa

ANEXO 7. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. **Edad:** _____ años.
2. **Instrucción:** Ninguna () Primaria () Secundaria () Superior ()
3. **Residencia:** Urbana () Rural ()
4. **Estado civil:** Soltera () Casada () Unión libre () Divorciado () Viuda ()
5. **Ocupación:** Estudiante () Ama de casa () Empleada Privada ()
Empleada pública () Profesional () Otros ()
6. **Número de hijos:** Solo el enfermo(a) () 1 o 2 más () otros 3 o más ()
7. **Condición socioeconómica:** _____
8. **Tiempo de evolución de la enfermedad:** _____.
9. **Tipo de Neoplasia:** Benigna () Maligna () No sé ()
10. **Calidad de la atención médica recibida:** Buena () Regular () Mala ()
11. **Información recibida sobre el progreso del paciente, pronóstico y efecto de los tratamientos:** Mantenida () Esporádica () Muy poca o ninguna ()
12. **Puntuación del test de Hamilton** _____ **Clasificación**

**ANEXO 8. ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN
(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)**

<i>Ítems Criterios operativos de valoración</i>	
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	Ausente Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)

6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración

12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. 2. Sensación de pesadez en el abdomen Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante 4. Síntomas como • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo 2. (corporalmente) Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo