

11241

13

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

TITULO:

ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA"

PRESENTA:
ANA MARÍA ESTRADA VERA

276445.

TUTOR TEÓRICO

TUTOR METODOLÓGICO

DR. JUAN MANUEL SAUCEDA GARCÍA

DRA. MA. LUISA CUEVAS URIÓSTEGUI

Juan M. Saucedo G.

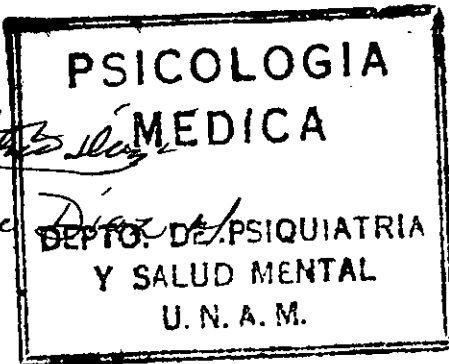
Ma. Luisa Cuevas U.

SEDE: HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA SAN FERNANDO Y CMN SIGLO XXI IMSS

No. 30.

Alejandro Díaz

Dr. Alejandro Díaz



FEBRERO 2000.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

ANTECEDENTES	2
JUSTIFICACIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
HIPÓTESIS	9
OBJETIVOS	10
TIPO DE VARIABLES	11
TIPO DE ESTUDIO	12
MATERIAL Y MÉTODOS	13
ANÁLISIS Y RESULTADOS	17
CONCLUSIONES	22
TABLAS	25
BIBLIOGRAFÍA	29

ANTECEDENTES

El cáncer no es una enfermedad, sino que agrupa un conjunto polimorfo de entidades morbosas que no son homogéneas por su sintomatología, antes bien, constituyen una miscelánea de trastornos que comparten ciertos rasgos críticos, cuyo común denominador lo constituye un crecimiento desordenado e incontrolable, colocándose las neoplasias en una posición intermedia entre una condición estable y una terminal (1).

Desde el punto de vista psicológico y social lo consideramos como un acontecimiento perturbador del proyecto de vida del sujeto que repercute en su adaptación al medio (2) (3). Es coherente afirmar que aparte del trastorno psíquico que genera el conocimiento de padecer una enfermedad considerada incurable, también de lugar a una serie de vivencias que perturben tanto la integración social y personal como las capacidades biológicas de defensa que el paciente ante la agresión que presenta la enfermedad (4).

En el abordaje psicológico de los enfermos cancerosos hay que tener presentes los desajustes psicopatológicos y otras expresiones de sufrimiento así como los antecedentes y características personales previas y el entorno familiar y social (5) (6) (7). Las relaciones entre las enfermedades oncológicas y las características y mecanismos psicológicos de los enfermos que las padecen son complejas y

nuestro conocimiento de las mismas es limitado (1).

Mientras la ansiedad es una reacción entendible por el hecho de que el paciente conoce que tiene una enfermedad peligrosa y fatal probablemente, esto puede agravarse por la conflictiva a causa de la sobreprotección por otros miembros de la familia o por la vivencia de los sentimientos de envidia por la salud de que disfrutaban los demás miembros de la familia (8)(9).

Algunos pacientes se sienten desesperanzados por el desarrollo de complicaciones postquirúrgicas o cuando la intervención quirúrgica no fue exitosa (10). Ante lo anterior las expectativas del paciente construidas idealistamente generan cambios psicológicos negativos que interfieren con la dinámica y adaptación adecuada a la familia y a la sociedad

Las neoplasias en pediatría tanto como su tratamiento, han sido asociados con un número de secuelas a largo plazo que afectan el bienestar de los pacientes curados.

En los Estados Unidos la causa principal de muerte es el cáncer en la infancia y en la adolescencia, igualmente en el cáncer pediátrico las leucemias son las neoplasias más comunes. En Distrito Federal, Fajardo encontró que las leucemias son las más comunes con una frecuencia de 30.2% en hospitales que

cuentan con un servicio de Oncología-Hematología Pediátrica. Se ha estimado que para el año 2000 uno de cada 1000 de los adultos norteamericanos con edad entre 20 y 29 años será un sobreviviente de cáncer infantil (11).

La constante preocupación por encontrar nuevas y mejores alternativas de atención han provocado en los últimos 30 años un gran interés en considerar a los factores sociales como importantes en el estudio del paciente. De ésta manera surge el interés por estudiar el mundo social del paciente independientemente o en combinación con características anormales o de sintomatología (12)(13).

Los factores psicosociales se refieren a las características psicológicas o atributos del individuo, en este caso del paciente y a su ambiente social que contribuyen de manera importante a la iniciación, evolución, tratamiento y seguimiento del trastorno (14). El funcionamiento psicosocial se define como "los roles que desempeña el individuo, en este caso el paciente, en su interacción con otros individuos dentro del medio ambiente en que se desenvuelve. Este desempeño de roles lo lleva a cabo en las distintas áreas de su vida: ocupacional, social, sexual, económica y familiar (15)(16).

Uno de las prioridades en la psiquiatría pediátrica epidemiológica es el estudiar el desarrollo de los niños y los factores que lo modifican (17). La valoración del

estado funcional es frecuentemente utilizada para complementar la información médica para caracterizar el impacto de la enfermedad sobre el paciente. La pérdida de la función está generalmente relacionada a los efectos acumulativos del proceso de la enfermedad sobre el estado físico, funcional y psicológico (18) (19).

A nivel internacional y a partir de la década de los años 50 se han desarrollado una gran cantidad de instrumentos para evaluar ésta área.

Generalmente los estudios psicosociales han sido orientados hacia problemas agudos y subagudos frecuentes como son: náuseas y vómitos provocados por la quimioterapia, sufrir un procedimiento médico doloroso y el ajuste escolar y familiar (20). Aún estudios que valoran de manera específica el estado psicosocial de los sobrevivientes a largo plazo de cáncer infantil, son a menudo cohartados por el tamaño reducido de las muestras, lo cual hace sumamente difícil emitir juicios acerca de un grupo diagnóstico aislado como es el cáncer.

En los ensayos clínicos relacionados con el tratamiento del cáncer, el estado de desempeño diario del paciente ha demostrado ser útil para predecir la respuesta al tratamiento y a la sobrevida.

En este tipo de pacientes es importante conocer su calidad de vida,

entendiéndose por ésta a los factores necesarios para que el paciente con cáncer pueda desempeñar las actividades de su vida diaria en el ámbito familiar y social con el mejor estado físico y mental posible que le permita su enfermedad (21). Sin embargo hay que reconocer que los sistemas de evaluación de la calidad de vida son limitados debido a que describen la salud del individuo en un punto en el tiempo.

JUSTIFICACIÓN

En México el cáncer en la edad pediátrica ha surgido como un problema de salud pública que va en aumento año con año (22)(23). Las neoplasias en pediatría tanto como su tratamiento, han sido asociados con un número de secuelas psicosociales a largo plazo que afectan el bienestar de los pacientes curados (20). Ante estas circunstancias uno de los aspectos que más preocupan a los médicos involucrados en el cuidado de estos pacientes con enfermedades crónicas es el bienestar biopsicosocial del individuo y de su familia (21). Se hace necesario conocer el grado de adaptación psicosocial y la calidad de vida de menores cuando la enfermedad se encuentra inactiva y bajo control médico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las preguntas a contestar son:

En los menores con cáncer cuya enfermedad está inactiva y bajo control médico.

¿Cuál es su calidad de vida?

¿Cuál es el grado de adaptación psicosocial de estos niños?

¿Existe relación entre la calidad de vida y el grado de adaptación psicosocial?

¿Existe diferencia entre la adaptación psicosocial de estos niños y la de sus hermanos sanos?

HIPÓTESIS

1.- Mientras mejor adaptación psicosocial tienen los pacientes pediátricos con cáncer mejor será la calidad de vida.

2.- La adaptación psicosocial de los pacientes pediátricos con cáncer es menos buena que la de sus hermanos sanos.

OBJETIVOS

Identificar la adaptación psicosocial de los pacientes pediátricos con cáncer.

Determinar la calidad de vida de los pacientes pediátricos con cáncer.

Identificar la relación que existe entre la adaptación psicosocial y calidad de vida en pacientes pediátricos con cáncer.

Comparar la adaptación psicosocial de estos pacientes con la de sus hermanos sanos.

TIPO DE VARIABLES

Variable independiente: Pacientes pediátricos con cáncer.

Hermanos sanos.

Variable dependiente: Calidad de vida.

Adaptación psicosocial.

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo observacional, transversal y analítico.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó en el hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Se llevó a cabo en niños con enfermedades oncológicas bajo control médico con edades comprendidas de los 9 a los 16 años.

Los pacientes oncológicos fueron captados en los meses de junio, julio y agosto de 1999 cuando acudieron a la consulta externa de este hospital.

Los pacientes contestaron el cuestionario de Columbia: CIS "Columbia Impairment Scale", y uno de sus progenitores contestó el mismo cuestionario referido al niño y otro cuestionario semejante a algún hermano del paciente, el más cercano de edad y de preferencia del mismo sexo, además también se respondió el cuestionario de calidad de vida.

INSTRUMENTOS A UTILIZAR:

El instrumento que se aplicó para medir el grado de adaptación psicosocial fue la escala de Columbia Impairment Scale: CIS, que es autoaplicable (24).

Esta consta de trece reactivos y proporciona una medición global de las funciones psicosociales durante la última semana.

El instrumento comprende 4 áreas:

Relaciones interpersonales.

Psicopatología mayor.

Funcionamiento en la escuela.

Empleo del tiempo libre.

Los reactivos al ser contabilizados dan una puntuación que va de 0 a 52 puntos, Este instrumento se diseñó en 2 versiones, una que contesta por el niño uno de los padres del niño.

La traducción utilizada para este estudio fue la oficial (24), la cual está validada por su autor quien la puso a prueba en hispanoparlantes de la ciudad de Nueva York y Puerto Rico en un estudio multicéntrico en donde se detectó que la

consistencia interna era elevada con una prueba realizada de prueba-reprueba para evaluar la confiabilidad siendo ésta adecuada, la validez de ésta prueba concurrente se evaluó comparando los registros de las pruebas en 2 ocasiones diferentes. La consistencia interna de la escala fue estimada utilizando la de Cronhbach's para la validación. La validez de constructo se evaluó con el método estadístico de correlación de Pearson.

En ésta prueba el punto de corte adecuado para considerar que existe una disfunción psicosocial es igual o mayor de 15.

El instrumento que se utilizó para medir la calidad de vida será la Escala de Evaluación de las Actividades diarias del Niño de Jesús Arias y cols que se diseñó en el Hospital de Pediatría del Centro Médico nacional Siglo XXI (11).

Las áreas que mide esta escala son:

Independencia.

Desempeño en el núcleo familiar.

Desempeño escolar.

Desempeño social.

Necesidad de atención médica.

La escala consta de 22 preguntas que son hechas por el entrevistador quien

registra las respuestas. Teniendo como punto de corte para valorar disfunción en la calidad de vida una puntuación de 35.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

En este estudio se estudiaron 30 niños con cáncer y uno de sus hermanos sano y uno de sus progenitores. A cada niño junto con su hermano sano y uno de sus progenitores se le aplicó la escala de disfunción psicosocial (CIS) cuando acudían a la consulta externa en el Centro Médico Nacional Siglo XXI en el lapso comprendido del mes de Junio al mes de Agosto de 1999.

De los 30 niños con cáncer estudiados, 70% (n= 21) fueron del sexo masculino y 30% (n= 9) del sexo femenino, siendo el 36.7% de ellos menores de 12 años. El linfoma tipo no Hodgkin fue el que presentaron con mayor frecuencia (66,7%) (Tabla 1).

En relación a los familiares se analizó la calificación que se obtuvo en el el CIS dirigido al niño con cáncer. De los hermanos sanos 14 (46.7%) fueron del sexo masculino y 16 (53.3%) del femenino correspondiendo el 40 % al grupo de menores de 12 años.

Encontramos que la calificación promedio de los valores de la escala CIS aplicada la media obtenida en los niños con cáncer fue de 14.40, en la de sus hermanos sanos de 11.30 y en los familiares de 13.13 (tabla 2).

Las pruebas estadísticas que se utilizaron para medir la correlación entre las variables: fueron la prueba exacta de Fisher, la χ^2 de Pearson, y el análisis de regresión logística.

El linfoma No Hodgkin que fue el tipo de cáncer que más presentaron los niños obtuvo un 50% con disfunción psicosocial; en comparación con los otros tipos de cáncer en donde 30% sí la presentaron y 70% no. Se analizó la asociación con χ^2 de Pearson con una $p= 0.2$ no significativa. (tabla 3).

La disfunción psicosocial en niños con cáncer se presentó en el 43.3%, encontrándose que la disfunción fue más frecuente en el sexo femenino que en el masculino; se analizó la asociación entre el sexo femenino con el masculino y la disfunción psicosocial con la prueba exacta de Fisher, obteniéndose una $p<0.018$ significativa. (tabla 3).

En los hermanos sanos la disfunción psicosocial fue de 26.7% con una media del 21.6, en comparación de los que no presentaron la disfunción psicosocial 73.3%, con una media de 7.18, siendo más baja en estos últimos.

De acuerdo a la edad se encontró mayor disfunción psicosocial (63.3%) en niños menores de 12 años con cáncer y 60% en sus hermanos sanos.

En relación a los familiares ellos detectaron un 14 de los niños con cáncer (46.6% y media de 7.63) con una disfunción psicosocial y 16 niños sin esta. (53.4% y media de 19.43). La correlación de Pearson entre pacientes y familiares fue de $p=.58$ con $p<.001$ que fue estadísticamente significativo.

En relación al cuestionario que se aplicó para evaluar la "Calidad de Vida", se calculó el índice de reproducibilidad por área mediante el α de Cronbach (tabla 6); esto para saber con mayor precisión si efectivamente los ítems cumplen con evaluar lo que se pretende por área. Según los índices obtenidos las áreas de necesidad de atención médica y la de desempeño social fueron las más reproducibles.

La calidad de vida fue analizada y validada a través del análisis de factores (validez de constructo) (25), que consiste en reducir las variables que influyen en un factor dejando solo las más influyentes (tabla 4 y 5). Con este análisis quedaron únicamente los siguientes ítems en orden de importancia de mayor a menor: Factor 1 (necesidad de atención médica) ítems 17-22; Factor 2 (desempeño social) ítems 14-15; Factor 3 (independencia) ítems 2-4; Factor 4 (desempeño en el núcleo familiar) ítems 5-6 y Factor 5 (desempeño escolar) ítems 9-11.

Se calificó esta escala utilizando un punto de corte de 35, correspondiendo la puntuación de 35 o más a una pobre calidad de vida y menor a 35 a una buena

calidad de vida, la media obtenida de todas las calificaciones fue de 34.7 con porcentaje de 53.33%.

En esta medición los 5 factores juntos explican el 91.46% de la varianza total de los datos. La medida de adecuación muestral de KMO fue de .568 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue de .000 ($p < .001$), también se realizó la prueba de bondad de ajuste con una significancia de 0.51%

Se realizó por último el Análisis de Regresión Logística Multivariado con los 5 factores creados como variables independientes y de acuerdo a los valores obtenidos de la Razón de Momios (OR) ó Valores de Riesgo, las áreas que presentan menor calidad de vida son: necesidad de atención médica (OR=21.91 $p=.01$), con 8% de precisión, desempeño social (OR=13 $p=.02$), con 70 % de precisión , desempeño escolar (OR=9.7 $P=0.05$) con 76% de precisión, desempeño familiar (OR=5.8 $P=.03$), con 70% de precisión e independencia (OR=13.19 $P=.005$), con 76% de precisión.

Finalmente comparando los resultados de la escala de CIS con la escala de Calidad de vida se aplica la prueba de X^2 de Pearson para analizar la asociación entre ambas, obteniéndose una $p=0.097$ que no es significativa estadísticamente.

DISCUSIÓN

La apreciación de los niños con cáncer con disfunción psicosocial fue similar a la que presentaron los familiares; encontrándose mayor frecuencia de disfunción psicosocial en niños con cáncer que en sus hermanos sanos, aunque con diferencia mínima pudiéndose ésta explicar con factores externos a los que pueden estar ambos grupos expuestos.

El sexo femenino presentó mayor disfunción psicosocial que el masculino, aunque con diferencias mínimas en el análisis probablemente por el tamaño de la muestra que no fue muy grande.

La disfunción psicosocial se presentó con mayor frecuencia en los menores de 12 años en el grupo de niños con cáncer y en el de sus hermanos sanos, observándose que este grupo de edad es más sensible a los cambios y factores de estrés familiares.

En cuanto a la escala de calidad de vida se observó que la muestra obtenida fue suficiente para realizar un análisis con resultados confiables, de acuerdo a los resultados obtenidos en las pruebas de KMO, Bartlett y la de Bondad de Ajuste.

Los factores que midieron con mas confiabilidad la calidad de vida fueron los de necesidad de atención médica y desempeño social, pudiéndose estos explicar por las constantes recaídas, estudios de seguimiento y tratamientos prolongados que requieren los pacientes con cáncer, así como también faltas en las escuelas, la debilidad e incapacidad que presentan muchos de estos niños que les impiden relacionarse adecuadamente con compañeros, amigos y gente en general.

CONCLUSIONES

1.- Se confirma la hipótesis número 1: A mejor adaptación psicosocial de los pacientes pediátricos con cáncer mejor será la calidad de vida. Esto de acuerdo a las observaciones obtenidas en el análisis estadístico en donde no se encontraron diferencias en los resultados de ambas pruebas, siendo estas muy semejantes entre sí.

2.- Igualmente con la escala de disfunción psicosocial se puede confirmar la hipótesis número 2: La adaptación psicosocial en los pacientes pediátricos con cáncer es menos buena que la de sus hermanos sanos, no obstante con mínimas diferencias entre ambos grupos. Los hermanos sanos están expuestos al estrés condicionado a la presencia de un hermano con cáncer y muchas veces sufren descuidos por parte de sus padres quienes lógicamente dan más atención al hijo enfermo. Los hermanos sanos también experimentan los efectos del ambiente familiar compartido, como puede ser la depresión de sus padres y la posible desorganización ligadas a las frecuentes visitas al hospital para propósitos de estudios y tratamiento del niño enfermo.

3.- La disfunción psicosocial de los niños con cáncer fue similar a la reportada por los familiares confirmándose así la confiabilidad de la prueba.

4.- La disfunción psicosocial se presentó con mayor frecuencia en menores de 12 años , tanto en los niños con cáncer como en los hermanos sanos, por lo que se observa que éste es el grupo de edad más sensible a los cambios y estrés en la familia.

5.- El sexo femenino presentó con mayor frecuencia de disfunción psicosocial en comparación con el sexo masculino.

6.- Las variables que corresponden a la necesidad de atención médica y desempeño social fueron las que midieron más significativamente la calidad de vida, siendo en estas donde se obtuvieron mejores resultados. Se concluye que a mayor necesidad de atención médica y menor desempeño social, menor será la calidad de vida.

7.- Se demostró también que, durante el análisis de la escala de calidad de vida conforme se suprimían los ítems menos significativos, la escala aumentaba su confiabilidad para medir la variable calidad de vida. Por eso se sugiere una modificación de ésta escala que incluye solo los ítems de más peso (consignados en la sección de resultados) para la aplicación futura de la misma en nuevas investigaciones.

TABLA 1

DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER EN LOS NIÑOS ESTUDIADOS

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rabdomiosarcoma	4	13.3	13.3
Linfoma no Hodgking	20	66.7	80.0
Linfoma Hodgking	2	6.7	86.7
Linfoma Cutáneo	1	3.3	90.0
Germinoma Pineal	1	3.3	93.3
Tumor de Willis	1	3.3	96.7
Tumor Testicular	1	3.3	100.0
Total	30	100.0	—

TABLA 2

ESTADISTICOS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER ,HERMANOS SANOS Y FAMILIARES

GRUPO		CALIFICACIÓN CIS	EDAD
Pacientes	N	30	30
	Media	14.40	12.77
	Mediana	12.00	14.00
	Desv típ	7.34	2.24
	Varianza	53.90	5.01
	Mínimo	3	9
	Máximo	30	16
Hermanos	N	30	30
	Media	11.03	12.23
	Mediana	10.50	12.00
	Desv típ	7.99	2.74
	Varianza	63.90	7.50
	Mínimo	0	7
	Máximo	29	16
Familiares (padre o madre)	N	30	30
	Media	13.13	12.77
	Mediana	11.00	14.00
	Desv típ	7.05	2.24
	Varianza	49.71	5.01
	Mínimo	1	9
	Máximo	34	16

TABLA 3

Factores de riesgo relacionados con disfunción psicossocial en niños con cáncer (Análisis de Regresión Logística).

Factores de Riesgo	OR	p	r	I.C. 95%	
				Li	Ls
TIPO CANCER Linfoma no Hodgkin	2.3	0.2	.29	0.47	11.69
SEXO femenino	8.7	0.001	.01	1.4	55

TABLA 4

MATRIZ IMAGEN DE COVARIANZA DE LAS PUNTUACIONES FACTORIALES.

Factor	1	2	3	4	5
1	0.967	0.006	0.03	0.001	0.02
2	0.006	0.997	0.0008	.0005	0.01
3	0.03	0.008	0.949	.003	0.05
4	0.001	0.0001	0.003	.998	0.01
5	0.02	0.01	0.05	0.01	0.857

Método de extracción: Máxima verosimilitud

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser

Método de puntuaciones factoriales: Regresión

TABLA 5

VARIANZA TOTAL EXPLICADA CON MÉTODO DE EXTRACCIÓN DE MÁXIMA VEROSIMILITUD

FACTOR	AUTOVALORABLES INICIALES		
	TOTAL	% DE LA VARIANZA	% ACUMULADO
1	5.412	33.826	33.826
2	2.960	12.874	46.700
3	1.699	10.621	57.322
4	1.508	9.426	66.748
5	1.095	6.846	73.594
6	.890	5.561	79.155
7	.850	5.312	84.467
8	.662	4.138	88.605
9	.458	2.867	91.467

TABLA 6

TABLA DE ANALISIS DE CORRELACIÓN α DE CRONBACH

FACTOR	CALIFICACIÓN α
INDEPENDENCIA	0.58
DESEMPEÑO. NUCLEO FAMILIAR	0.65
DESEMPEÑO ESCOLAR	0.76
DESEMPEÑO SOCIAL	0.81
NECESIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA	0.85

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Rojo R.J., Cicera CE. Interconsulta Psiquiátrica. Masson,S.A. Barcelona, España. 1997.
- 2.- Torrey E.F. Breast cancer risk in Psychiatric patients. Am J. Psychiatry 1997;154:588-589.
- 3.- Roth A.J., Psychiatric emergencies in terminally ill cancer patients. Hematol Oncol. Clin. North. Am. 1996 ; 10: 235-259.
- 4.- Halbreich U., Are Chronic psychiatric patients at increased risk for developing breast cancer ? . Am. J. Psychiatry. 1996; 153:559-560.
- 5.- Bellón J.A., Delgado A.S., Luna C.J.. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Atención Primaria 1996 ; 18(6): 289-295.
- 6.- Katz R.E. , colegrove J.R, Family functioning predictors of adjustment in children with newly diagnosed cancer:A prospective analysis. J. Child Psychol Psychiatry 1996 ; 37(8) : 321-328.
- 7.- Fergusson D,M., Lynskey T.M. Adolescent resiliency to family adversity. J.Child Psychol Psychiatry 1996 ; 37(3) :281-292.
- 8.- Caning E.H. Depressive symptoms and adaptative style in children with cancer. J.Am.Acad.Child.Adolesc. Psychiatry. 1992 ; 31:1120-1124.
- 9.- Jessop D.J., Uncertainty and its relation to the psychological and social correlates of chronic illnes in children. Soc Sei Med . 1985; 20: 993-999.
- 10.- González CH.P. Neoplasias en niños. Introducción a la pediatría en México. Méndez Oteo-Méndez Cervantes 1990: 609.

- 11.- Arias G.J., Hernández H.D., Benítez A.H. Un instrumento para medir la calidad de vida por medio del desempeño diario en pacientes pediátricos con leucemia. *Gac Méd Méx* 132(1): 1928.
- 12.- Valencia M, Rojas E. González C. Evaluación del funcionamiento psicosocial en pacientes de un centro de salud. *Salud Pública Méx* 1989; 31(5):674-87.
- 13.- Platt S. Hirsch S. Knights A. Effects of brief hospitalization on psychiatric patient's behaviour and social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 1981 ;63:117-1228.
- 14.- Valencia C M, Saldivar G, Rivera E. Funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento comunitario. *Salud Mental* 1997; 20(2): 28-36
- 15.- Valencia M, Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados. *Psiquiatría* 1988; 4 (1): 71-96.
- 16.- Valencia M, Rojas E, Ruiz V. Desarrollo de un esquema teórico para evaluar el funcionamiento social: integración de sistemas y elaboración de conceptos. *Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1985: 1-28.
- 17.- Saucedo G.J, Foncerrada M.M. Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. *Rev Méd IMSS* 1985 ; 23:159-166.
- 18.- Kaplan H I, Sadoch B J. Tratado de psiquiatría. 2ª edición, Salvat Editores, S.A. Barcelona España 1989.
- 19.- Bachrach L L. Psychosocial and psychiatry in the care of long term patients. *Am J psychiatry* 1992 ; 149 (11) :559-560.

- 20.- Weissman M, Sholomskas D: The assessment of social adjustment: An update. Arch Gen Psychiatry 1981 ; 38: 1250-58.
- 21.- Gray R E. Psychology adaptation of survival: pediatric oncology patients and their families. Pediatric psychology 1994 ; 6: 171-192.
- 22.- Emill E, Mreazek D. A comparison of measures of adjustment, symptoms, and impairment among children with chronic medical condicions. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996 ; 35(8): 1025-1032.
- 23.- Gray R E. Psychology adaptation of survivors of childhood cancer. Cancer 1992 ; 70: 2713-2721.
- 24.- Bird R , Shaffer D, Fisher P. The Columbia Impairment Scale (CIS): pilot findings on a measure of global impairment for children and adolescents. International J. of Methods in Psychiatric Research 1993 ; 3:167-176.
- 25.- Lucida T. Factor Analysis . SPSS for Windows 1999; versión 9: 51-79.