11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

50

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA

TESISTA

DR. JORGE LUIS PONCE CARMONA

TUTOR TEORICO

DR. JUAN MANUEL SAUCEDA GARCIA

TUTOR METODOLOGICO

DR. MIGUEL VILLAVICENCIO CASILDO

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA"

MEXICO D.F. 2000

PSICOLOGIA MEDICA
DEPTO. DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
U. N. A. M.

Vo. Bo.

Dr. Alejandro Díaz

276498

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

TESISTA

DR. JORGE LUIS PONCE CARMONA
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA.

TUTOR TEORICO

DR. JUAN MANUEL SAUCEDA GARCIA
PSIQUIATRA INFANTIL, JEFE DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA DEL CMN SXXI DEL IMSS Y PROFESOR DE POSTGRADO DE LA UNAM.

TUTOR METODOLOGICO

DR. MIGUEL VILLAVICENCIO CASILDO
PSIQUIATRA ADSCRITO AL SERVICIO DE ADMISION CONTINUA DEL HPSF DEL IMSS Y ASISTENTE DE DIRECCION DEL HPFBA. PROFESOR DE LA UNAM.
DR. FELIPE VAZQUEZ ESTUPIÑAN
PSIQUIATRA ADSCRITO AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI DEL IMSS, INVESTIGADOR ASOCIADO "A" DEL IMSS.

LUGAR DE ESTUDIO

HOSPITAL DE PEDIATRIA DEL CMN SXXI IMSS

SEDE DE ESPECIALIDAD

HOSPITAL DE PSIQUIATRIA SAN FERNANDO.
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM

MEXICO DF. **ENERO DEL 2000**

AGRADECIMIENTOS

Dra. Leticia Mendoza Guevara

Dr. Antonio Morales Gómez

Dr. Félix H. Higuera Romero

Dr. Felipe Vázquez Estupiñan

Dr. Miguel Villavicencio Casildo

Dra. Irma Corlay Noriega

Dr. Armando Anaya Segura

Dr. Luis Guillermo Ruíz Flores

Dr. Wazcar Verduzco Fragoso

Dr. Francisco J. Diéz de Pinos Salinas

Dr. Leonardo Morelos Sánchez

Dr. Octavio Escobedo Islas

Dra. Elizabeth Barraza

Dr. Miguel Angel Zamora

INDICE

		Pag.
I.	ANTECEDENTES	1
11.	JUSTIFICACION	3
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
IV.	HIPOTESIS	5
V.	OBJETIVOS	5
VI	DISEÑO	5
VII.	MATERIAL Y METODO	6
VIII.	PROCEDIMIENTO	7
IX.	ANALISIS ESTADISTICO	8
X.	RESULTADOS	9
XI.	DISCUSION	10
XII.	CONCLUSIONES	11
XIII.	TABLAS DE RESULTADOS	12
XIV.	BIBLIOGRAFIA	14
XV.	ANEXOS	

I. ANTECEDENTES

Las enfermedades crónicas pueden tener un impacto psicológico severo tanto para quien la sufre como para el grupo familiar al que pertenece (1). Los programas para la rehabilitación del niño portador de Insuficiencia Renal Crónica Terminal (I.R.C.T.) se han desarrollado en las últimas dos décadas, y la implantación de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) en el mundo, como procedimiento disponible para pacientes pediátricos, ocurrió en 1980 (2). Lo anterior debido a que dos años antes (1978) el concepto de lavado peritoneal constante con tiempos prolongados, para corregir a la insuficiencia renal crónica, dio lugar a la aparición de la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), que difiere de la diálisis peritoneal intermitente en que los pacientes se instilan líquido en la cavidad peritoneal, cierran el catéter, siguen en modalidad ambulatoria, y cada 4 a 6 hrs. Vacían la cavidad peritoneal y reemplazan el dializado. La insuficiencia renal crónica es causa de consulta frecuente en nuestro hospital y la DPCA es el tratamiento de elección en edad pediátrica, por lo que la DPCA es actualmente uno de los procedimientos dialíticos más usados en niños con "enfermedad renal terminal", muchos de ellos esperando la oportunidad de trasplante renal (3-4).

Las ventajas de la DPCA son: mayor autonomía del paciente, "mayor libertad dietética", estrés cardiovascular disminuido, evitación del uso de anticoagulantes como la heparina sódica, eliminación de la necesidad de acceso vascular y menor pérdida de sangre. Entre las desventajas de la DPCA: aumento de peso, imagen corporal distorsionada, deterioro nutricional y ausencia de las interacciones sociales del centro de diálisis (5). Entre los factores que pueden contribuir al inadecuado manejo de estos pacientes, podemos mencionar: Falta o inadecuado Apoyo Familiar y Social, Deterioro intelectual y pobre motivación al tratamiento (5). Aunque en un estudio realizado en treinta niños en DPCA se evaluó el coeficiente intelectual encontrándose que la mayoría (76.7%) tenía un coeficiente intelectual normal promedio (6).

El impacto psicológico de una enfermedad crónica en un miembro de la familia frecuentemente es devastador, tanto para el grupo familiar como para el individuo que la padece, especialmente si se trata de un niño (7). Muchas de las complicaciones y exacerbaciones de las enfermedades proceden de reacciones emocionales a acontecimientos que suceden en la vida diaria(8).

El objetivo del equipo multidisciplinario que atiende a estos pacientes, es brindarles una atención integral que les permita incorporarse a la sociedad

como seres humanos potencialmente productivos(9). En el área de la salud mental se identifican diversos problemas que interfieren con la adherencia terapéutica y calidad de vida del paciente y su familia, entre ellos la dificultad para aceptar un padecimiento cuyo tratamiento va a modificar el estilo de vida familiar y producir alteraciones en la integración del esquema corporal de los niños (10).

La valoración del estado funcional es frecuentemente utilizada para complementar la información médica, con el fin de determinar el impacto de la enfermedad sobre el paciente (11). La pérdida de la función está generalmente relacionada con los efectos acumulativos del proceso de la enfermedad sobre el estado físico, funcional y psicológico; por lo antes dicho, cabe suponer que el estado de desempeño diario del paciente puede ser útil para predecir la respuesta al tratamiento (12).

Es importante conocer la calidad de vida de los pacientes en DPCA, entendiéndose por ésta a los factores necesarios para que el paciente pueda desempeñar las actividades de su vida diaria en el ámbito familiar, social, escolar y psicológico con el mejor estado físico y mental posible que le permita su enfermedad (13). Sin embargo hay que reconocer que los sistemas de evaluación de calidad de vida son limitados debido a que describen la salud del individuo en un punto en el tiempo. Se han realizado muchos esfuerzos por desarrollar evaluaciones para el funcionamiento y actividad de la vida diaria, los cuales ayudan a cuantificar el impacto de la enfermedad y su tratamiento (12-14).

En un estudio de pacientes que reciben DPCA se encontró un deterioro en la calidad de vida, correspondiendo la mayor afección al estado de salud-enfermedad, felicidad y sociabilidad, así mismo, muestran grados superiores de ansiedad y problemas con el autocuidado (5).

Cabe resaltar que durante la última década la prescripción de la DPCA en pacientes con insuficiencia renal crónica ha aumentado considerablemente (9-15-16), y la peritonitis es una complicación relativamente frecuente en los niños tratados con DPCA (17), lo que podría contribuir a un posible deterioro en la funcionalidad de estos pacientes.

Para un niño, sufrir una enfermedad crónica puede ser particularmente importante, ya que puede comprometer sus avances en el desarrollo académico y social (18). Los niños con enfermedad crónica pueden sufrir rechazo por parte de sus compañeros y convertirse en figuras impopulares de su escuela (19). Las posibles restricciones impuestas por el tratamiento pueden ser especialmente difíciles para los adolescentes, dando como resultado una vida social y emocional muy limitada (7-20).

II. JUSTIFICACION

Cuando las personas están enfermas tienden a experimentar simultáneamente cambios psicológicos de diferentes grados de intensidad; tales cambios pueden ser tan relevantes como la enfermedad misma e influir en el desarrollo de la enfermedad y del propio niño como persona (7).

Es común que los niños sean sobreprotegidos por lo padres, maestros y personas relacionadas con él, lo cual impide un desarrollo integral de sus habilidades generando sentmientos de dependencia y apego excesivo a la figura materna, por lo que se requiere de una detección oportuna de estas manifestaciones para incidir terapéuticamente sobre ellas en un momento oportuno (1-18).

Dado que los pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica pasan varios años de su vida en DPCA, esperando ser trasplantados, es de gran importancia conocer su desempeño en las diferentes actividades de su vida diaria, con el fin de crear estrategias que contribuyan al mejor funcionamiento psicosocial de estos pacientes, mejorando así su calidad de vida.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro medio es común observar cambios conductuales, emocionales e interrelacionales en el niño crónicamente enfermo y en la familia a la cual pertenece, lo anterior debido diferentes causas como lo es el solo hecho de recibir el diagnóstico de la enfermedad, los diversos procedimientos técnico-médicos a los que está sometido (procedimiento terapéutico), hospitalizaciones, etc (1-7). Lo que puede llevar a que el niño tenga limitaciones en sus actividades diarias y esto pueda reflejarse en su funcionamiento psicosocial y calidad de vida. Esto hace indispensable la detección oportuna de los cambios que puedan presentarse con el fin de crear estrategias encaminadas a mejorar estas alteraciones.

De tal manera que el presente estudio tratará de responder las siguiente preguntas:

¿Existe deterioro en la calidad de vida de los niños en DPCA?

¿El funcionamiento psicosocial de los niños en DPCA determina su calidad de vida?

¿Qué áreas del funcionamiento psicosocial del niño en DPCA son las más afectadas?

¿Cúal es la relación que tiene el funcionamiento psicosocial, la edad, el tiempo en DPCA y el funcionamiento familiar en la calidad de vida de los niños en DPCA?

¿Existe repercusión en el aprovechamiento escolar de los niños en DPCA?

¿Existe disfunción en familias de niños con DPCA?

IV. HIPOTESIS

Los niños que se encuentran en diálisis peritoneal continua ambulatoria tienen deterioro en su funcionamiento psicosocial y calidad de vida.

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida de los niños en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA).

Objetivos Específicos:

- Determinar la frecuencia y tipo de disfunciones psicosociales en los niños en DPCA.
- Determinar la frecuencia de deterioro en la calidad de vida de los niños en DPCA.
- Determinar el aprovechamiento escolar de los niños en DPCA.
- Determinar el funcionamiento familiar de los niños en DPCA.

VI. DISEÑO

Se trató de un estudio observacional, descriptivo, transversal y de encuesta.

IV. HIPOTESIS

Los niños que se encuentran en diálisis peritoneal continua ambulatoria tienen deterioro en su funcionamiento psicosocial y calidad de vida.

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida de los niños en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA).

Objetivos Específicos:

- Determinar la frecuencia y tipo de disfunciones psicosociales en los niños en DPCA.
- Determinar la frecuencia de deterioro en la calidad de vida de los niños en DPCA.
- Determinar el aprovechamiento escolar de los niños en DPCA.
- Determinar el funcionamiento familiar de los niños en DPCA.

VI. DISEÑO

Se trató de un estudio observacional, descriptivo, transversal y de encuesta.

IV. HIPOTESIS

Los niños que se encuentran en diálisis peritoneal continua ambulatoria tienen deterioro en su funcionamiento psicosocial y calidad de vida.

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida de los niños en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA).

Objetivos Específicos:

- Determinar la frecuencia y tipo de disfunciones psicosociales en los niños en DPCA.
- Determinar la frecuencia de deterioro en la calidad de vida de los niños en DPCA.
- Determinar el aprovechamiento escolar de los niños en DPCA.
- Determinar el funcionamiento familiar de los niños en DPCA.

VI. DISEÑO

Se trató de un estudio observacional, descriptivo, transversal y de encuesta.

VII. MATERIAL Y METODOS

Sujetos: La muestra constó de un total de 23 pacientes en DPCA, niños y adolescentes, evaluados en un período comprendido de Junio y Diciembre de 1999, en la consulta externa del servicio de nefrología del Hospital de Pediatría del CMN SXXI del IMSS.
Se incluyó a 23 pacientes entre 9 y 17 años de edad, ambos sexos, que sabían leer y escribir, y que tanto el paciente y su familiar estuvieron de acuerdo en participar en el estudio: además el tiempo en DPCA debería estar comprendido entre 3 y 12 meses. Se excluyó a todos aquellos pacientes que no cumplían con los anteriores criterios.
La calidad de vida se evaluó mediante la EEADN (Escala de Evaluación de la Actividad Diaria del Niño) la cual consta de 22 reactivos y proporciona información acerca de las principales actividades del niño; el instrumento comprende cinco áreas (independencia, desempeño en el núcleo familiar, desempeño social, escolar y necesidad de atención médica). Los reactivos son registrados en una escala que varía del 1 al 4, en donde la situación ideal tiene el mayor valor y la condición menos deseable el menor, por lo que la suma total puede variar de un máximo de 68 a un mínimo de 22 puntos, siendo 35 el punto de corte por lo que un calificación igual o menor de esta cifra indica deterioro en la calidad de vida, y por arriba de ésta indica buen desempeño de las actividades diarias interpretándose en una adecuada calidad de vida. La EEADN fue desarrollada en el Hospital de Pediatría del CMN SXXI, construyéndose de acuerdo con los criterios de Lickert. Este instrumento fue validado en pacientes pediátricos sanos y con leucemia identificando adecuadamente el nivel de desempeño diario, resultando el instrumento confiable, con una adecuada validez aparente, contenido y de constructo, además resultó congruente (12).

El funcionamiento psicosocial se determinó mediante la escala de Columbia (CIS- Columbia Impairment Scale) la cual consta de 13 reactivos y proporciona una medida global de la disfunciones psicosociales durante la última semana. El instrumento comprende cuatro áreas: relaciones interpersonales, psicopatología mayor, funcionamiento en la escuela y empleo del tiempo libre. Los reactivos son registrados en una escala Likert que va de 0 (sin problemas) a 4 (muchos problemas), por lo que la suma total puede variar de un mínimo de 0 a un máximo de 52 puntos. El instrumento fue diseñado en dos versiones, una que puede ser contestada directamente por un

niño o un adolescente de 8 a 17 años de edad (CIS-Niños) y la otra, versión adultos (CIS-Adultos) que debe ser contestada por un adulto que conozca bien al niño. La CIS ha mostrado elevada consistencia interna, excelente confiabilidad test-retest y buena validez al ser correlacionada con la Children´s Global Assessment Scale (CGAS) y con otras medidas indicativas de disfunción. La traducción utilizada para este estudio es la oficial y fue proporcionada por su autor principal, quien la puso a prueba con hispanoparlantes de la ciudad de Nueva York y Puerto Rico; así se determinó que 14 era el punto de corte adecuado para considerar que por arriba de él existía disfunción psicosocial (21).

El funcionamiento familiar fue evaluado mediante la escala denominada Apgar familiar, la cual fue desarrollada por Smilkstein en 1978 y sirve para explorar, de una manera rápida y sencilla, el funcionamiento familiar. Consta de cinco reactivos registrados en una escala Likert que va del cero al dos, siendo el cero la condición menos favorable y el dos la condición ideal en lo que se refiere al apoyo familiar (0= casi nunca, 1= a veces, 2= casi siempre), por lo que la calificación final puede variar de 0 a 10 puntos, siendo 6 el punto de corte (calificación igual o menor de 6 = disfuncional). La versión que se utilizó fue la traducción al español de la escala original en inglés, de la cual se ha combrobado su adecuada validez y confiabilidad (22).

VIII. PROCEDIMIENTO

Posterior a la consulta externa de Nefrología, que los niños en DPCA tienen periódicamente en el Hospital de Pediatría del CMN SXXI del IMSS, un residente de psiquiatría aplicó los instrumentos de medición al niño y a uno de sus padres o tutor. Aplicándose los instrumentos a un total de 23 pacientes a quienes se les pidió que contestaran la escala de Columbia (Columbia Impairment Scale) y a sus respectivos padres la misma escala (versión adultos). El mismo padre contestó a las preguntas realizadas por el médico residente con respecto a la escala de evaluación de las actividades diarias del niño (escala de calidad de vida) y el Apgar familiar.

niño o un adolescente de 8 a 17 años de edad (CIS-Niños) y la otra, versión adultos (CIS-Adultos) que debe ser contestada por un adulto que conozca bien al niño. La CIS ha mostrado elevada consistencia interna, excelente confiabilidad test-retest y buena validez al ser correlacionada con la Children's Global Assessment Scale (CGAS) y con otras medidas indicativas de disfunción. La traducción utilizada para este estudio es la oficial y fue proporcionada por su autor principal, quien la puso a prueba con hispanoparlantes de la ciudad de Nueva York y Puerto Rico; así se determinó que 14 era el punto de corte adecuado para considerar que por arriba de él existía disfunción psicosocial (21).

El funcionamiento familiar fue evaluado mediante la escala denominada Apgar familiar, la cual fue desarrollada por Smilkstein en 1978 y sirve para explorar, de una manera rápida y sencilla, el funcionamiento familiar. Consta de cinco reactivos registrados en una escala Likert que va del cero al dos, siendo el cero la condición menos favorable y el dos la condición ideal en lo que se refiere al apoyo familiar (0= casi nunca, 1= a veces, 2= casi siempre), por lo que la calificación final puede variar de 0 a 10 puntos, siendo 6 el punto de corte (calificación igual o menor de 6 = disfuncional). La versión que se utilizó fue la traducción al español de la escala original en inglés, de la cual se ha combrobado su adecuada validez y confiabilidad (22).

VIII. PROCEDIMIENTO

Posterior a la consulta externa de Nefrología, que los niños en DPCA tienen periódicamente en el Hospital de Pediatría del CMN SXXI del IMSS, un residente de psiquiatría aplicó los instrumentos de medición al niño y a uno de sus padres o tutor. Aplicándose los instrumentos a un total de 23 pacientes a quienes se les pidió que contestaran la escala de Columbia (Columbia Impairment Scale) y a sus respectivos padres la misma escala (versión adultos). El mismo padre contestó a las preguntas realizadas por el médico residente con respecto a la escala de evaluación de las actividades diarias del niño (escala de calidad de vida) y el Apgar familiar.

IX. ANALISIS ESTADISTICO

Una vez calificados los instrumentos y teniendo nuestra base de datos se procedió al análisis estadístico utilizándose medidas estadísticas descriptivas de tendencia central y dispersión, así como tablas de frecuencia y porcentaje. Se calcularon los coeficientes de correlación (r) entre las variables estudiadas mediante la prueba de Pearson. Se realizó un análisis de regresión múltiple para establecer que variables determinaban mejor los resultados de la Escala de Evaluación de la Actividad Diaria del Niño. La diferencia entre las proporciones de disfunción escolar se calculó con estadística no paramétrica mediante a prueba χ^2. Los datos se analizaron mediante los paquetes estadísticos Statistica for Windows versión 4.3 (1993) y el SPSS 8.0. (Statistical Package for Social Sciences).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

X. RESULTADOS

La muestra total consistió en 23 niños y adolescentes, 10 mujeres y 13 hombres, cuyo rango de edad fue de 9 a 16 años (media = 12.34, DS = 2.97); el rango de tiempo en DPCA fue de 3 a 12 meses (media = 7.56, DS = 3.54). El resto de las características de la muestra se presentan en la Tabla 1.
13/23 (56.51%) de los niños que se encuentran en diálisis peritoneal continua ambulatoria tienen deterioro en su funcionamiento psicosocial de acuerdo al CIS-N, ya que obtuvieron puntajes por arriba de 14.
2/23 (8.6%) niños percibieron sus familias como disfuncionales, de acuerdo al Apgar familiar por lo que 21/23 (91.30%) niños percibieron funcional a sus respectivas familias.

En el CIS-N 14/23 (60.86%) niños reportaron algún problema con la tristeza y 13/23 (56%) dijeron no tener ningún problema para divertirse.

Para definir cuáles de las variables independientes (edad, tiempo en diálisis, Apgar familiar, CIS-N, CIS-A) determinaban la calificación de la Escala de Evaluación de Actividad Diaria del Niño (variable dependiente) se utilizó un análisis de regresión múltiple, en donde el puntaje CIS-N explicó el 39% de la variación y la edad agregó un 7% para alcanzar el 46% del puntaje de la EEADN. Ni el Apgar ni el tiempo el diálisis influyeron en forma significativa en la EEADN (Tabla 2).

LA EEADN mostró que el 100% de la muestra se encontraba por encima del punto de corte (35 puntos), sin embargo, en el desempeño escolar se encontraron afectados 18 de 23 pacientes, que corresponden al 78% de la muestra. La disfunción estuvo asociada con los siguientes problemas: inasistencia a la escuela 4/23 (17.39 %) niños, disminución de calificaciones 12/23 (52.17 %), deterioro en la actividad física 8/23 (34.78 %), incumplimiento de tareas 4/23 (17.39 %), sin expectativa de estudios futuros 11/23 (47.82 %) (Tabla 3).

Para comparar la presencia de disfunción entre la muestra estudiada y los niños leucémicos evaluados en este mismo hospital (12), se calculó la χ^2 con una tabla de contingencia de 2x2 (Tabla 4). Encontrándose que no existe diferencia significativa en la proporción de disfunción escolar entre niños leucémicos y niños en DPCA.

XI. DISCUSION

La adaptación de los niños a la enfermedad crónica ha tratado de ser explicada a partir de la maduración del aparato mental, la funcionalidad familiar y el tipo de enfermedad en cuestión (1-23-24).

La mayor parte de los niños estudiados reportaron disfuncionalidad en las respuestas que dieron en el CIS-N. Sin embargo, la calidad de vida que reportaron en el EEADN fue por arriba del punto de corte de 35, lo cual indica que a pesar de su disfuncionalidad, mantienen una percepción subjetiva satisfactoria de sus vidas. Los pacientes estudiados se encontraban en el primer año de DPCA y el número de meses transcurridos desde el inicio de ésta, no guardó relación con la funcionalidad o la calidad de vida. Los niños percibieron elevado funcionamiento de sus familias de acuerdo a la escala de APGAR familiar (media de 7.82 de un total de 10 puntos posibles), que aunque es una medida genérica, se considera que 6 o menos puntos están asociados a disfuncionalidad familiar y escaso apoyo familiar. La correlación más significativa fue la encontrada precisamente entre el funcionamiento del niño (CIS-N) y el Apgar familiar, es decir el niño tiene menos problemas para desempeñarse en sus actividades (actividades generales, relación con los padres, diversión, escuela, amigos, emociones, conducta, pasatiempos, etc.) en la medida que percibe satisfacción con la ayuda, comunicación funcional, cohesión y afecto en su familia.

La calidad de vida, sin embargo se ve afectada en componentes específicos con la DPCA como lo son el desempeño escolar y las necesidades de atención médica que estos niños presentan, situación conocida previamente en el caso de niños con otras enfermedades crónicas como la leucemia (12). A su vez, el puntaje CIS es el principal determinante de la calidad de vida, probablemente porque el niño está orientado a la actividad y la socialización y en la medida en que estas son limitadas por la enfermedad, se percibe la calidad de vida reducida.

La edad tuvo una influencia discreta en la determinación del parámetro de calidad de vida, probablemente los individuos que acercan a la adolescencia desarrollan una mayor adaptación a la enfermedad a partir de recursos cognitivos y defensas más maduras.

La investigación futura que se requiere es comparar poblaciones de niños sin enfermedad crónica para evaluar su funcionalidad y calidad de vida y diseñar intervenciones específicas para mejorar las áreas que son percibidas como insatisfactorias por ejemplo: ¿Qué servicios escolares podrían implementarse para apoyar a niños con enfermedad crónica y necesidades especiales de atención médica? ¿Cómo podrían integrarse los sistemas de salud y los

sistemas educativos para mejorar el desempeño escolar y la calidad de vida de estos niños? ¿Sería posible utilizar medios de telecomunicación o programas a distancia que permitan que los niños que requieren pasar horas o días en el hospital (por complicaciones como la peritonitis) o en casa realizándose la diálisis mantener un proceso de aprendizaje sin interrupciones? Es conveniente desarrollar escalas específicas de funcionamiento familiar, funcionalidad personal y calidad de vida para cada enfermedad que refleje más cercanamente las dificultades que estas familias y niños atraviesan.

XII. CONCLUSIONES

Concluimos que los niños en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) no presentan deterioro en su calidad de vida y que su funcionamiento psicosocial no determina su calidad de vida, no obstante que algunas áreas de funcionamiento estén afectadas, como son la escolar y problemas relacionados con la tristeza.

Por lo tanto el funcionamiento psicosocial guarda relación, pero no determina, la calidad de vida de estos niños. La percepción de la funcionalidad familiar, por parte de los niños, fue adecuada. Por último los niños de mayor edad y con funcionamiento familiar adecuado presentan mejor adaptación y por tanto mejor calidad de vida. El tiempo en DPCA no guardo relación con la calidad de vida.

sistemas educativos para mejorar el desempeño escolar y la calidad de vida de estos niños? ¿Sería posible utilizar medios de telecomunicación o programas a distancia que permitan que los niños que requieren pasar horas o días en el hospital (por complicaciones como la peritonitis) o en casa realizándose la diálisis mantener un proceso de aprendizaje sin interrupciones? Es conveniente desarrollar escalas específicas de funcionamiento familiar, funcionalidad personal y calidad de vida para cada enfermedad que refleje más cercanamente las dificultades que estas familias y niños atraviesan.

XII. CONCLUSIONES

Concluimos que los niños en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) no presentan deterioro en su calidad de vida y que su funcionamiento psicosocial no determina su calidad de vida, no obstante que algunas áreas de funcionamiento estén afectadas, como son la escolar y problemas relacionados con la tristeza.

Por lo tanto el funcionamiento psicosocial guarda relación, pero no determina, la calidad de vida de estos niños. La percepción de la funcionalidad familiar, por parte de los niños, fue adecuada. Por último los niños de mayor edad y con funcionamiento familiar adecuado presentan mejor adaptación y por tanto mejor calidad de vida. El tiempo en DPCA no guardo relación con la calidad de vida.

XII. TABLAS

Tabla 1

Características de los pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria	
Variable	Media ± Desviación Estándar
Edad	12.34 ± 2.97
Tiempo en diálisis (meses)	7.56 ± 2.34
Apgar familiar	7.82 ± 1.69
CIS- N	13.56 ± 6.82
CIS- A	10.69 ± 7.57
EEADN	54.39 ± 5.06

CIS-N= Columbia Impairment Scale versión niños, CIS-A= Columbia Impairment Scale versión adultos, EEADN= Escala de Evaluación de Actividad Diaria del Niño.

Tabla 2

Coeficientes de correlación de Pearson (r) de las variables estudiadas

Variable	Edad	Tiempo	Apgar	CIS-N	CIS-A	EEADN
Edad	1.0	-0.10	.00	0.33	0.17	0.19
Tiempo en diálisis		1.00	0.10	-0.07	0.29	-0.05
Apgar familiar			1.00	-0.44*	-0.43*	0.24
CIS-N				1.00	0.51*	-0.26
CIS-A					1.00	-0.21
EEADN						1.00

* $p < 0.05$

CIS-N= Columbia Impairment Scale versión niños, CIS-A= Columbia Impairment Scale versión adultos, EEADN= Escala de Evaluación de Actividad Diaria del Niño.

TABLA 3

Tabla de contingencia de 2x2.

	Pacientes en DPCA	Pacientes leucémicos
Presencia de Disfunción escolar	18	38
Ausencia de Disfunción escolar	5	22
Totales	23	60

Valor de χ^2 1.69, grados de libertad 1, $p<0.19$.

TABLA 4

Problemas en el desempeño escolar.

Problema escolar	**Proporción**	**Porcentaje**
Inasistencia a la escuela	4/23	17.39 %
Disminución de calificaciones	12/23	52.17 %
Deterioro en la actividad física	8/23	34.78 %
Incumplimiento de tareas	4/23	17.39 %
Sin expectativa de estudios futuros	11/23	47.82 %

TABLA 5

DATOS Y RESULTADOS DE CADA UNO DE LOS NIÑOS EN DPCA

1	12	6	m		4	0	57	10
2	9	8		f	*16	8	49	8
3	13	4	m		9	*17	56	9
4	14	8	m		*18	*17	62	8
5	12	7		f	1	4	56	10
6	13	3	m		*17	1	57	9
7	15	4	m		*17	6	54	7
8	11	7	m		*22	*23	45	8
9	9	9		f	8	6	52	10
10	16	12		f	*26	*28	49	7
11	15	6	m		*16	*16	54	*5
12	15	8		f	13	6	54	9
13	12	12		f	10	14	68	7
14	15	9	m		*20	*21	52	7
15	9	5		f	4	3	48	6
16	16	9	m		6	11	55	8
17	15	3	m		*24	2	58	8
18	12	3	m		*17	9	54	*5
19	13	12		f	14	3	53	10
20	9	3		f	*15	*16	58	7
21	10	12	m		7	7	59	9
22	9	12		f	*20	*17	47	*4
23	10	12	m		8	10	54	9
T	284	174			312	245	1251	180
P	12.3	7.5	13	10	13.56	10.65	54.39	7.82
Pac	Edad	Meses-DPCA	Hombres	Mujeres	CIS-N.	CIS-A	EEADN	Apgar-Fam.

CIS-N Y CIS-A > 14 = Disfuncional (*), EEADN < 35 = Deterioro en la calidad de vida (*).
Apgar < 6 = Disfunción familiar (*)

BIBLIOGRAFIA

1. Eiser C: "ADJUSTMENT IN THE FAMILY IN CHRONIC CHILDHOOD DISEASE". Cambridge University Press 1990. P. 42-60.

2. Matos M, Moreno R, Castro L:"ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL SOMETIDOS A DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA".Rev Mex Pediatr. 1997; 64(3): 103-8.

3. Fischbach M, Despler P, Mengus L: "ROLE OF PERITONEAL DIALYSIS FOR THE TRATMENT OF TERMINAL INSUFFICIENCY IN THE CHILD". Nephrology. 1995; 16: 101-4.
4. Jaramillo R, Mendoza L, García E: "SISTEMAS DE DESCONEXION EN DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA" Nefrología Mexicana. 1996; 17 (3): 104-8
5. Peris A, Ruiz V, LláCER A: "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE RECIBEN DPCA". Enfermería Clínica. 1998; 8 (2).

6. Jaramillo R, Mendoza L, Garcia E:"INTELLECTUAL OUTPUT OF CHILDREN WITH CHRONIC RENAL FAILURE ON CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS". Perit Dial Int. 1996; 16 (Suppl): 554-6.

7. Eiser C: "ADJUSTMENT IN THE CHILD WITH CHRONIC DISEASE". Cambridge University Press 1990. P. 35-45.

8. Petrillo M, Sanger S: "CUIDADO EMOCIONAL DEL NIÑO HOSPITALIZADO". La Prensa Médica Maxicana 1972.

9. Rfidah E, Gill D, Dhomhnail N: "CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS IN CHILDREN" Ir Med J. 1992; 85 (3): 107-9.

10. Sauceda J, Ortiz L, Fajardo A: "LA ADAPTACION PSICOSOCIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON MALFORMACIONES CRANEOFACIALES". Gac Méd Méx. 1997; 133 (3): 203-9.

11. Courts N, Boyette B:"PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT OF MALES ON THREE TYPES OF DIALYSIS". Clin Nurs Res. 1998; 7(1): 47–63.

12. Arias J, Hernández D, Benitez H: "UN INSTRUMENTO PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA POR MEDIO DEL DESEMPEÑO DIARIO EN PACIENTES PEDIATRICOS CON LEUCEMIA". Gac Méd Méx. 1996; 132 (1): 19-28.

13. Auer J, Simon G, Stevens J:"QUALITY OF LIFE IMPROVEMENTS IN CAPD PATIENTS TREATED WITH SUBCUTANEOUSLY ADMINISTERED ERYTHROPOIETIN FOR ANEMIA". Peritoneal Dialysis International. 1992; 12 (1).

14. Tucker M, Ziller R, Smith R:"QUALITY OF LIFE OF PATIENTS ON IN-CENTER HEMODIALYSIS VERSUS CAPD". Peritoneal Dialysis International. 1991; 11 (4).

15. Hernández L, Abascal A, Méndez F: "EPIDEMIOLOGIC AND DEMOGRAPHIC ASPECTS OF PERITONEAL DIALYSIS IN MEXICO". Peritoneal Dialysis International. 1996; 16 (4).

16. Blake P, Bloembergen W, Fenton SS: "CHANGES IN THE DEMOGRAPHICS AND PRESCRIPTION OF PERITONEAL DIALYSIS DURING THE LAST DECADE". Am J Kidney Dis. 1998; 32 (6) (suppl 4): 44-51.

17. Klefter R, Lokkegaard H:" RISK FACTORS IN CAPD PATIENTS". Peritoneal Dialysis International. 1997; 17 (1).

18. Ajuriaguerra J, Marcelli D: "EL NIÑO Y EL MUNDO MEDICO". Masson Editores, Barcelona 1984. P. 397-402.

19. Ellis A, Abrahams E: "PROBLEMAS DE SALUD Y TRASTORNOS EMOCIONALES, EN TERAPIA RACIONAL EMOTIVA". Editorial Pax, México 1989; P.13-18.

20. Graham P: "PSYCHIATRIC ASPECTS OF PEDIATRICS DISORDERS". Williams & Williams, Baltimore 1991. P.977-94.

21. Bird H, Shaffer D, Fisher F: "THE COLUMBIA IMPAIRMENT SCALE (CIS) PILOT FINDINGS ON A MEASURE OF GLOBAL IMPAIRMENT FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS" International Journal of Methods in Psychiatric Research. 1993; 3: 167-176.

22. Bellón J, Delgado A, Luna J: "VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE FUNCION FAMILIAR APGAR-FAMILIAR". Atención Primaria. 1996; 16 (6): 289-295.

23. Fukunishi I, Honda M, Kamiyama Y: "INFLUENCE OF MOTHERS ON SCHOOL ADJUSTMENT OF CAPD CHILDREN". Peritoneal Dialysis International. 1993; 13 (3).

24. Merkus M: "QUALITY OF LIFE OVER TIME IN DIALYSIS: THE NETHERLANDS COOPERATIVE STUDY ON THE ADEQUACY OF DIALYSIS". Kidney Int 1999 Aug; 56(2):720–8.

25. Gusmano R, Perfumo F: "WORLDWIDE DEMOGRAPHIC OF CHRONIC RENAL FAILURE IN CHILDREN". Kidney Int. 1993; 41 (Suppl): 31-5.

26. Fischbach M, Despler P, Mengus L: "ROLE OF PERITONEAL DIALYSIS FOR THE TRATMENT OF TERMINAL INSUFFICIENCY IN THE CHILD". Nephrology. 1995; 16: 101-4.

27. Çamsari T, Çavdar C, Yemez B:" PSYCHOSEXUAL FUNCTION IN CAPD AND HEMODIALYSIS PATIENTS". Peritoneal Dialysis International, 1999; 19 (6).

28. Medcalf J, Walls J:"NEW FRONTIERS IN CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS". REVIEW ARTICLE: 27 REFS. Kidney Int Suppl 1997; 62:S108–10.

Cuadro II. Escala de evaluación de las actividades diarias del niño

Nombre: Sexo: M F Edad:

I. Independencia — Modificado por la enfermedad

1. Su hijo cuando se baña lo hace: SI NO
   a) solo
   b) con ayuda parcial
   c) alguien lo baña

2. Cuando su hijo se viste lo hace: SI NO
   a) solo
   b) con ayuda parcial
   c) alguien lo viste

3. Con relación al arreglo personal de su hijo (peinarse, elección de su ropa): SI NO
   a) lo hace al levantarse
   b) al salir de la casa
   c) no lo realiza

4. El deseo de comer de su hijo (apetito) es: SI NO
   a) bueno
   b) regular
   c) malo

II. Desempeño en el núcleo familiar

5. La relación de su hijo con usted y su esposo (a): SI NO
   a) ha mejorado
   b) no se ha modificado
   c) se ha deteriorado

6. La relación de su hijo con sus hermanos: SI NO
   a) ha mejorado
   b) no se ha modificado
   c) se ha deteriorado

7. Su hijo cumple en el hogar con las obligaciones: SI NO
   a) si cumple
   b) se le tiene que forzar
   c) no tiene obligaciones asignadas
   d) no las realiza

III. Desempeño escolar

8. Durante el último mes de asistencia a la escuela su hijo: SI NO
   a) ha faltado hasta en 2 ocasiones
   b) ha faltado entre 3 y 6 ocasiones
   c) ha faltado 7 o más ocasiones
   d) no asiste a la escuela fecha:

9. Las calificaciones de su hijo: SI NO
   a) han mejorado
   b) no se han modificado
   c) han disminuido

10. Las actividades físicas de su hijo (deportes y recreo) de su hijo en la escuela: SI NO
    a) han mejorado
    b) no se han modificado
    c) se han restringido

11. Con relación en las tareas escolares y su cumplimiento: SI NO
    a) han mejorado
    b) no se han modificado
    c) se ha deteriorado su cumplimiento

12. La mayor parte del tiempo la dedica a: SI NO
    a) actividades escolares
    b) actividades del hogar
    c) otras actividades especifique:

13. Su hijo planea con relación en sus estudios: SI NO
    a) seguir una carrera universitaria
    b) seguir una carrera técnica
    c) no ha definido

IV: Desempeño social

14. La participación de su hijo en actividades con sus amigos: SI NO
    a) ha mejorado
    b) no se ha modificado
    c) se ha deteriorado

15. Su hijo practica juegos: SI NO
    a) colectivos
    b) individuales
    c) no juega

16. Su hijo acude y/o participa en eventos sociales (fiestas, reuniones, etc.): SI NO
    a) más que antes
    b) no se ha modificado
    c) no acude (aun cuando está invitado)

V. Necesidad de atención médica

17. La atención de la enfermedad de su hijo, durante los últimos 2 meses, ha requerido: SI NO
    a) acudir a la consulta programada
    b) acudir a ugencias
    c) acudir a hospitalización

18. Con relación en las molestias (síntomas) de su enfermedad o por su tratamiento: SI NO
    a) no se queja
    b) se queja ocasionalmente
    c) se queja a diario

19. Estas molestias modifican la actividad de su hijo: SI NO
    a) no la modifican
    b) la modifican poco
    c) la modifican mucho

20. Su hijo es motivo de comentarios o actitudes por su enfermedad: SI NO
    a) no
    b) no lo han percibido
    c) si

21. Con respecto a su estado de salud su hijo se siente: SI NO
    a) bien
    b) regular
    c) mal

22. Usted percibe el estado de salud de su hijo: SI NO
    a) bien
    b) regular
    c) mal

ESCALA DE INCAPACIDAD FUNCIONAL DE COLUMBIA
(NIÑOS)

INSTRUCCIONES: LEE CON CUIDADO LAS FRASES QUE SE ENCUENTRAN A CONTINUACION Y MARCA CON UNA CRUZ LA RESPUESTA QUE INDIQUE LO QUE TU CREES QUE OCURRE EN LAS DIFERENTES SITUACIONES QUE SE MENCIONAN

1. CUANDO HAGO ALGO QUE NO DEBO HACER, TENGO
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

2. PARA LLEVARME BIEN CON MI MAMA, TENGO
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

3. PARA LLEVARME BIEN CON MI PAPA, TENGO
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

4. CON LA TRISTEZA E INFELICIDAD, TENGO
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

5. CON MI CONDUCTA EN LA ESCUELA (O EL TRABAJO), TENGO
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

6. PARA DIVERTIRME, TENGO
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

7. PARA LLEVARME BIEN CON LAS PERSONAS MAYORES QUE NO SON MIS PAPAS, TENGO
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

8. CON LA PREOCUPACION O EL NERVIOSISMO, TENGO
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

9. PARA LLEVARME BIEN CON MI(S) HERMANOS(AS), TENGO
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

10. PARA LLEVARME BIEN CON OTROS NIÑOS DE MI EDAD, TENGO
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

11. PARA PARTICIPAR EN DEPORTES Y PASATIEMPOS, TENGO
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

12. PARA HACER MIS TAREAS ESCOLARES (MI TRABAJO), TENGO
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

13. CON MI CONDUCTA EN CASA, TENGO
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

NOMBRE DEL NIÑO(A) _____

EDAD _____ FECHA _____

ESCALA DE INCAPACIDAD FUNCIONAL DE COLUMBIA
(ADULTOS)

INSTRUCCIONES: LEA CON CUIDADO LAS FRASES QUE SE MENCIONAN A CONTINUACION Y MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA QUE INDIQUE LO QUE USTED CREE QUE LE OCURRE A SU HIJO EN CADA SITUACION.

SU HIJO (A)

1. CUANDO HACE ALGO QUE NO DEBE HACER, TIENE
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

2. PARA LLEVARSE BIEN CON SU MAMA, TIENE
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

3. PARA LLEVARSE BIEN CON SU PAPA, TIENE
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

4. CON LA TRISTEZA Y CON LA INFELICIDAD, TIENE
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

5. CON SU CONDUCTA EN LA ESCUELA (O EL TRABAJO), TIENE
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

6. PARA DIVERTIRSE, TIENE
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

7. PARA LLEVARSE BIEN CON PERSONAS MAYORES QUE NO SON SUS PAPAS, TIENE
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

8. CON LA PREOCUPACION O EL NERVIOSISMO, TIENE
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

9. PARA LLEVARSE BIEN CON SU(S) HERMANOS(AS), TIENE
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

10. PARA LLEVARSE BIEN CON OTROS NIÑOS DE SU MISMA EDAD, TIENE
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

11. PARA PARTICIPAR EN DEPORTES Y PASATIEMPOS, TIENE
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

12. PARA HACER SUS TAREAS ESCOLARES (SU TRABAJO), TIENE
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

13. CON SU CONDUCTA EN LA CASA, TIENE
A) MUY POCOS PROBLEMAS B)POCOS PROBLEMAS C) NINGUN PROBLEMA D) ALGUNOS PROBLEMAS E)MUCHOS PROBLEMAS

NOMBRE DEL NIÑO(A) _____

EDAD _____ FECHA _____

CONTESTO: PADRE _____ MADRE _____ OTRO _____

APGAR FAMILIAR

CONTESTE POR FAVOR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1)- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

a)- Casi nunca. *b)- A veces.* *c)- Casi siempre.*

2)- ¿Conversan entre ustedes (entre familia) los problemas que tienen en casa?

a)- Casi nunca. *b)- A veces.* *c)- Casi siempre.*

3)- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

a)- Casi nunca. *b)- A veces.* *c)- Casi siempre.*

4)- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?

a)- Casi nunca. *b)- A veces.* *c)- Casi siempre.*

5)- ¿Siente que su familia le quiere?

a)- Casi nunca. *b)- A veces.* *c)- Casi siempre.*

Nombre:_____ **Edad**_____
Fecha:_____ **Dx.**_____ **Calif.**_____