

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA Y SALUD
MENTAL.

UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE
PSICO-ONCOLOGÍA EN POBLACIÓN
INFANTO/JUVENIL.

ALUMNO: GARNICA GASCA RICARDO.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA.
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ.

TUTOR TEORICO.

TUTOR METODOLOGÍCO.

DRA. MARTHA P. ONTIVEROS
URIBE.

ING. JOSÉ F. CÓRTEZ
SOTRES.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA.

FEBRERO DEL 2001.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Dr. Alejandro Díaz Martínez



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETIVO

MATERIAL Y METODO

INSTRUMENTOS

PROCEDIMIENTOS

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

RESULTADOS

CONCLUSIONES

DISCUSION

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas •

UNAM a difundir en formato electrónico e impr.

controlado de su trabajo receptor

NOTARIO: Ricardo Casco

Casco

FECHA: 05 - Mayo - 2003

FIRMA: [Firma]

INTRODUCCION.

La Psico-oncología es una disciplina que aborda la interfase entre medicina del cáncer y psiquiatría, con énfasis en la dimensión psicosocial del cuidado del paciente con cáncer, de su familia y del equipo de atención médica.¹ En este sentido, aspectos como la calidad de vida y riesgo de cáncer ² han recibido una creciente atención en años recientes y son retroalimentados por los resultados de investigaciones sociales, conductuales y psicológicas acerca del riesgo, detección y supervivencia al cáncer. La psico-oncología cuenta con su propio cuerpo de conocimientos aspectos teóricos y conceptuales.³

En la práctica de la psico-oncología, se abordan las reacciones normales a la presencia de cáncer, palabra cuyos sinónimos son muerte, incapacidad, desfiguro físico, y dependencia entre otros⁴, así como la presencia de psicopatología en los pacientes oncológicos y sus familiares. Esta labor se lleva a cabo en un contexto multidisciplinario que incluye enfermería, trabajo social, psicología, psiquiatría, apoyo religioso y voluntarios en entrenamiento, especialmente aquellos que han experimentado cáncer.⁵

Breve historia de la psico-oncología.

Como disciplina, la psico-oncología tiene una historia que se antoja breve, sin embargo para una mejor apreciación histórica ubicaremos su nacimiento en el contexto de la oncología, cuya historia nos lleva hasta hace más de 2 500 años, cuando en la civilización Egipcia se empezaron a diagnosticar enfermedades malignas y se aplicaba la cirugía como un tratamiento efectivo, efectuando amputaciones exitosas, sin analgesia; más tarde el uso de éter en 1847 y el advenimiento de la antisepsia llevó a la remoción quirúrgica exitosa e indolora de algunos tumores en la última mitad del siglo diecinueve.

Para 1912 la radioterapia comenzó a ser reconocida como un poderoso tratamiento adicional y en 1950 se agregó la quimioterapia. Desde tan remotas épocas, el impacto emocional del cáncer era tal que se comenzó a considerar como un estigma y a equipararlo con la muerte. En parte ello se deriva la actitud de los médicos de informar a los pacientes acerca de la presencia de cáncer.

Avances médicos como la posibilidad de detección temprana del cáncer y su factibilidad de curación fueron posibles gracias a la terapia multimodal, combinando cirugía, radiación, quimioterapia e inmunoterapia (1960), comenzaron a impactar significativamente las sombrías estadísticas de supervivencia, especialmente en niños y adultos jóvenes. Tales acontecimientos se sumaron a la actitud de cuestionamiento y proactividad que caracterizó a la sociedad norteamericana en la era posterior a la guerra de Vietnam, con la cual la actitud de público viró hacia una mayor actividad en términos de búsqueda de tratamiento y de prevención. La supervivencia aumentó, y el diagnóstico de cáncer comenzó a ser más frecuente informando a los pacientes.

Casi al mismo tiempo la preocupación acerca de un cuidado más humano a los pacientes de cáncer apareció en Inglaterra con el comienzo del movimiento de hospicios, mismo que se extendió a los Estados Unidos incrementándose poco a poco la preocupación por los moribundos acerca de la calidad de vida, los aspectos psicológicos y los derechos de los pacientes.

Uno de los grandes avances en materia de prevención y reconocimiento de factores relacionados con el desarrollo de neoplasias, fue la evidencia científica que sustenta el vínculo entre el hábito tabáquico y el desarrollo de cáncer pulmonar.

Tales evidencias trascendieron el ámbito médico y científico y llegaron a oídos del público en general. La controversia no se hizo esperar y se desarrolló en diversos ámbitos, entre ellos el legal, generando diversas iniciativas que han contribuido a clarificar el riesgo de exposición y a dar información suficiente para que el individuo común decida entre aceptar el riesgo o declinar, al fumar o no cigarrillos. Lo anterior dio ímpetu a examinar el papel de los factores psicológicos y conductuales en la prevención del cáncer.⁶

A principio de los años de 1970 había un gran interés acerca de la dimensión psicosocial y la calidad de vida. Por otro lado, la década de 1980 se caracterizó por una enorme actividad societaria, con la emergencia de diversos grupos cuyo propósito común fue el de reunir esfuerzos en diversos aspectos de educación, atención clínica e investigación en cáncer.

Entre otros La Sociedad Internacional de Psico-oncología (International Psycho-oncology Society/IPOS), creada en 1984, y en 1988 la Sociedad Americana para la Psiquiatría Oncología y SIDA/ (The American Society for Psychiatric Oncology/AIDS). Dichas sociedades de nueva creación se fueron sumando a la actividad iniciada previamente por asociaciones como el Instituto de Cáncer y la Sociedad Americana de Cáncer.

Mención especial merecen el grupo de psiquiatras y psicólogos del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, el cual siendo dirigido por el Dr. Sutherland en 1950 se constituyó como el primer grupo psiquiátrico activo en un hospital de cáncer.⁷ Más tarde, en 1977 Jimmie Holland y colegas reactivaron y desarrollaron el actual programa de psico-oncología que incluye cuidado, educación e investigación y constituye el moderno Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales del Memorial Sloan Kettering Cancer Centre, cuya tradición y solidez es mundialmente reconocida.

El manejo integral del dolor y fatiga, así como la exploración de calidad de vida, el estrés postraumático, la detección de estrés y su manejo, así como el programa de alcance comunitario que incluye acciones de prevención para grupos minoritarios, son solo algunas de las acciones clínicas y lineales de investigación en desarrollo que marcan la vanguardia en el campo.

Algunas palabras sobre la psico-oncología en México.

El cáncer constituye un problema de salud pública en nuestro país, basta decir que en 1995 fue la segunda causa de muerte y fue responsable de 11.2% del total de muertes. En 1996 se notificaron en México 64 615 casos de neoplasias malignas con predominio del sexo femenino (64%). El grupo de edad más afectado fue de 75 años o más (10%), seguido del de 60 a 64 años (8%).

Los tumores más frecuentes fueron: cáncer de cérvix uterino, 18.1%, mama 10.8%, próstata 6.1%, endometrio 4.4%, ganglios linfáticos 4.2%, y estómago 3.5% entre otros.⁸

Aun cuando el panorama señalado hace que cada vez exista más conciencia de la importancia de los programas de prevención, los aspectos psicosociales son poco abordados en forma específica.

El Instituto Nacional de Cancerología, organismo descentralizado de tercer nivel, dependiente de la Secretaría de Salud, desarrollo una de las labores más importantes en el tratamiento de pacientes oncológicos en México.

Fue creado el 25 de noviembre de 1946 y ha proporcionado desde su apertura servicios clínicos caracterizados por eficiencia y calidez.

El Instituto ha proporcionado atención psiquiátrica y psicológica a los pacientes y sus familiares a lo largo de su historia.

Ha incorporado programas de cuidado paliativo y manejo de dolor particularmente relevante resultó la política de salud de manejo del dolor mediante el uso de narcóticos, firmada en 1990.⁹

El énfasis actual de la Psiquiatría de Enlace en los principales centros hospitalarios institucionales y privados ha permitido el contexto adecuado para impulsar el abordaje de los aspectos psicosociales que constituye el foco de interés de la psico-oncología, disciplina relativamente nueva en nuestro país, cuyo reto implica un enorme compromiso para con los pacientes afectados por el cáncer, su familia y el propio equipo médico.

ANTECEDENTES.

Aun cuando la mayoría de las personas a quienes se les diagnostica cáncer logran superar tal situación y adaptarse, un porcentaje significativo no lo consigue y presenta diversas entidades clínicas psiquiátricas, mismas que difieren considerablemente de aquellas que ocurren en pacientes físicamente sanos, e incluso de quienes cursan con padecimientos diferentes al cáncer.

Lo anterior es especialmente importante porque además del sufrimiento que conlleva padecer ansiedad, depresión o estrés postraumático, existe el riesgo de que la respuesta de temor, preocupación y tristeza ante la presencia de una neoplasia, llegue a obstaculizar o retrasar el tratamiento oncológico.

En consecuencia, tales "síntomas" deben ser evaluados y si son clínicamente significativos, deben ser tratados.

Desde una perspectiva global, un estudio de prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer ha informado que hay una respuesta normal en 53% de los enfermos a la presencia de cáncer, en tanto que el restante 47% presentaba niveles clínicos de malestar "distrés", término que define la presencia de un sentimiento de inquietud y aprehensión cuya intensidad por lo general se ubica por debajo de lo que se conoce como ansiedad clínica. Dicho malestar se considera como una respuesta normal, sin embargo los pacientes que lo presentan son de algún modo más vulnerables y propensos a presentar otros síntomas psiquiátricos o psicológicos.

Así de 47% de pacientes con malestar, 32% presentaron un trastorno de adaptación con depresión ansiosa (DSM-III-R); 6% tuvieron depresión mayor; 4% trastorno mental orgánico; 3% trastorno de personalidad y/o abuso de alcohol; y 2% trastorno de ansiedad.¹⁰ Estos datos que representan una visión general de la psicopatología relacionada con cáncer ha sido confirmada por otros autores.¹¹

Trastorno de ansiedad.

En el paciente oncológico existe:

Ansiedad situacional o funcional, que ocurre: al tiempo del diagnóstico, con anticipación a un procedimiento o a un nuevo tratamiento.

b) Ansiedad relacionada con la enfermedad es más frecuentemente vista como un acompañante de dolor probablemente controlado; usualmente desaparece cuando el dolor es controlado adecuadamente.

La ansiedad también ocurre debido a estados metabólicos anormales como: hipoxia, émbolos pulmonares, sepsis, delirium, sangrado, arritmia cardíaca e hipoglicemia. Hay tumores secretores de hormonas que pueden producir ansiedad como el feocromocitoma, el adenoma o carcinoma tiroideo, el adenoma paratiroideo, los tumores productores de ACTH y el insulinoma.

c) Ansiedad resultante del tratamiento, que comúnmente está relacionada con procedimientos atemorizantes o dolorosos. Aproximadamente 20% de los pacientes tiene problemas para la tolerar los procedimientos de imagenología como la resonancia magnética o la tomografía computada, debido al espacio cerrado y pequeño en que se efectúan. Aproximadamente el 5% de los pacientes es incapaz de pasar por ello.

Varios fármacos frecuentemente usados en el tratamiento del cáncer producen también síntomas de ansiedad como los corticosteroides, los antipsicóticos usados como antieméticos, los broncodilatadores, las tiroxinas y los estimulantes. Síntomas como cansancio inexplicable, ansiedad y agitación, se desarrollan frecuentemente en pacientes que reciben grandes dosis de metoclopramida o de antipsicóticos para el control de la náusea y vómito durante la quimioterapia. Puede presentarse sintomatología extrapiramidal, en especial acatisia y distonía. Los estados de supresión de alcohol, narcóticos, analgésicos e hipnóticos-sedantes deben ser tenidos en mente como productores de ansiedad.

d) La ansiedad derivada de los efectos de un trastorno de ansiedad preexistente. Pacientes en quienes preexisten fobias, ataques de pánico, ansiedad generalizada o trastornos por estrés postraumático, tienen el riesgo de que se exacerben sus síntomas durante el tratamiento del cáncer.

Trastorno por estrés postraumático y cáncer.

Tras observar la presencia de diversos niveles de malestar y síntomas evitativos, intrusivos e hiperexcitación autonómica¹³, así como ansiedad anticipatoria en respuesta a quimioterapia¹⁴, se ha terminado por reconocer al cáncer como un estresor capaz de provocar trastorno por estrés postraumático (TEPT). Esto ha estado sujeto a controversia.

La prevalencia global de TEPT en pacientes oncológicos es de 1.4%, lo cual es mayor que en la población general, en la que es de 1%¹⁶. En el subgrupo de cáncer de mama se han encontrado cifras de 3.7%¹⁷, 5.5%¹⁸ y 12.5%¹⁹.

Un grupo de sobrevivientes adultos presentó 10.9%²⁰, en tanto que sobrevivientes pediátricos presentaron 21% a 25%²¹ de prevalencia de TEPT. La cifra más alta de prevalencia TEPT ha

sido reportada en madres de niños con leucemia y es de 39%, y de hasta 54% en otros sobrevivientes²².

Las características clínicas coinciden básicamente con lo descrito para los cuadros comunes de TEPT, sin embargo esto sucede en el contexto del cáncer y está vinculado a procedimientos terapéuticos como la quimioterapia, radioterapia y procedimientos quirúrgicos mutilantes o extensos que requieren de hospitalizaciones prolongadas.

Trastornos depresivos.

Mientras que es esperado y normal que un paciente se sienta triste al saber su diagnóstico de cáncer o escuchar noticias de otra crisis relacionada con la enfermedad, algunos individuos experimentan un malestar demasiado grande, a un nivel que es anormal y constituye un trastorno depresivo diagnosticable. Aproximadamente la mitad de los pacientes que sufren cáncer presentan trastornos mentales. La mayoría de ellos, 68% presenta un trastorno adaptativo, 13% presenta un trastorno depresivo mayor, y el 8% delirium.²³

Es importante tener en mente que la depresión responde a tratamiento y no debe dejar de ser tratada debido a que puede “explicarse” por la realidad presente del diagnóstico de cáncer.

La depresión es difícil de diagnosticar en pacientes con cáncer, debido a que la enfermedad neoplásica produce por sí misma fatiga, debilidad, pérdida de la libido, pérdida de interés o concentración y de motivación.

La mayoría de los trastornos depresivos son reactivos a la enfermedad, se consideran trastornos de adaptación, están presentes en aproximadamente 25% de los pacientes oncológicos en la clínica; el porcentaje es mayor en pacientes hospitalizados. Los síntomas depresivos incluyen: humor disfórico, insomnio, cansancio, enlentecimiento psicomotriz y sensación de desesperanza e ideación suicida, en tanto que otros son raros como los síntomas depresivos psicóticos, las ideas delirantes o de culpa. La historia familiar de depresión y trastorno bipolar, trastornos psiquiátricos personales previos o abuso de sustancias deben ser explorados. También se debe explorar el estado mental, los signos y los síntomas de humor, desesperanza, sensación de ser una carga e ideación suicida. El insomnio, la anorexia, la fatiga, la agitación y

el retardo psicomotriz, pueden relacionarse con la enfermedad y deben ser interpretados a la luz de tal hecho. Son síntomas que también deben ser monitorizados para efectos del tratamiento.

Algunos individuos son más propensos a desarrollar depresión durante el cáncer. Una historia de depresión o intentos suicidas, abuso de sustancias, pobre apoyo social o duelo reciente es importante. En términos de la enfermedad, mayores niveles de debilitamiento, enfermedad avanzada y presencia de otra enfermedad avanzada y presencia de otra enfermedad crónica o incapacitante preceden a la depresión. Algunos medicamentos pueden favorecer los síntomas depresivos: esteroides, algunos agentes quimioterapéuticos como el interféron, la vincristina, y medicamentos dados por otras razones. La depresión aparece como parte del cuadro metabólico de falla de órganos y con algunas complicaciones nutricionales, endocrinas y neurológicas del cáncer. La depresión es un síntoma común del cáncer de páncreas lo cual ha originado la especulación de que sea un tumor que induce a cambios afectivos

Suicidio y cáncer.

Existen varios enigmas en la vida humana; el suicidio es uno de ellos. Nadie conoce realmente por qué un ser humano se quita la vida; a menudo, la persona que se suicida conoce poco sus propios motivos para la autodestrucción. Todos los casos de autodestrucción implican la presión de una angustia sentida como insoportable²⁴.

La incidencia de suicidio es mayor en pacientes con cáncer en comparación con la población general (la tasa de suicidio en México para 1990 fue de 1.6 por 100.000 habitantes)²⁵ pero no es tan alta como frecuentemente se asume. Sin embargo, es posible que el suicidio por sobre dosis en casa durante la fase terminal del cáncer sea poco diagnosticada y poco informada. En general resulta más probable que el suicidio ocurra en estados avanzados de la enfermedad, cuando la depresión, la desesperanza y la presencia de síntomas pobremente controlados, especialmente el dolor aumentan.

Dentro de los factores de riesgo que preceden la actuación de pensamientos suicidas se encuentran: factores personales como historia previa de suicidio, individual o familiar, un trastorno psiquiátrico previo, el abuso previo de alcohol o drogas ilícitas, depresión y

desesperanza, pérdida reciente/duelo; y factores médicos, dolor, delirium, avance de la enfermedad, debilitamiento extremo, fatiga. Como se puede apreciar, son similares a los factores que predicen depresión y deben ser considerados cuando se evalúe un paciente por riesgo suicida y cuando se busque establecer el apoyo disponible. La evaluación del paciente con ideación suicida debe explorar la naturaleza de los pensamientos suicidas pasivos o activos), la historia pasada y los

problemas psiquiátricos, pérdidas recientes y duelo, historia previa de adaptación o intentos suicidas, historia familiar de depresión o suicidio, síntomas presentes que el paciente considera pobremente controlados así como lo que el paciente comprende acerca de su enfermedad y pronóstico.

No es posible considerar pensamientos y actos suicidas sin tomar en cuenta el estadio de la enfermedad y el pronóstico. Los aspectos del manejo varían enormemente en función de dichos factores.

Para considerar suicidio en el contexto de cáncer, es útil enfocarlo desde cuatro perspectivas: a) pensamientos suicidas en pacientes en todos los estadios de la enfermedad; b) pensamientos suicidas en pacientes en quienes hay remisión y un buen pronóstico; c) pensamientos suicidas en pacientes con pobre pronóstico y pobre control de síntomas; y d) pacientes en estados terminales.

Los pensamientos suicidas pueden ser como una herramienta de afrontamiento que ayuda a mantener el control, sin embargo deben ser cuidadosamente evaluados sin culpar al paciente o hacerle sentir que actúa débilmente o con apatía. En realidad, para la mayoría de los pacientes nunca llegan el tiempo de tomar esas pastillas extras, y la vida llega a ser más apreciada conforme la muerte se aproxima.

Los médicos de Estados Unidos están llamando a debate público acerca del derecho de los pacientes que se encuentran mentalmente competentes para requerir eutanasia a un médico a través de una inyección letal. El controversial debate acerca de la eutanasia debe sopesar los derechos de los individuos a demandar eutanasia efectuada por un médico, tomando en cuenta

que el reconocimiento y control de los síntomas depresivos para muchos pacientes terminales es lamentablemente inadecuado.

La identificación y tratamiento de la depresión y la desesperanza, pueden llevar al paciente a una solicitud de eutanasia, que probablemente no se presentaría si el paciente tiene un tratamiento efectivo para los síntomas ansioso depresivos.

Delirium.

En pacientes con cáncer, especialmente aquellos en estadios avanzados de la enfermedad es prudente considerar un cambio súbito de humor o de conducta posiblemente relacionado con cambios en el estado neurológico, vascular o metabólico, Esta situación debe ser detectada y adecuadamente evaluada por un equipo que incluya psiquiatría de enlace y neurología clínica.

La incidencia de delirium cuya definición más descriptiva es la de un estado confusional agudo con falta de atención, agitación motora y confusión en las tres esferas mentales, es alta en pacientes con enfermedad terminal, pues afecta hasta el 75% de quienes se encuentran hospitalizados. Su ocurrencia puede darse justo durante el período previo a la muerte. Su incidencia en los pacientes médico-quirúrgicos es entre 10 a 15%²⁶.

Las causas comunes de delirium en cáncer son : encefalopatía metabólica debida a falla de un órgano vital (hígado, riñón, pulmón, tiroides), desequilibrio electrolítico (sodio, potasio, glucosa), tratamiento de efectos colaterales (narcóticos, anticolinérgicos, agentes quimioterápicos, esteroides, radioterapia), infección (septicemia), anormalidades hematológicas (anemia, coagulopatías), nutricional (malnutrición general, deficiencia vitamínica) y síndromes para neoplásicos (tumores productores de hormonas).

Se ha expuesto algunas de las principales entidades clínicas psiquiátricas comórbidas en pacientes con cáncer, por lo que es importante nunca perder de vista su existencia a fin de detectarlas efectivamente y oportunamente para establecer la intervención terapéutica más apropiada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Objetivo General.

Conocer el número de pacientes con diagnóstico de cáncer, que son referidos al servicio de psicooncología del Instituto Nacional de Pediatría (INP) y del Hospital Infantil de México (HIM).

Objetivos Especificos.

Determinar la presencia de psicopatología de una muestra de pacientes que asisten al servicio de consulta externa, de quimioterapia y de hospitalización del INP y del HIM durante los meses de octubre a diciembre del año 2000.

Evaluar la demanda y utilización del servicio de psiquiatría por parte de los pacientes con diagnóstico oncológico. Partiendo de la ideas de que dicha demanda es menor a la de los requerimientos.

HIPOTESIS.

Los pacientes en edad pediátrica con diagnóstico oncológico no son canalizados oportunamente a los servicios de psico-oncología.

Los pacientes que son enviados al servicio de psiquiatría tiene mayor número de antecedentes familiares oncológicos.

Los pacientes oncológicos con mayor números de procedimientos diagnósticos son más referidos por el servicio de consulta externa al servicio de psiquiatría.

La escolaridad de los familiares de los pacientes con diagnóstico de cáncer no enviados a psiquiatría es menor a nivel básico.

MATERIAL Y MÉTODO.

Procedimiento.

Se captaron 50 pacientes del servicio de Oncología del Hospital Infantil de México, Federico Gómez y del Instituto Nacional de Pediatría.

De los servicios de consulta externa, de quimioterapia, y hospitalización.

A los padres y pacientes se les pidió contestaran la subescala autoaplicable de Conners y un cuestionario para explorar los antecedentes familiares oncológicos, la edad de inicio del padecimiento oncológico, los datos demográficos el número de procedimientos diagnósticos a los cuales habían sido sometidos y si habían sido o no enviados y manejados por el servicio de psico/oncología.

Previa entrevista con los pacientes y familiares a quienes se les explicó la finalidad del estudio, mismos que dieron la autorización para la aplicación de los cuestionarios, los cuales se aplicaron en la sala de espera de la consulta externa, en el servicio de quimioterapia y dentro del servicio de hospitalización, dando previamente las instrucciones necesarias. Los cuestionarios fueron entregados al paciente (versión para pacientes) y a los padres (versión para padres), siendo contestados en ese mismo momento.

En ambos casos se cuidó esmeradamente que los pacientes y los padres no dejaran sin contestar todas las partes de los cuestionarios.

Las respuestas se captaron en un archivo diseñado en Fox- base y se analizaron con Stata.30

Las variables de las escalas fueron analizadas según los criterios de los autores correspondientes, Conners-Wells y Villatoro.

Se calificó como familia completa aquella donde se encontraba ambos padres viviendo juntos y familia incompleta donde faltara alguno de los padres.

Diseño y tipo de estudio.

Descriptivo.

Transversal.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Instrumentos de evaluación.

Se utilizaron las subescalas del cuestionario de Conner para la evaluación de psicopatología en niños y la versión larga para padres.

Por lo frecuente de los síntomas de psicopatología en niños se requiere de instrumentos para la detección y evaluación de la misma; este cuestionario se seleccionó porque es de los empleados

con más frecuencia y porque incluye un espectro amplio de síntomas de psicopatología (trastornos de la conducta, antisocial, ansioso-depresivo, problemas escolares, síntomas psicósomáticos, obsesivo-compulsivo, inmadurez, tensión muscular y problemas del lenguaje), que se presentan en los niños²⁸. Los 80 reactivos se califican en una escala de cuatro categorías: nunca (0), ocasionalmente (1), frecuentemente (2) y siempre (4); consta de 10 subescalas similar a la traducción de la escala de Conners realizada por Villegas O.²⁹

A. Problemas familiares, donde el puntaje va de 0 a 33 para niños de 12 a 14 años y de 0 a 36 para niños de 15 a 17 años, teniendo un punto de corte de 12 y 15 respectivamente. Individuos con puntaje elevado podrían percibir a sus padres y a otros familiares como poco afectuosos y muy críticos. Igualmente pueden sentirse emocionalmente distantes o separados de la familia.

B. Problemas emocionales, el puntaje va de 0 a 31 para niños entre 12 a 14 años y de 0 a 34 para edades entre 15 a 17, teniendo un punto de corte de 12 y 13 respectivamente. Los puntaje altos indican una tendencia a tener muy baja autoestima y la confianza en sí mismo, se sienten solos y alienados, y en general tiene más preocupaciones que la mayoría de los adolescentes de su edad.

C. Problemas de la Conducta. El puntaje de calificación va de 0 a 29 para niños de 12 a 14 años y de 0 a 34 para las edades de entre 15 a 17 años, teniendo un punto de corte de 10 y 13 respectivamente. Los adolescentes que obtiene puntajes altos en esta sub-escala tiene tendencia a romper con las reglas, tiene problemas respetando a las autoridades, y son más propensos a participar en actividades antisociales que los individuos de su misma edad. Muchos de los items de esta escala se refieren a problemas serios de conducta (ej: destrucción de propiedad, abuso de drogas).

D. Problemas de Nivel Cognitivo/Distracción. El puntaje de calificación va de 0 a 36 para ambos grupos de edades, con un punto de corte de 15 para el grupo de 12 a 14 años y de 16 para en de 15 a 17 años. Los puntajes altos indican una tendencia a aprender más lentamente que los adolescentes de su misma edad, tiene problemas para organizarse y completar tareas y tiene particularmente dificultades para concentrarse en trabajos que requieren un esfuerzo mental.

E. Problemas para controlar el Enojo. El puntaje de calificación para ambos grupos es de 0 a 24, con un punto de corte de 13 y 14 respectivamente. Individuos con puntaje elevado son más inestables emocionalmente que los adolescentes de su misma edad, se fastidian y enojan fácilmente con la gente que les rodea.

F. Hiperactividad. Este apartado se califica con los puntajes de 0 a 24 para ambos grupos y el punto de corte es de 14 para los dos grupos de edad. Los puntajes altos indican problemas para sentarse quietos o realizar la misma tarea por un período prolongado de tiempo; son más inquietos que los adolescentes de su misma edad, está siempre haciendo algo.

G. Índice de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Los puntos de calificación van de 0 a 33 para el grupo de 12 a 14 años de edad y de 0 a 34 para el grupo de 15 a 17 años, con un punto de corte de 14 y 15 respectivamente. Este índice identifica a los niños y adolescentes que “corren el riesgo” de ser diagnosticados con TDAH.

La frecuencia de psicopatología en los niños fluctúa de 2 a 16%²¹. Aunque se ha demostrado que algunas intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas son eficaces, muchos niños no son detectados como portadores de psicopatología por lo que permanecen sin tratamiento, con las consiguientes complicaciones como el deterioro en su funcionamiento escolar, familiar y social.

Aunque hay varios instrumentos para la detección y evaluación de la psicopatología en escolares, se seleccionó uno de los cuestionarios desarrollados por Connors porque se emplea con frecuencia y cubre un amplio espectro de síntomas de psicopatología.

Las escalas de evaluación de Connors son un conjunto de instrumentos para la detección de psicopatología en los niños. Hay versiones para padres y maestros; formas largas y cortas, y recientemente también se han desarrollado formas autoaplicables para adolescentes. Se han empleado en cientos de estudios, en más de un docena de países con varias decenas de miles de niños. En algunas ocasiones, estas escalas han sido modificadas por los investigadores; un problema es que no se diferencia entre las versiones cortas y largas o los investigadores individualmente han escogido desarrollar sus propias subescalas aunque las presentan como si

fueran las originales propuestas por el autor. De acuerdo a Conners, probablemente este cuestionario sea el instrumento empleado para la evaluación de psicopatología en niños con más inconsistencias. A pesar de esto, los resultados con las escalas de evaluación de Conners son tan sólidos que las variaciones menores en la metodología de estudio a estudio no afectan las conclusiones generales en la relación a las escalas.²⁹

La confiabilidad y la validez de las diferentes formas ya han sido determinadas.

La confiabilidad prueba-reprueba va de 0.40 para la subescala psicossomática a 0.70 para la hiperactividad-impulsividad. En cuanto a la confiabilidad interobservador, Conners encontró que las correlaciones entre padre-madre fueron de 0.85 en promedio. La consistencia interna de las subescalas no ha sido reportada.

La validez de un instrumento descansa en el peso de la evidencia acumulada a partir de un número de estudios de ésta empleando diferentes metodologías. La aplicación del instrumento a distintos grupos debe producir resultados similares a debe explicar las diferencias. Habiendo sido utilizados en cientos de estudios clínicos y experimentales la validez de las escalas de evaluación de Conners ha sido establecida con diferentes metodologías. Este instrumento discriminó adecuadamente a grupos de escolares con trastorno por déficit de atención, trastorno del aprendizaje y un grupo control. La validez de constructo se ha evaluado mediante la correlación de las subescalas del instrumento con las subescalas de la lista de problemas de conducta de Quay y Peterson, los resultados indicaron que las subescalas conceptualmente relacionadas se correlacionaban de manera estadísticamente significativa.

Una forma importante de la validez de constructo es el patrón factorial del instrumento. Si el patrón del análisis factorial es consistente, reproducible e interpretable, es posible concluir que hay una validez subyacente para los constructos medidos por la escala.

La versión original de 93 reactivos de la escala para padres se desarrolló con una muestra de 683 niños entre 6 y 14 años de edad. Mediante diferentes procedimientos de análisis factorial, incluyendo el análisis de componente principal con rotación ortogonal varimax y un análisis de factor principal con rotación oblicua, se obtuvieron los siguientes factores o subescalas:

a) trastorno de la conducta, b) ansiedad-timidez, c) inquietud-desorganización, d) trastorno del aprendizaje, e) síntomas psicósomáticos, f) obsesivo-compulsivo, g) antisocial, h) hiperactividad-inmadurez.

la experiencia en nuestro país con instrumentos de detección y evaluación de psicopatología infantil es limitada.

Se utilizó el instrumento SPSS versión 6.1.2, para análisis estadístico en investigación social
Análisis estadístico.

Análisis cuantitativo: se empleó la estadística descriptiva con la elaboración de tablas de frecuencia simple y posteriormente se aplicó una correlación entre las variables de tiempo de evolución y de inicio del tratamiento.

Sujetos.

La muestra se formó con 50 pacientes con cualquier tipo de cáncer, diagnosticado por médico especialista en oncología, con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

Pacientes del Instituto Nacional de Pediatría y del Hospital Infantil de México, Federico Gómez de los servicios de consulta externa, de quimioterapia y de hospitalización, entre las edades de 6 a 18 años con cualquier diagnóstico oncológico y que supieran leer y escribir.

Criterios de exclusión.

Se excluyeron paciente analfabetas y con alteración neurológica que les impidieran contestar el cuestionario y pacientes cuyos padres fueran analfabetas.

Resultados :

1. datos demográficos.

En este estudio se incluyeron un total de 50 pacientes. Se dividieron en dos grupos, los atendidos por el servicio de psico/oncología hombres 19 (63.3%) y mujeres 11 (36.7%) y los no atendidos hombres 14 (70%) y mujeres 6 (30%), dichos datos se muestran en la tabla 1.

Sexo

N=50

	Pacientes No Atendidos		Pacientes Atendidos	
	N	%	N	%
Hombres	19	63.3	14	70
Mujeres	11	36.7	6	30

Medias de Edad y Escolaridad

N=50

	Pacientes No Atendidos		Pacientes Atendidos		p
	x	Dvs	X	dvs	
Edad	11.8	3.1	13.1	3.0	.15
Escolaridad	5.6	2.8	6.6	2.3	.22

Tabla 2 Se muestran la media de edad 11.8 (dsv3.1) una media escolar de 5.6 (dvs 2.8) y una p=.15 para los pacientes no atendidos por el servicio de psico/oncología y una media de edad de 13.1 (dsv 3.0) una media escolar de 6.6. (dsv 2.3) y una p=.22 para los no atendidos

Frecuencia de Diagnósticos

N=50

	Pacientes No Atendidos		Pacientes Atendidos	
	N	%	N	%
LLA	19	6.3	14	70
Purpura Vascular	2	6.7	-	-
Tumor mixto de Ovario	1	3.3	-	-
Rabdomiosarcoma	1	3.3	1	5.0
Síndrome Anémico	1	3.3	-	-
Pancitopenia en estudio	1	3.3	-	-
Osteomielitis	1	3.3	-	-
Tumor en estudio	1	3.3	-	-
Linfoma Hodking	1	3.3	2	10
Meduloblastoma	-	-	1	5.0
Crancofaringeoma	-	-	1	5.0
Tumor de Wilms	1	3.3	-	-

Tabla 3. Nos muestra los diagnósticos que con más frecuencia se encontraron durante este estudio, llamando la atención principalmente la Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) con 19 pacientes (63%) de los no atendidos por el servicio de psico/oncología y 14 pacientes (70%) de los si atendidos, seguido por la púrpura vascular 2 casos (6.7%) en los pacientes no atendidos por psico/oncología y el resto de los diagnósticos con un porcentaje similar a excepción del linfoma Hodking en los pacientes atendidos por psico/oncología 2 casos (10%).

Por Tratamiento Actual

N=50

	Pacientes No Atendidos		Pacientes Atendidos	
	N	%	N	%
Quimioterapia	18	60	15	75
Vigilancia	7	13.3	3	15
Antibioterapia	1	3.3	1	5
Quimio y radioterapia	1	3.3	1	5
En estudio	3	10	-	-

Tabla 4. Muestra el número de pacientes atendidos por el servicio de psico/oncología por tratamiento actual, siendo la quimioterapia con el mayor número de pacientes 18 (60%) en los no atendidos y 15 (75%) en los si atendidos, seguido por vigilancia 7 (13.3%) y 3 (15%) respectivamente, antibioterapia, quimioterapia y radioterapia con cifras iguales y unicamente 3 (10%) pacientes no atendidos por psico/oncología fueron reportados en estudio.

Edad y Escolaridad del Familiar

	Pacientes No Atendidos		Pacientes Atendidos		p
	x	Dvs	x	dvs	
Edad	37.5	6.2	40.9	9.0	.12
Escolaridad	6.9	3.5	6.9	2.7	.94

Tabla 5. Muestra la edad y escolaridad del familiar del paciente, observándose una media de edad de 37.5 (dvs 6.2) una media de escolaridad de 6.9 (dvs 3.5) y una $p=.12$ para los no atendidos por psico/oncología y una media de edad de 40.9 (dvs 9.0) media de escolaridad de 6.9 (dvs 2.7) y una $p=.94$ para los familiares de los pacientes si atendidos por el servicio de psico/oncología.

Con o sin Antecedentes Familiares de Cáncer

N=50

	Pacientes No Atendidos		Pacientes Atendidos		p
	N	%	N	%	
Sí	10	33	10	50	.24
No	20	67	10	50	

Tabla 6. Muestra el número y porcentaje de pacientes con antecedentes familiares de cáncer. Encontrando positivo en 10 (33%) y 20 (67%) de los pacientes no atendidos por el servicio de psico/oncología y en el grupo de paciente que recibían manejo psiquiátrico se observó que 10 (50%) pacientes si presentaban antecedentes familiares positivos para cáncer y el mismo

número y porcentaje no refirió antecedentes neoplásicos. El total muestra una $p=0.24$ lo cual no es estadísticamente significativo.

Tipo de Familia

N=50

	Pacientes No Atendidos		Pacientes Atendidos		p
	N	%	N	%	
Completa	24	80	18	90	.59
Incompleta	6	20	2	10	

Tabla 7. Representa en números y porcentajes la presencia de ambos padres (familia completa) y la ausencia de uno de ellos (familia incompleta), siendo de 24 (80%) para los no atendidos por el servicio de psico/oncología y 18 (90%) para quienes si recibían atención psiquiatra respectivamente. El reporte para familia incompleta de los pacientes que no recibían atención Psiquiatra fue de 6 (20%) y de 2 (10%) para los que si recibían dicha atención, observandose una $p=0.59$

Procedimientos Diagnósticos

N=50

	Pacientes No Atendidos		Pacientes Atendidos	
	N	%	N	%
0 a 3	7	23	11	55
4 a 6	6	20	4	15
7 a más	17	57	6	30

Tendencia 0.08

Tabla 8. Muestra el número de pacientes que fueron sometidos a procedimientos diagnósticos no atendidos por el servicio de psiquiatría observándose 7 pacientes (23%) con de 0 a 3 procedimientos, 6 (20%) con de 4 a 6 procedimientos y 17 (57%) con más de 7 procedimientos diagnósticos. Dentro de los pacientes atendidos por el servicio de psico/oncología 11 (55%) habían sido sometidos a de 0 a 3 procedimientos diagnósticos 4 (15%) a de 4 a 6 procedimientos y 6 (30%) a más de 7 procedimientos, observándose una tendencia de 0.08.

**Pacientes que consideran adecuado el envío
al servicio de psico-oncología**

N=50

	Pacientes No Atendidos		Pacientes Atendidos	
	N	%	N	%
Sí	30	100	18	90
No	0	0	2	10

Tabla 9. Muestra aquellos pacientes que consideran adecuado el envío al servicio de psico/oncología, aun cuando estos no estuvieran siendo atendidos por dicho servicio. El 100%, 30 pacientes de los no atendidos por este servicio si consideraban adecuado fueran enviados y de los pacientes atendidos por psiquiatría 18 (90%) lo consideraron adecuado y solo 2 pacientes (10%) a pesar de estar bajo tratamiento psiquiatrico no lo consideraron adecuado su envío al servicio de psico/oncología.

**Pacientes referidos
a Psico-Oncología por servicio**

N=20

	Pacientes Atendidos	
	N	%
Quimioterapia	16	53.3
Consulta Externa	13	43.3
Hospitalización	1	3.3

Tabla 10. Muestra en número y porcentaje los pacientes que fueron referidos al servicio de psico/oncología por los diferentes servicios de los hospitales INP y HIM, observándose que el servicio de quimioterapia envió 16 (53.3%) pacientes, la consulta externa 13 (43.3%) y el servicio de hospitalización 1 paciente (3.3%).

Resultados de la Escala de Conners en los Pacientes

N=50

Subescala	Pacientes No Atendidos		Pacientes Atendidos		p
	X	Dvs	x	Dvs	
Problemas Familiares	16.8	5.8	15.6	3.5	0.4
Problemas emocionales	13.1	4.6	16.1	5.9	0.05
Problemas de la conducta	6.4	5.0	4.7	2.9	0.19
Nivel cognitivo/distracción	11.9	6.7	12.9	5.3	0.58
Control de enojo	10.9	4.9	8.3	4.6	0.4
Hiperactividad	14.8	5.0	10.2	3.8	0.001
TDAH	9.03	5.6	16.5	5.7	0.001

Tabla 11. Muestra los resultados de la aplicación de la escala de Conners a los 50 pacientes de este estudio, se encontró que los pacientes que no fueron atendidos por médico psiquiatra n=30 tuvieron en la sub-escala de problemas familiares una media de 16.8 dvs 5.8; en cuanto a la subescala de problemas emocionales se encontró que tuvieron una media de 13.1 dvs 4.6 ; así mismo en la subescala de problemas de la conducta se reporta una media de 6.4 dvs 5.0; en la subescala de problemas de nivel cognitivo/distracción se reporto una media de 11.9 dvs 6.7; la subescala de problemas para controlar el enojo tuvo una media de 10.9 dvs 5; la subescala de hiperactividad se obtuvo una media de 14.8 dvs 5.6; y por ultimo dentro de la subescala de índice de TDAH se obtuvo una media de 9.03 dvs 5.6; como se puede observar ninguna de las subescalas tuvo diferencias significativas ya que como se a descrito anteriormente el punto de corte de las subescalas de Conners es de 16 y ninguna de las medias es superior a dicho número. En cuanto a los pacientes que si asistieron al servicio de psicon/oncología n=20 dentro de la escala de Conners se encontró una media de 15.6 dvs 3.5 y una $p= 0.4$ en la subescala de problemas familiares; en cuanto a la subescala de problemas emocionales se encontró que tuvieron una media de 16.1 dvs 5.9 $p=0.05^*$; así mismo en la subescala de problemas de la conducta se reporta una media de 4.70 dvs 2.9 $p= 0.19$; en cuanto a la subescala de problemas de nivel cognitivo/distracción se reporto una media de 12.9 dvs 5.3 $p=0.58$; la subescala de problemas para controlar el enojo tubo una media de 8.30 dvs 4.6 $p=0.4$; la subescala de hiperactividad se obtuvo una media de 10.2 dvs 3.8 $p=0.001$; y por ultimo dentro de la subescala de índice de TDAH se obtuvo una media de 16.5 dvs 5.7 $p= 0.001$; como se puede observar se encontró diferencia significativa en la subescala de problemas emocionales, lo cual podría ser un reflejo del motivo por el cual fueron enviados al servicio de psico/oncología en la sub escala para controlar el enojo, hiperactividad y TDAH.

En cuanto a las variables de edad de inicio y la fecha de inicio del tratamiento se encontró una $p= .004$ lo cual nos indica que los pacientes son atendidos oportunamente. Además de haberse les aplicado la escala de Conners y las correspondientes variables demográficas y de antecedentes familiares oncológicos se les cuestiono sobre el beneficio o no de ser atendidos

por el servicio de psiquiatría, la cual arrojó un resultado muy favorable a dicho servicio, ya que 48 (96%) reportó que le había ayudado a enfrentar mejor su enfermedad y solo 2 (4%) no creía necesario este servicio, tabla 12.

La existencia de beneficios o no de ser Atendidos

por el servicio de Psico-Oncología

N=50

	Pacientes Atendidos	
	N	%
Sí	48	96
No	2	4

Conclusiones:

Desde el momento en que el paciente oncológico es diagnosticado, pensamos en el desarrollo de un proceso psicológico por lo que la intervención psicológica deberá darse a la par del diagnóstico.

Paradójicamente, el mantenimiento de la estabilidad requiere de capacidad de cambio desde que la tarea de desarrollo requiere una adaptación mayor. El cambio puede ser la única constante, desde que el curso del cáncer presenta continuas y cambiantes demandas.

DISCUSION.

De acuerdo a los resultados obtenidos. Podemos observar que en este estudio la proporción de pacientes enviados al servicio de psico/oncología fue de un 40 % de los cuales el 63.3% fueron hombres y 36.7% mujeres , estos datos están apoyados por la literatura revisada en la cual se menciona que al rededor de 15 a 40% de pacientes con cáncer desarrollan síntomas clínicos de ansiedad y/o depresión. Esta evidencia aunada a la demanda de los usuarios ha llevado a incrementar las intervenciones psicologicas en los servicios de oncología³⁰.

Las investigaciones sobre el uso de la consulta externa psiquiátrica en hospitales generales son considerablemente bajas, sin embargo en la literatura se menciona que las características demográficas de pacientes que reciben consultas psiquiátricas eran aproximadamente similares a los encontrados en este estudio, nivel escolar mayor al básico, población urbana y de bajos recursos económicos y un promedio de edad mayor a los 35 años de edad en los familiares de pacientes pediátricos y durante el estudio prevaleció la existencia de ambos padres.. También se menciona que los pacientes que reciben consultas psiquiátricas usaron más recursos del hospital que otros pacientes 32.

Existe reportes que asocian trastornos físicos y psiquiátricos en pacientes atendidos por enfermedades crónicas y el número de procedimientos diagnósticos realizados, lo cual se refleja en un autoreporte de incremento del dolor, alteraciones del estado de ánimo, síntomas somáticos; nosotros observamos que los pacientes que presentaron un mayor número de procedimientos diagnósticos no eran atendidos por el servicio de psico/oncología sin embargo, esto no indica que dichos pacientes no presentaran sintomatología similar a la referida en la literatura.

Las diferencias entre los pacientes no atendidos y atendidos por el servicios de psico/oncología en las sub escalas del cuestionario de Connors calificada por el adolescente, fueron las siguientes, se mencionan solo las que obtuvieron un valor de p significativo. Problemas familiares, hiperactividad y TDAH.

A la par de la literatura se observa en nuestra muestra de pacientes la existencia de problemas emocionales, así como la existencia de síntomas de hiperactividad y TDAH principalmente en la población no atendida por el servicio de psiquiatría, sin embargo llama la atención que en el índice de TDAH el puntaje mayor se encuentre en el grupo de pacientes atendidos por médico psiquiatra , las implicaciones sociales de tener un trastorno por déficit de atención con hiperactividad son graves, observándose un mayor porcentaje de deserción escolar, de comportamiento antisocial que incluye uso de sustancias ilícitas, pandillerismo y hasta criminalidad en la edad adulta, lo que conlleva a menor adaptación social, sin embargo en este

grupo de pacientes estudiados habría que correlacionar la sintomatología propia del procesos neoplásico y la existencia o no de una de las psicopatologías antes mencionadas.

Las enfermedades neoplásicas encontradas en este estudio fueron similares a las reportadas en la literatura

ANEXOS.

Escala del Reporte Personal de Conners-Wells (L)

C. Keith Conners, Ph.D. y Karen Wells, Ph. D.

Traducido por Orlando L. Villegas Ph.D.

NOMBRE: _____

Sexo: Masculino ___ Femenino ___ Edad: ___

Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Mes Día Año

Grado: ___ Fecha de Hoy: ___/___/___
Mes Día Año

Instrucciones: En las frases a continuación tacha la opción que para ti sea la más adecuada. Las opciones son: "nunca", "ocasionalmente", "frecuentemente" y "siempre". "Nunca" significa que lo que describe la frase nunca ocurre. "Siempre" significa que ocurre siempre. Las respuestas "ocasionalmente" y "frecuentemente" son para respuestas intermedias. Por favor completa todas las frases.

	nunca	ocasio nalmen te	Frecuente mente	siempre
1. La disciplina de mis padres es muy severa	0	1	2	3
2. Siento deseos de llorar	0	1	2	3
3. Cada vez que puedo y si me conviene yo cambio las reglas	0	1	2	3
4. Aprendo más lentamente de lo que me gustaría	0	1	2	3
5. Me aburro con facilidad	0	1	2	3
6. No me puedo quedar tranquilo(a) en mi asiento por mucho tiempo	0	1	2	3
7. Mis padres prestan atención solamente a mi mala conducta	0	1	2	3
8. Por descuido yo cometo errores o tengo problemas prestando atención a detalles	0	1	2	3
9. Los castigos en mi casa no son justos	0	1	2	3
10. Me siento desanimado(a)	0	1	2	3
11. Tengo problemas para mantener mi atención cuando juego o estoy trabajando	0	1	2	3
12. Me meto en problemas con la policia	0	1	2	3
13. Tengo problemas organizando mi trabajo escolar	0	1	2	3
14. Exploto con facilidad	0	1	2	3
15. Tengo demasiada energía como para sentarme por un tiempo prolongado	0	1	2	3
16. Mis padres nunca se dan cuenta o nunca recompensan mi buena conducta	0	1	2	3
17. Tengo problemas para escuchar lo que la gente me dice	0	1	2	3
18. Mis padres son demasiado estrictos	0	1	2	3
19. Me siento triste y decaído(a)	0	1	2	3
20. Tengo problemas para terminar mi trabajo escolar u otras tareas	0	1	2	3
21. Rompo las reglas	0	1	2	3
22. Olvido cosas que ya he aprendido	0	1	2	3
23. Tengo mal carácter	0	1	2	3
24. Soy intranquilo(a) e inquieto(a)	0	1	2	3
25. Mis padres esperan demasiado de mi	0	1	2	3
26. Tengo problemas organizando mis tareas y actividades	0	1	2	3
27. Mis padres me critican	0	1	2	3
28. Me preocupo demasiado por cosas insignificantes	0	1	2	3
29. Me gusta herir a algunas personas	0	1	2	3
30. Me cuesta mucho trabajo terminar mi tarea	0	1	2	3
31. Me descontrolo con facilidad, pierdo la paciencia	0	1	2	3
32. Me siento inquieto(a) por dentro, incluso cuando estoy sentado(a) tranquilo(a)	0	1	2	3
33. Los ruidos me hacen perder la concentración cuando estoy estudiando	0	1	2	3
34. Me disgustan el trabajo escolar y las tareas para la casa cuando hay mucho que pensar	0	1	2	3
35. Todos gritan en mi casa	0	1	2	3
36. Muchas cosas me asustan aunque no quiera admitirlo	0	1	2	3
37. Me siento impulsado(a) a hacer cosas muy malas	0	1	2	3

38. Me es difícil concentrarme en algo por varios minutos	0	1	2	3
39. Mi mal carácter me crea muchos problemas	0	1	2	3
40. Me tengo que levantar y caminar mientras hago mis tareas escolares	0	1	2	3
41. Me equivoco en mis decisiones	0	1	2	3
42. Pierdo cosas que son necesarias para mis tareas o actividades (ej: las tareas escolares, lápices, libros, o herramientas)	0	1	2	3
43. Las reglas en mi casa no son muy claras	0	1	2	3
44. En presencia de otros yo me comporto como si nada pasara, pero por dentro me siento inseguro(a)	0	1	2	3
45. Destruyo cosas que pertenecen a otros	0	1	2	3
46. Tengo problemas para mantener organizados mis pensamientos	0	1	2	3
47. Me molestan muchas cosas	0	1	2	3
48. Tengo problemas para quedarme sentado(a) durante la comida	0	1	2	3
49. Tengo problemas para jugar o entretenerme sin hacer mucho ruido	0	1	2	3
50. Me distraigo cuando ocurren cosas a mi alrededor	0	1	2	3
51. En mi familia hacemos muchas cosas divertidas	0	1	2	3
52. Me asusta estar solo(a)	0	1	2	3
53. Soy olvidadizo(a) con respecto a mis actividades cotidianas	0	1	2	3
54. Me gusta hacer cosas peligrosas	0	1	2	3
55. Pierdo la secuencia de las cosas que se supone tengo que hacer	0	1	2	3
56. La gente me fastidia y me enoja	0	1	2	3
57. Soy inquieto(a) (con mis manos o pies) o estoy intranquilo(a) en mi asiento	0	1	2	3
58. Prefiero estar moviéndome en vez de quedarme en un sitio	0	1	2	3
59. Estoy atrasado(a) en mis estudios	0	1	2	3
60. Dejo mi asiento cuando no se supone que deba hacerlo	0	1	2	3
61. Tengo una relación cercana con mi familia	0	1	2	3
62. Me pongo nervioso(a)	0	1	2	3
63. Soy incansable o demasiado activo(a)	0	1	2	3
64. Me escapo de la escuela (me salgo de la escuela sin permiso)	0	1	2	3
65. Tengo problemas para concentrarme en una cosa a la vez	0	1	2	3
66. Todavía hago "bermiches" y "pataletas"	0	1	2	3
67. Soy una persona solitaria	0	1	2	3
68. A veces siento como que estoy impulsado(a) por un motor	0	1	2	3
69. Me enoja y me fastidio con facilidad	0	1	2	3
70. Estoy haciendo algo siempre.	0	1	2	3
71. Mis padres se preocupan realmente por mí	0	1	2	3
72. Tengo esperanzas en el futuro	0	1	2	3
73. Agarro cosas que no me pertenecen	0	1	2	3
74. Soy muy desorganizado(a) haciendo tareas en mi casa	0	1	2	3
75. Hablo demasiado	0	1	2	3
76. Sufro de varios males y dolencias (dolores)	0	1	2	3
77. Tomo bebidas alcohólicas	0	1	2	3
78. Leo muy lentamente y haciendo un gran esfuerzo	0	1	2	3
79. Doy respuestas a preguntas que aún no se me han terminado de hacer	0	1	2	3
80. Uso drogas	0	1	2	3
81. Tengo problemas para leer y deletrear	0	1	2	3
82. Tengo problemas esperando en la fila o esperando mi turno	0	1	2	3
83. Tengo mala letra	0	1	2	3
84. Pierdo la secuencia cuando estoy leyendo algo	0	1	2	3
85. Con facilidad me meto en problemas por dejarme llevar por otros	0	1	2	3
86. Interrumpo a otros cuando están trabajando o jugando	0	1	2	3
87. Tengo pesadillas	0	1	2	3

31. Irritable	0	1	2	3
32. Incansable en el sentido de no quedarse quieto(a)	0	1	2	3
33. Le asusta estar solo(a)	0	1	2	3
34. Las cosas siempre tienen que ser hechas de la misma manera	0	1	2	3
35. Sus amigos(as) no lo(a) invitan a sus casas	0	1	2	3
36. Dolores de cabeza	0	1	2	3
37. Nunca termina las actividades que comienza	0	1	2	3
38. Desatento(a), se distrae con facilidad	0	1	2	3
39. Habla demasiado	0	1	2	3
40. Abiertamente desafiante y rehusa obedecer a los adultos	0	1	2	3
41. No presta atención a detalles o comete errores en su trabajo escolar, trabajo en general u otras actividades	0	1	2	3
42. Tiene dificultad para esperar su turno en juegos o actividades de grupo	0	1	2	3
43. Tiene muchos temores, miedos	0	1	2	3
44. Tiene rituales que tiene que seguir rigurosamente	0	1	2	3
45. Distraído(a) o con problemas para mantener la atención	0	1	2	3
46. Se queja de estar enfermo(a) incluso cuando no le pasa nada	0	1	2	3
47. "Berninches", "pataletas"	0	1	2	3
48. Se distrae cuando se le dan instrucciones para hacer algo	0	1	2	3
49. Interrumpe o se entromete con otros (en conversaciones o juegos)	0	1	2	3
50. Olvidadizo(a) con respecto a actividades cotidianas	0	1	2	3
51. Le es difícil entender Aritmética	0	1	2	3
52. Cometea entre bocados durante las comidas	0	1	2	3
53. Le asusta la oscuridad, los animales y los insectos	0	1	2	3
54. Se propone metas demasiado elevadas	0	1	2	3
55. Inquieto(a) con las manos o pies, o intranquilo(a) en su asiento	0	1	2	3
56. Poca capacidad para prestar atención	0	1	2	3
57. "Quisquilloso", susceptible, se fastidia fácilmente con otros	0	1	2	3
58. Su escritura es ilegible (desordenada)	0	1	2	3
59. Tiene dificultad para jugar o entretenerse sin hacer mucho ruido	0	1	2	3
60. Tímido(a), introvertido(a)	0	1	2	3
61. Culpa a otros por sus errores y mala conducta	0	1	2	3
62. Muy inquieto(a)	0	1	2	3
63. Desordenado(a) y desorganizado(a) en la casa y en la escuela.	0	1	2	3
64. Se fastidia si alguien reorganiza sus cosas	0	1	2	3
65. Se apega a sus padres u otros adultos	0	1	2	3
66. Perturba a otros niños(as)	0	1	2	3
67. Deliberadamente hace cosas para fastidiar a otros	0	1	2	3
68. Sus demandas tienen que ser atendidas inmediatamente, se frustra con facilidad	0	1	2	3
69. Presta atención solamente si algo le parece muy interesante	0	1	2	3
70. Rencoroso(a) y vengativo(a)	0	1	2	3
71. Pierde cosas necesarias para sus tareas o actividades (asignaciones escolares, lápices, libros, herramientas, juguetes)	0	1	2	3
72. Se siente inferior a otros(as)	0	1	2	3
73. A veces pareciera cansado(a) o lento(a)	0	1	2	3
74. Pobre capacidad para deletrear	0	1	2	3
75. Llora con frecuencia y con facilidad	0	1	2	3
76. Abandona su asiento en el salón de clase o en situaciones donde se espera que se mantenga en su sitio	0	1	2	3
77. Cambios rápidos y drásticos de humor	0	1	2	3
78. Se frustra fácilmente cuando se esfuerza	0	1	2	3
79. Se distrae con facilidad con estímulos externos	0	1	2	3
80. Da respuestas a preguntas que aún no se le han terminado de hacer	0	1	2	3

A continuación encontrará una lista de preguntas para el paciente, por lo que se pide las conteste por favor con letra clara y legible.

Edad. _____
Sexo. _____
Escolaridad _____
Antecedentes familiares de cancer _____
Edad de inicio del padecimiento oncológico _____
Actualmente es atendido por el servicio de psiquiatría _____.

Cuestionario de expectativas.

¿En relación a su padecimiento oncológico lo han enviado al servicio de psiquiatría?	SI	NO.
¿Sería necesario?.	SI	NO.
¿Tendría beneficios?.	SI	NO.
¿Cuales?		

BIBLIOGRAFIA.

1. Holland, Geary y col., 1989
2. Holland, 1992.
3. Holland y Rowland, 1989.
4. Fawzy y col., 1995.
5. Holland y Rowland, 1989.
6. Holland y Rowland, 1989.
7. Tapia et al., 1997.
8. Tapia et al., 1997
9. Allende y Carvell, 1996.
10. Derogatis et al., 1983.
11. Farber y col., 1884; stefanek y col., 1987.
12. Cella et al., 1986
13. Kornblith y col., 1990, 1992; Alter y col., 1996; Koocher y O'Maller, 1981.
14. Cella et al., 1986; Redd y col., 1993
15. DSM-III-R. APA, 1993; Davidson y Foa, 1991
16. Holland y col., 1995
17. Alter y col., 1993.
18. Córdoba, 1995
19. Stuber y col., 1994^a, 1994b, 1996.
20. Córdoba t col., 1995
21. Butier y col., 1996
22. Stuber y col., 1994^a, 1994b, 1996
23. Harold I. Kaplan. Sinopsis de Psiquiatría. 1996. 7ª edición. Edit. Panamericana. Pp.786

- 24 Ramón de la Fuente. La patología mental y su terapéutica. 1997 1de. Edit. Fondo de Cultura Económica. Pp 275-291.
25. Idem.
- Idem. Pp 248-249 T.II
27. Conner CK. Rating Scale in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Use in Assessment and Treatment Monitoring. J Clin Psychiatry, 59; suppl 7:24-30, 1998.
28. Lara-Muñuz MC. Consistencia y validez de la subescala del cuestionario de Conners para la evaluación de psicopatología en niños-versión larga para padres. Bol Med Hosp Infant Mex, 55;12:712-720, 1998.
29. Conners CK: Escala de Conners para padres- revisada (L), traducida por Villegas LO. Toronto: Multi Health System, Inc.; 1997.
30. Stata corporation. Stata 4.0 for Windows, Texas 1995.
31. Sherard T and Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: result of two meta-analyses. Br J of Cancer 87 (11): 1770-1780, 1999.
32. Wallen J y cols. Psychiatric Consultations in Short-term General Hospitals. Arch Gen Psychiatry- Vol 44, Feb 1987.