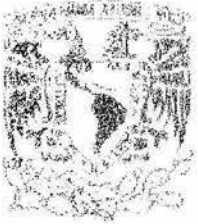


2005

112396



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN

**"CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON TRASTORNOS
PSIQUIÁTRICOS".**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

Que presenta la alumna:

DRA. MARÍA AURORA CONTRERAS GARZA



Vb. Bc.

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

Tutora teórica

Tutora metodológica

[Firmas manuscritas de las tutoras]

DRA. MA. DEL CARMEN LARA MUÑOZ

DRA. MA. DEL CARMEN LARA MUÑOZ

m347421

2005

CONTRERAS GARZA, MARIA AURORA



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



TÍTULO

“CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS”

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: María Aurora
Contreras Garza

FECHA: 30.09.05

FIRMA: _____



INTRODUCCIÓN

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición de el concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60's hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, la expresión "Calidad de Vida" aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50's y a comienzos de los 60's, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos.

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70's y comienzos de los 80's, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de Estados Unidos, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término.

Transcurridos veinte años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. Así, aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquellas que lo concibe como una entidad unitaria y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios; todavía en 1955, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas, la Calidad de Vida ha sido definida como: 1) la calidad de las condiciones de vida de una persona, 2) como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, 3) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último,

4) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

La evaluación del concepto presenta una situación parecida. Para Dennis, Williams, Giangreco y Clonninger (1993), los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: A) enfoque cuantitativos y B) enfoque cualitativos. El enfoque cuantitativo, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida, para ello, han estudiado diferentes indicadores: 1) *sociales* (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc); 2) *psicológicos* (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y 3) *ecológicos* (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente). El enfoque cualitativo, que adopta una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

A pesar de esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de Calidad de Vida y la metodología utilizada para su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de servicios en los últimos años.

En líneas generales, para Sharlock (1996), la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Quality Revolution" que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de calidad.

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y otras más específicas, como la población con trastornos psiquiátricos.

En los últimos diez años las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico. Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo:



Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientado no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente. Actualmente hay importantes trabajos realizados sobre intervenciones en personas con cáncer, sida, asma y esclerosis múltiples, diabetes, cardiopatías, entre muchas otras.

El concepto de calidad de vida emergió primero como un concepto en la psiquiatría hace dos décadas, nunca ha sido definido clara y consistentemente en las investigaciones de salud mental. Sin embargo, hay un consenso general que la calidad de vida es una experiencia subjetiva del paciente. El desarrollo del concepto de calidad de vida, reconoce aquellas dimensiones como la satisfacción con la vida, el bienestar general y la percepción de las condiciones de vida como un objetivo importante para la evaluación y tratamiento en medicina general y en psiquiatría en particular.



Es ampliamente aceptado que los indicadores objetivos de la calidad de vida como el trabajo, el funcionamiento social y las condiciones de vida, son un apoyo crucial para los criterios subjetivos de la medición del impacto de los trastornos psiquiátricos y su tratamiento (Mogotsi, 2000).

Desde la psiquiatría y la psicología se realizan evaluaciones de Calidad de Vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial en personas con esquizofrenia, depresión mayor o demencias. Ha tenido una importante atención la reflexión sobre los efectos de la desinstitutionalización tanto sobre los sujetos como sobre las familias a partir de la conocida reforma psiquiátrica. También se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la Calidad de Vida.

En el terreno de la Educación la investigación es aún escasa y existen muy pocos instrumentos para evaluar la percepción de niños y jóvenes sobre los efectos de la educación en su Calidad de Vida. No obstante, los cambios trascendentales acaecidos en la forma de entender la educación en todo el mundo, particularmente en lo que atañe a los alumnos con necesidades educativas especiales, han ido en una línea paralela a la seguida por aquellos que promueven la Calidad de Vida.



En este sentido, comienzan a desarrollarse estudios sobre los factores asociados a la efectividad de la escuela poniendo especial atención en aquellos que ejercen un efecto sobre el alumno, comienzan a tener cabida en el currículo nuevas áreas con un carácter menos académico que las tradicionales y más vinculado con la formación integral de la persona y la mejora de su calidad de vida, la tecnología de la rehabilitación pasa a formar parte del continuo de apoyos y servicios de que el sistema educativo dispone para hacer realidad la inclusión en el medio escolar de alumnos con discapacidad y, desde el servicio educativo se adopta un enfoque de mejora de calidad en el que la satisfacción del usuario, en este caso, el alumno, pasa a convertirse en un criterio de máxima relevancia.

A partir de la década de los 80's se adoptó también el concepto en el mundo del retraso mental y otras deficiencias relacionadas, dado que captaba una visión nueva y cambiante sobre las personas con discapacidad. En la medida que la satisfacción con la vida se consideró muy ligada a las posibilidades de tomar decisiones y elegir entre opciones diversas, se abrieron oportunidades a las personas con discapacidad para expresar sus gustos, deseos, metas y aspiraciones, y a tener mayor participación en las decisiones que les afectan. Por ello ha sido y es un concepto guía.

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad.



Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez. En la infancia y la adolescencia los estudios consideran, en función de la edad, cómo repercuten situaciones especiales (como una enfermedad crónica) en la satisfacción percibida con la vida. Se ha puesto el acento en la perspectiva de evaluación centrada en el propio niño, contrastando con la tendencia a efectuar la evaluación sólo a través de informantes adultos, como pueden ser los padres, maestros o cuidadores.

JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida es definida como un concepto multidimensional que incluye el funcionamiento social, emocional y físico de cada individuo.

Algunos estudios consideran que la calidad de vida en pacientes con trastornos psiquiátricos es mucho más pobre que aquellos con enfermedades físicas, sin embargo es sorprendente que haya mínima atención hacia éstos; abundan las investigaciones en adultos en general, o en niños con cualquier otro trastorno físico crónico: cáncer, asma, cardiopatías, dolor, diabetes.

Aunado a esto, existen pocos instrumentos que puedan evaluar la calidad de vida en niños, ya que la mayoría son aplicables en adultos, o se evalúa la calidad de vida en niños indirectamente porque son el resultado de la evaluación de los padres, maestros o cuidadores, en ocasiones sin tomar en cuenta la perspectiva del niño.

Consideramos de suma importancia conocer la calidad de vida en aquellos niños que sufren trastornos psiquiátricos, ya que también son padecimientos crónicos, y evaluar entre otras cosas, qué aspecto de la calidad de vida se afecta en relación al trastorno psiquiátrico. Así como también, evaluar las diferencias entre la calidad de vida, evaluada por los niños, los padres y los evaluadores clínicos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre la calidad de vida en niños con diferentes trastornos psiquiátricos?

OBJETIVO

General

- Comparar la calidad de vida de niños con diferentes diagnósticos psiquiátricos

Objetivo específicos

1. Comparar la calidad de vida entre los niños y las niñas.
2. Correlacionar la evaluación de la calidad de vida realizada por los padres y los niños.
3. Correlacionar la evaluación de la calidad de vida de los padres y los niños con la sintomatología de los niños.

HIPÓTESIS

1. La calidad de vida es mejor en los niños que en las niñas.
2. La correlación entre la evaluación de calidad de vida realizada entre los padres y los niños es moderada.
3. La correlación entre la calidad de vida y la sintomatología de los niños es elevada.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio:

- Comparativo
- Transversal
- Prolectivo
- Escrutinio



Sujetos

Todos los niños y niñas entre 5 a 12 años, que consecutivamente acudieron a consulta de primera vez en el servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Infantil " Juan N. Navarro", entre los meses de octubre y noviembre de 2004. Los pacientes fueron referidos de diferentes hospitales, centros de salud, escuelas, médicos o por iniciativa de los padres o propia.

Criterios de inclusión

- Niños y niñas entre 5 a 12 años cumplidos.
- Que sean acompañados de sus padres o un tutor
- Que el padre o tutor sepa leer y escribir
- Que acepten participar en la entrevista
- Ser pacientes de primera vez

Criterios de exclusión

- Pacientes cuya patología dificulte o imposibilite la entrevista (por ejemplo: manía, delirium, psicosis, intoxicación o abstinencia de sustancias, retraso mental grave, etc.)

Criterios de eliminación

- Niños en los que no se establezca un diagnóstico psiquiátrico.
- No completar los instrumentos de evaluación.

Procedimiento

Los pacientes acudieron a la consulta de primera vez. Durante ésta se les explicó brevemente el protocolo de investigación. Se les entregó el cuestionario y posteriormente en entrevista breve se confirmaba si se incluían a esos pacientes y se les pidió su consentimiento informado de manera verbal. Tanto los niños como los padres contestaron los cuestionarios mientras esperaban su consulta. Después los paidopsiquiatras del servicio de urgencias realizaron la historia clínica estableciendo el diagnóstico de acuerdo a los criterios del CIE-10. Al término de los trámites de su primera consulta, se les recogieron los cuestionarios ya contestados.

Se entregaron un total de 194 cuestionarios, de éstos se excluyeron a 13 pacientes (8 con retraso mental moderado a grave, 3 por conducta autista y 2 por presentar cuadros psicóticos). Fueron eliminados 14 (7.2%) pacientes: 2 con cuestionarios incompletos, 12 que no devolvieron los cuestionarios). La muestra incluida fue de 167 pacientes (86.0%).

Instrumentos de medición

Cuestionario Sobre Calidad de Vida Pediátrica versión 4.0. The Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 (**PedsQL**). (Varni, 2001). Este instrumento ha sido utilizado para medir la calidad de vida de los niños, desde una perspectiva de el niño y los padres. Es un autoreporte de los niños y un formato de reporte por aproximación paralelo por los padres y tiene diferentes versiones para edades de 5 a 7 años, 8 a 12 años y de 13 a 18 años. Los items de cada una de las formas difieren levemente en el desarrollo de un lenguaje apropiado para utilizar la primera o tercera persona. El reporte de los padres evalúa la percepción de los padres sobre la calidad de vida del niño. Las instrucciones en cada cuestión, preguntan cuánto ha sido el problema en un item para el niño durante el pasado mes. Esta escala está constituida por 23 items, con cuatro subescalas que incluyen el aspecto físico, emocional, social y escolar. También se realiza el promedio de Salud Psicosocial, que es la suma de los items dividida entre el número de items de las subescala emocional, social y escolar. Todos los items se promedian y dan como resultado el promedio total. Cada item tiene una respuesta de 0-5 puntos que implica del 0 al 100 (0 puntos =100= mejor calidad de vida).

Escala de Connors (para Padres y Reporte Personal) (Rating Scale and Cheklists for Child), (Connors, 1985). La escala de Connors, o mejor conocida como el cuestionario de conducta para padres de Connors.

Es un instrumento autoaplicable que evalúa no sólo las conductas sino también algunas emociones de los niños de forma indirecta, a través de los reportes de los padres. En este estudio se aplicó la versión larga de 97 reactivos para los padres y de 92 reactivos para los niños. El análisis factorial de la versión original, reporta los siguientes constructos: oposicionismo, inatención, hiperactividad, ansiedad, perfeccionismo, problemas sociales, psicossomático, familiar, emocional, control de la agresión. Éste es un instrumento que ayuda a los clínicos en la evaluación de niños con problemas de conducta y en general con problemas preferentemente externalizados. A mayor puntuación, mayor sintomatología. (Lara, 1998).

Análisis estadístico

Las comparaciones de las puntuaciones del Inventario de Calidad de Vida entre los diferentes diagnósticos se realizaron mediante el análisis de varianza de Kruskall-Wallis.

Las comparaciones de las puntuaciones del Inventario de Calidad de Vida entre niños y niñas se realizaron mediante la U de MannWhitney.

Las correlaciones propuestas se determinaron mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS

Sociodemográficos

La muestra se formó con 119 (71.2%) niños y 48 (28.7%) niñas cuyo promedio de edad fue de 8.06 años (SD=1.98). La información de los tutores fue obtenida de 126 madres (75.4%), 23 por ambos padres (13.7%) y de 8 (4.7%) papás. El promedio de edad de los padres fue de 34.3 años (SD=7.53).

Categorías diagnósticas

Se agruparon seis categorías de acuerdo al diagnóstico principal: 1) Trastornos afectivos; 2) Trastornos de ansiedad; 3) Trastorno por déficit de atención y conducta disruptiva; 4) Trastornos del desarrollo; 5) Otros diagnósticos y 6) Sin diagnóstico psiquiátrico. Los diferentes diagnósticos observados se muestran en la tabla 1.

TABLA 1
Categoría diagnóstica

Trastorno por déficit de atención y conducta disruptiva
Trastornos de la actividad y de la atención
Trastorno hiperkinético disocial
Otros trastornos hiperkinéticos
Trastorno disocial en niños no socializados
Trastorno disocial en niños socializados
Trastorno disocial desafiante y oposicionista
Trastorno disocial depresivo
Trastorno disocial limitado al contexto familiar

Trastornos de ansiedad
Fobias específicas
Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación
Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno mixto ansioso-depresivo
Trastorno de ansiedad de separación
Trastorno de ansiedad sin especificación
Trastorno obsesivo-compulsivo
Trastorno de adaptación
Trastorno de estrés postraumático

Trastornos del desarrollo
Retraso mental leve
Síndrome de Asperger
Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados

Trastornos afectivos
Episodio depresivo leve
Episodio depresivo moderado
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
Trastorno depresivo recurrente, grave con síntomas psicóticos
Distimia
otros trastornos afectivos aislados
Trastorno bipolar

Otros diagnósticos
Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral
Cleptomanía
Trastorno específico de la pronunciación
Trastorno específico de la lectura
Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar
Trastorno de las emociones y comportamiento
Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol
Trastorno mixto de la personalidad
Enuresis
Encopresis
Trastorno de hipersensibilidad social en la infancia

Sin diagnóstico

En relación a la edad de los niños hubo diferencia significativa entre los grupos diagnósticos, los niños con trastornos afectivos presentaban mayor edad promedio (9.2 años) y los niños sin diagnóstico psiquiátrico fueron los de menor edad promedio con 7.6 años. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las edades de los padres.

De acuerdo a la correlación del *Peds-QL-niños* y categorías diagnósticas, solo hubo diferencias significativas en el área emocional ($p=0.02$), social ($p=0.00$) y total ($p=0.04$). Los niños con trastornos afectivos y trastornos de ansiedad presentaron el mayor promedio en el área *emocional*, el menor promedio lo presentaron los niños sin diagnóstico psiquiátrico. En área *social* presentaron peor calidad de vida los niños con trastornos del desarrollo y mejor calidad de vida los niños sin diagnóstico psiquiátrico. En la puntuación *total* la peor calidad de vida correspondió a los niños con trastornos del desarrollo y la mejor calidad de vida a los niños sin diagnóstico.

Sin embargo hubo diferencias significativas en la correlación entre todas las áreas en el *Peds-QL-padres* y las categorías diagnósticas. Los niños con trastornos afectivos fueron los que presentaron peor calidad de vida en las áreas *emocional* ($p=0.00$), *social* ($p=0.02$), *escolar* ($p=0.03$), *psicosocial* ($p=0.00$) y *total* ($p=0.00$). En el área *física* ($p=0.00$) los niños con TDAH y conducta disruptiva tuvieron la peor calidad de vida.

El mejor promedio en calidad de vida en todas las áreas de acuerdo a las respuestas de los padres, fueron los niños sin diagnóstico psiquiátrico.

Tabla 2.

TABLA 2
 Correlación entre calidad de vida y categorías diagnósticas

Variable	Diagnóstico principal	Trastornos afectivos (n=25)			Trastornos de ansiedad (n=13)			TDAH y conducta disruptiva (n=74)			Trastornos del desarrollo (n=23)			Otros diagnósticos (n=10)			Sin diagnóstico (n=20)			
		Promedio	sd	med	Promedio	sd	med	Promedio	sd	med	Promedio	sd	med	Promedio	sd	med	Promedio	sd	med	
Edad Niños	0.01	9.28	1.72	10	8.38	1.44	8	7.79	1.85	8	7.82	1.77	7	8.6	2.63	8.5	7.65	2.45	7	
Edad Padres	0.65	35.12	5.89	34	33.76	7.22	32	33.79	7.82	33	34.82	7.21	34	32.2	7.56	32	34.8	8.01	34.5	
PedsQL-NINOS																				
Físico	0.33	1.23	0.76	1	1.35	0.74	1.25	1.26	0.63	1.25	1.24	0.63	1.25	1.02	0.43	0.93	0.97	0.84	0.62	
Emocional	0.02	2.26	0.9	2.4	2.16	0.77	2.4	1.74	0.86	1.6	1.8	0.99	2	1.74	0.92	1.5	1.4	1.23	1	
Social	0	1.34	0.74	1.2	1.33	1.14	0.6	1.71	0.94	1.6	2.00	0.89	2.4	1.42	1	1.2	1.21	0.92	1.2	
Escolar	0.14	1.81	0.9	1.6	2.09	1.15	2.6	2.06	0.84	2	2.27	0.81	2.4	1.84	0.95	2.1	1.64	0.9	1.6	
Psicosocial	0.12	5.42	2.11	5.2	5.6	2.45	5.4	5.51	2.08	5.5	6.17	2.04	6	5	2.19	5.7	4.25	2.57	3.9	
Total	0.04	9.97	4.91	9.95	10.72	5.39	9.75	11.13	4.34	11.72	12.11	4.05	12.4	9.62	4.37	9.52	8.17	4.93	6.93	
PedsQL- PADRES																				
Físico	0	1.63	0.86	1.68	1.44	0.73	1.75	1.64	0.74	1.75	1.53	0.74	1.37	1.02	0.46	0.81	0.93	0.79	0.81	
Emocional	0	2.55	0.61	2.6	2.13	0.62	2.2	1.95	0.75	2	1.73	0.9	1.8	2	0.76	2.1	1.72	1.28	1.5	
Social	0.02	2.17	0.81	2.2	1.76	0.95	1.8	1.87	0.91	2	2.06	0.8	2.4	1.64	0.78	1.4	1.18	1.04	0.9	
Escolar	0.03	2.2	0.67	2.2	2.01	0.81	1.8	2	0.69	2	1.92	0.72	2.2	2.06	0.62	2.2	1.44	0.75	1.4	
Psicosocial	0	6.92	1.34	7.2	5.92	1.6	6	5.83	1.74	5.8	5.71	1.67	5.6	5.7	1.15	5.8	4.34	2.75	3.8	
Total	0	13.35	3.44	13.65	12.13	2.83	11.7	12.51	3.62	13.11	11.72	3.39	11.97	11.82	2.79	11.66	7.72	4.71	6.98	

Nota:

Promedio más alto: ●

Promedio más bajo: ●

Peds QL = Inventario de calidad de vida pediátrica

En la tabla 3, observamos la correlación de la sintomatología por medio del *Conners* realizado por los *padres* y las categorías diagnóstico, arrojaron diferencias significativas en las siguientes subescalas: oposicionismo ($p < .001$); inatención ($p < .0001$); hiperactividad ($p < .0001$); problemas sociales ($p = 0.00$); psicossomático ($p = 0.000$); índice TDAH ($p < .0001$); impulsividad/inquietud global ($p < .0001$); labilidad emocional global ($p = 0.01$); total global ($p < .001$); criterios del DSM IV para inatención ($p = 0.000$); criterios del DSM-IV para hiperactividad-impulsividad ($p < .0001$) y criterios totales del DSM IV para TDAH ($p < .0001$). Los niños con TDAH y conducta disruptiva presentaron el mayor puntaje en la sintomatología en general. El menor puntaje fue observado en el grupo de niños sin diagnóstico psiquiátrico.



TABLA 3
Correlación entre sintomatología y categorías diagnósticas

Variable	Diagnóstico principal p	Trastornos afectivos (n=25)			Trastornos de ansiedad (n=13)			TDAH y conducta disruptiva (n=74)			Trastornos del desarrollo (n=23)			Otros diagnósticos (n=10)			Sin diagnóstico (n=20)		
		Promedio	sd	med	Promedio	sd	med	Promedio	sd	med	Promedio	sd	med	Promedio	sd	med	Promedio	sd	med
CONNERS-PADRES																			
Oposicionismo	<.0001	15.8	6.82	16	17	6.45	18	18.68	6.54	19	12.08	6.52	12	15.5	9.78	17	9.25	6.17	7.5
Inatención	<.0001	23	7.09	22	22.46	8.46	23	23.45	6.46	23.5	23.3	6.62	24	24.9	7.18	25.5	13.5	6.7	10.5
Hiperactividad	<.0001	13.08	6.32	13	15.07	6.22	15	17.67	5.74	19	13.4	6.52	11	12.3	7.95	11.5	8.7	4.31	9
Timidez ansiosa	0.13	12	4.61	12	10.3	4.88	9	9.24	4.89	8.5	9.13	5.48	9	8.4	3.83	8	8.75	5.72	8
Perfeccionismo	0.4	7.4	3.48	7	7.07	2.43	7	7.82	3.96	7	6.52	3.56	6	6.6	3.02	6.5	5.9	3.68	5.5
Problemas sociales	0	6.1222	2.78	6	5.07	3.04	6	6.25	2.96	6	5.47	2.84	5	4.6	1.64	4.5	3.65	2.39	4
Psicosomático	0	7.18	3.6	7	6.3	3.3	6	5.28	3.09	5	3.78	3.05	4	7.1	3.14	7.5	4.35	3.26	4
Index TDAH	<.0001	24.08	7.56	23	24.53	8.16	28	26.39	6.05	27	22.34	6.53	22	24.4	7.22	24	15.4	6.93	16.5
Impulsividad/inquietud global	<.0001	12.12	4.97	12	13.07	4.53	14	14.51	4	15	11.17	4.78	12	10.7	4.32	10.5	8.1	3.95	9
Labilidad emocional global	0.01	5.68	2.52	6	4.92	1.93	5	5.25	2.37	6	4.04	2.61	4	4.3	2.94	4	3.35	2.36	3
Total global	<.0001	17.8	6.42	18	18	5.59	20	19.77	5.8	20	15.21	5.57	17	15	6.76	16	11.45	5.71	12
DSMIV inatención	0	18.08	6.18	18	17.92	7.15	20	18.94	5.04	20	16.91	4.99	18	18.5	5.87	18.5	11.6	5.42	11
DSMIV hiperact/impuls	<.0001	13.96	6.52	14	15.3	5.58	16	18.35	5.5	18.5	13.86	6.26	12	13.1	6.41	12	10.2	4.22	11
DSMIV total	<.0001	32.04	11.81	31	33.23	11.32	36	37.29	9.7	37	30.78	10.44	31	31.6	11.62	30	21.8	9.2	21.5
CONNERS-NIÑOS																			
Familiar	0.53	15	6.15	14	13.69	4.42	13	15.77	5.15	16	14.56	5.23	15	15.5	6.02	13.5	13.65	6.06	12
Emocional	0.2	18.08	7.42	20	15.15	4.81	15	14.36	5.84	14	13.3	6.57	14	13.6	7.74	12.5	13.3	8.31	12
Conducta	0	7.28	6.74	5	9.07	5.26	9	10.82	6.13	10	8.13	6.95	6	6.9	5.27	6.5	5.45	4.54	5
Inatención	0	16.24	7.16	16	19.38	8.98	18	18.41	8.5	17.5	22.34	6.38	23	18.3	8.84	17.5	12.4	7.82	10.5
Control de agresión	0	13	5.53	12	14.3	5.97	15	13.55	5.43	14	11.73	6.26	11	10.9	6.33	9.5	7.95	5.88	5.5
Hiperactividad	0.01	10.8	6.05	10	14.84	5.84	15	13.95	5.53	14.5	12.91	6.4	13	11.3	6.58	11	9.7	4.73	10
TDAH	0	18.6	6.49	20	19.38	7.64	19	19.79	6.74	19	21.91	5.68	23	18.2	7.48	19.5	13.3	6.2	13.5
DSMIV inatención	0	13.56	5.89	12	14.69	6.11	16	15.51	6.2	15.5	16.21	5.72	17	13.3	6.63	12	9.45	6.36	8
DSM IV hiperact/impuls	0	11.28	6.03	11	15.69	6.96	18	16.04	5.87	16	14.3	6.15	15	12.2	7.2	10.5	9.7	5.97	10.5
DSM IV total	0	24.84	11.26	25	30.38	12.28	29	31.52	10.94	31	30.52	10.96	33	25.5	12.71	23.5	19.15	11.62	20

Nota:

Promedio más alto: ●

Promedio más bajo: ●



Se observó que la correlación entre el puntaje del *Connors* por los *niños* y las categorías diagnósticas, en la mayoría de las subescalas hubo diferencias significativas. La menor sintomatología en general se presentó en el grupo de niños sin diagnóstico psiquiátrico. En la subescala de *conducta* ($p=0.00$) el mayor puntaje lo obtuvo el grupo de niños con TDAH y conducta disruptiva. En la subescala de *inatención* ($p=0.00$), el grupo con trastornos del desarrollo, obtuvo el puntaje más alto. Los niños con trastornos de ansiedad tuvieron mayor dificultad para el *control de la agresión* ($p=0.00$).

Sorprendentemente el mayor puntaje en la subescala de *hiperactividad* ($p=0.01$) lo obtuvieron el grupo con trastorno de ansiedad. En el *total global* ($p=0.00$) el mayor puntaje fue para el grupo con trastornos de desarrollo. De acuerdo al ítem de *DSM-IV para criterios de inatención* ($p=0.00$) los niños con trastorno de desarrollo arrojó el mayor puntaje. El grupo de niños con TDAH y conducta disruptiva reunieron promedio más alto para criterios *del DSM-IV para impulsividad* ($p=0.00$) y *total para el diagnóstico de TDAH* ($p=0.00$).

Calidad de vida y género

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes áreas de calidad de vida evaluada por los niños y los padres, entre niños y niñas.

En la edad sí hubo diferencias significativas entre niños y niñas. El promedio fue de 8.06 años.



Tabla 4.

TABLA 4
 Coorelación entre calidad de vida y género

	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Promedio</i>	<i>sd</i>	<i>med</i>
Edad	119	48	0.03	8.06	1.9	8
Edad Padres	119	48	0.05	34.3	7.5	33
PedsQL-NIÑOS						
Físico	119	48	0.673	1.21	0.68	1.25
Emocional	119	48	0.2689	1.81	0.95	1.8
Social	119	48	0.15	1.59	0.94	1.6
Escolar	119	48	0.2035	1.99	0.9	2
Psicosocial	119	48	0.3998	5.4	2.2	5.4
Total	119	48	0.2043	10.65	4.64	10.37
PedsQL- PADRES						
Físico	119	48	0.5419	1.49	0.78	1.5
Emocional	119	48	0.5701	1.99	0.85	2
Social	119	48	0.5788	1.83	0.92	2
Escolar	119	48	0.9743	1.95	0.72	2
Psicosocial	119	48	0.7004	5.79	1.88	5.9
Total	119	48	0.426	11.97	3.94	12.26

Sin embargo obteniendo los promedios en cada área específica evaluada tanto por los padres como los niños, las niñas presentan en general una mayor calidad de vida en relación a los niños, sin que esto tenga una significancia estadística.

Tabla 5.

TABLA 5
 Promedio entre calidad de vida por áreas entre niños y niñas

		Físico	Emocional	Social	Escolar	Psicosocial	Total	
PedsQL	Padres	M (n=119)	1.51	1.98	1.86	1.96	5.8	12.07
		F (N=48)	1.45	2.06	1.77	1.96	5.8	11.73
PedsQL	Niños	M (n=119)	1.2	1.77	1.66	2.05	5.48	10.94
		F (n=48)	1.25	1.92	1.43	1.86	5.21	9.94

Sintomatología y género

De acuerdo a la correlación entre la sintomatología evaluada por el *Conners de padres y género*, se presentaron diferencias significativas en las subescalas de oposicionismo ($p=0.00$), hiperactividad ($p=0.00$), psicossomático ($p=0.02$), impulsividad/inquietud global ($p=0.01$), total global ($p=0.04$), criterios del DSM-IV para hiperactividad/impulsividad ($p=0.01$) y criterios totales del DSM-IV para TDAH ($p=0.03$).

En los resultados proporcionados por los *niños* en la escala de *Conners* y su correlación entre *género*, se observan en la tabla 6, podemos observar que son estadísticamente significativas las subescalas de conducta ($p=0.00$), control de la agresión ($p=0.01$), hiperactividad ($p=0.00$) y criterios del DSM-IV para hiperactividad impulsividad ($p=0.04$).

TABLA 6
 Coorelación entre sintomatología y género

	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Promedio</i>	<i>sd</i>	<i>med</i>
CONNERS-PADRES						
Oposicionismo	119	48	0.0093	15.92	7.24	17
Inatención	119	48	0.4615	22.18	7.48	22
Hiperactividad	119	48	0.0084	14.74	6.64	15
Timidez ansiosa	119	48	0.7538	9.62	5	9
Perfeccionismo	119	48	0.5601	7.2	3.65	7
Problemas sociales	119	48	0.481	5.61	2.88	5
Psicosomático	119	48	0.0237	5.44	3.37	5
Index TDAH	119	48	0.0511	23.88	7.48	24
Impulsividad/inquietud global	119	48	0.0113	12.59	4.76	13
Labilidad emocional global	119	48	0.7113	4.82	2.52	5
Total global	119	48	0.0114	17.41	6.56	18
DSMIV inatención	119	48	0.1208	17.53	5.9	18
DSMIV hiperact/impuls	119	48	0.0153	15.46	6.31	16
DSMIV total	119	48	0.0072	33	11.35	33
CONNERS-NIÑOS						
Familiar	119	48	0.1676	15.03	5.41	15
Emocional	119	48	0.6276	14.59	6.65	14
Conducta	119	48	0.0012	8.95	6.34	8
Inatención	119	48	0.271	17.98	8.33	18
Control de agresión	119	48	0.0132	12.44	5.93	12
Hiperactividad	119	48	0.0075	12.73	5.9	123
TDAH	119	48	0.1756	18.99	6.9	19
DSMIV inatención	119	48	0.2286	14.4	6.39	14
DSMIV hiperact/impuls	119	48	0.0407	13.97	6.47	14
DSMIV total	119	48	0.0653	28.37	11.89	28

Calidad de vida entre niños y padres

En la tabla 7 observamos que las correlaciones entre las diferentes áreas de calidad de vida entre padres y niños, todas son estadísticamente significativas.

TABLA 7
 Coorelación de calidad de vida entre niños y padres

	<i>r</i>
Físico	0.44
Emocional	0.47
Social	0.38
Escolar	0.37
Psicosocial	0.57
Total	0.37

Calidad de vida y sintomatología

Al correlacionarse PedsQL-padres y Conners de padres todas las subescalas son estadísticamente significativas, excepto perfeccionismo. También la evaluación de la sintomatología por los padres y PedsQL-niños, tienen todas las áreas significancia estadística menos las subescalas de timidez ansiosa, perfeccionismo y problemas sociales.

TABLA 8
 Coorelación entre calidad de vida y sintomatología

	Total PedsQL-PADRES				Total PedsQL-NIÑOS
	r	M	sd	med	r
CONNERS PADRES					
Oposicionismo	0.33	15.92	7.24	17	0.4
Inatención	0.48 ^{**}	22.18	7.48	22	0.47
Hiperactividad	0.39	14.74	6.64	15	0.45
Timidez ansiosa	0.36	9.62	5	9	0.23
Perfeccionismo	0.22	7.2	3.65	7	0.2
Problemas sociales	0.35	5.61	2.88	5	0.23
Psicosomático	0.34	5.44	3.37	5	0.31 [*]
Index TDAH	0.47	23.88	7.48	24	0.47
Impuls/inquietud global	0.36	12.59	4.76	13	0.42
labilidad emocional glo	0.30 [*]	4.82	2.52	5	0.34
Total global	0.38	17.41	6.56	18	0.44
DSM IV inatención	0.47	17.53	5.9	18	0.48
DSM IV hiperact/impuls	0.39	15.46	6.31	16	0.46
DSM IV total	0.46	33	11.35	33	0.51 [*]
CONNERS NIÑOS					
Familiar	0.13	5.03	5.41	15	0.30 [*]
Emocional	0.31 [*]	14.59	6.65	14	0.47
Conducta	0.15	8.95	6.34	8	0.43
Inatención	0.32	17.98	8.33	18	0.65 [*]
Control de agresión	0.44 [*]	12.44	5.93	12	0.64
Hiperactividad	0.29	12.73	5.9	12	0.56
TDAH	0.33	18.99	6.9	19	0.62
DSM IV inatención	0.31	14.4	6.39	14	0.61
DSM IV hiperact/impuls	0.32	13.97	6.47	14	0.55
DSM IV total	0.33	28.37	11.89	28	0.63

Todas las áreas sin excepción son estadísticamente significativas en la correlación del Connors niños y PedsQL-niños. Así también la correlación entre la sintomatología evaluadas por los niños y la calidad de vida evaluada por los padres, es alta, ya que todas las áreas presentaron significados estadísticos excepto el área familiar, conducta e hiperactividad.



DISCUSION

Este estudio describe bien el impacto de la evaluación de los niños y los padres, de acuerdo a su diagnóstico en las diferentes áreas de la calidad de vida en una muestra clínica.

Bastiaanssen (2004), describe en su estudio la calidad de vida de acuerdo al diagnóstico y la correlación entre diferentes informantes. Y Varni y colaboradores han estudiado a lo largo de muchos años, la calidad de vida en niños con cáncer, asma, diabetes, cardiopatías (Varni, 1999), sin embargo existen pocos artículos que hayan evaluado la calidad de vida en niños y con diagnósticos psiquiátricos.

Observamos en nuestros resultados que en general, la calidad de vida evaluada por los padres es peor en relación a la calidad de vida evaluada por los niños, en los diferentes diagnósticos.

Los niños con trastornos afectivos, en relación con otros diagnósticos, presentaron en general peor calidad de vida. La diferencia menos significativa estuvo en el área física, lo cual puede explicarse dado que esta población clínica, no presenta en su mayoría alguna condición médica que los afecte más allá que la dimensión psiquiátrica.

Fue clara la descripción en que los niños sin diagnóstico psiquiátrico presentaron la mejor calidad de vida en todas las áreas, en la evaluación realizada tanto por padres como por niños.



Con estos resultados también corroboramos que los padecimientos internalizados son mejor evaluados por los niños, y los padecimientos externalizados son mejor evaluados por los padres.

El grupo de niños con TDAH y conducta disruptiva, presentaron en general los promedios más altos en la evaluación de la sintomatología evaluada por los padres. De igual manera que en la correlación anterior, los niños sin diagnóstico psiquiátrico, presentaron la menor puntuación de la sintomatología.

La evaluación de los niños respecto a la sintomatología, también confirmo que aquellos niños sin diagnóstico psiquiátrico presentaron los promedios menores. En este sentido, el grupo de trastornos de ansiedad presentó los mayores puntajes en peor control de la agresión y sorprendentemente para la hiperactividad. Los niños con trastornos del desarrollo se destacaron en las subescalas de inatención y total global. Los niños con TDAH fueron los más altos en la subescala de conducta.

Dentro de la calidad de vida no hay diferencias entre niños y niñas en general en ninguna área. Sin ser estadísticamente significativo, encontramos que los promedios de calidad de vida, en general, son mejores en las niñas en los niños, contrario a lo que habíamos hipotetizado.

Nuevamente en la evaluación de los padres respecto a la sintomatología, fue mucho más alta en relación a la evaluación de los niños, del grupo en general, lo cual podría implicar que la evaluación de los padres en general es mucho más objetiva.

La evaluación de la calidad de vida entre padres e hijos es altamente significativa, esto implica que tanto los niños como los padres su evaluación es parecida, aunque los padres observan en general mucho peor a su s hijos.

Describimos así mismo como la sintomatología se relaciona con la percepción de la calidad de vida, en general aquellos que presentaban mayor sintomatología también presentaron peor calidad de vida, desde el punto de vista de los padres y los niños.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir que el instrumento utilizado en este estudio es válido porque identifica a los pacientes que presentan peor calidad de vida, en relación a un diagnóstico psiquiátrico y puede diferenciar entre aquellos sin diagnóstico psiquiátrico y que su calidad de vida es mucho mejor, en cualquiera de las áreas evaluadas

Observamos que en general los niños con trastornos afectivos tienen peor calidad de vida. Sin embargo se piden mayor atención asistencial para los niños con conductas externalizadas. Sería importante observar con mayor detenimiento a los niños con trastornos afectivos, que aunque no lo expresen verbalmente, su padecimiento afecta su calidad de vida en casi todas las áreas.

Los niños con TDAH y conducta disruptiva, son evaluados y percibidos en general tanto por los padres como por lo niños, sin embargo su calidad de vida en general es promedio.

Es importante recordar no aplicar los resultados de estudios realizados en adultos en los niños, ya que la literatura describe que las pacientes mujeres adultas de las poblaciones clínicas, tienen peor calidad de vida que los hombres, sin embargo en este estudio encontramos que las niñas en general presentan mejor calidad de vida en relación a los niños.



BIBLOGRAFÍA

1. *Achenbach, T.* **Child and adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity.** Psychol Bull, 1987; 101: 213-232.
2. *Apiquian R, Fresán A, Nicolini H.* **Evaluación de la psicopatología. Escalas en español.** 1ª. Edición. JGH Editores, 2000: 113-124.
3. *Bastiaanssen, D.* **Quality of life in Children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report.** J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2004; 43 (2): 221-230.
4. *Birmaher, B.* **Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part I.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996; 35: 1427-1439
5. *Birmaher, B.* **Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part II.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996; 35: 11575-1583.
6. *Cantwell, D.* **Attention deficit disorder: a review of the past 10 years.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996; 35: 978-987.
7. *Cella, D.* **Spanish Language traslation and Initial Validation of the Functional Assessment of Cancer Therapy Quality of Life Instrument.** Medical Care, 1998; 36: 1407-1418.

8. *Conners, CK. Rating Scales and Checklists for Child. Psychopharmacology Bull, 1985; 21: 809-844.*
9. *Edelbrock, C. Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. J Child Psychol and Psychiatry, 1986; 27: 181-190.*
10. *Gómez-Vela, M. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración a la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, 2003.*
11. *Herjanic, B. Are children reliable reporters?. J Abnormal Child Psychology, 1975; 3:41-48.*
12. *Herjanic, B. Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. J Abnormal Child Psychology, 1982; 10: 307-324.*
13. *Hofstra, M. Continuity and change o psychopathology from childhood into adulthood: A 14-year follow-up study. J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2000; 39 (7): 850-858.*
14. *Kovacs, M. Depressive disorder in childhood, I a longitudinal prospective study of characteristics and recovery. Arch Gen psychiatry, 1984; 41: 643-649.*



15. **Kovacs, M. Depressive disorder in childhood, II a longitudinal prospective study of the risk for a subsequent major depression.** Arch Gen Psychiatry, 1984; 41: 643-649.
16. **Kovacs, M. First-episode major depressive and dysthymic disorder in childhood: clinical and sociodemographic factors in recovery.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997; 36:777-784.
17. **Lara, MC, De la Peña F, Castro A. Consistencia y validez de las subescalas del cuestionario de Conners para la evaluación de psicopatología en niños, versión larga para padres.** Bol Med Hosp. Infant México, 1998; 55: 712-720.
18. **Mansour, M. Calidad de vida en relación con el estado de salud en niños de escuelas elementales del ámbito urbano.** Pediatrics (Ed Español), 2003; 55 (6):381-392.
19. **Medina-Mora, E. Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultado de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México.** Salud Mental, 2003, 26 (4): 1-16.
20. **Mogotsi, M. Quality of life in the anxiety disorders.** Harvard Rev Psychiatry 2000; 8:273-282.
21. **Powers, S. Quality of Life in Childhood Migraines: Clinical Impact and Comparison to Other Chronic Illnesses.** Pediatrics, 2003; (112) 1: e1-e5.



22. **Randazzo, K. Three Informants' Reports of Child Behavior: Parents, Teachers, and Fosters Parents.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003; (42) 11: 1343-1350.
23. **Sawyer, M. Health-Related quality of life of children and adolescents with mental disorders.** J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2002; 41 (5) 530-537.
24. **Uzark, K. Varni, J. The Pediatric Quality of Life Inventory in childrens with heart diseases.** Progress in Pediatric Cardiology, 2003; 18: 111-119.
25. **Varni, J. The PedsQL: Measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory.** Medical Care, 1999; 37: 126-139.
26. **Varni, J. PedsQL 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy and Patient Populations.** Medical Care, 2001, (39)-8: 800-812.
27. **Varni, J. The PedsQL in Pediatric Rheumatology. Reliability, validity, and responsiveness of the Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales and Rheumatology Module.** Arthritis and Rheumatism, 2002, (46) 3: 714-725.
28. **Varni, J. The PedsQL in Pediatric Cancer. Reliability and validity of the Pediatric Quality Of Life Inventory Generic Core Scales, Multidimensional Fatigue Scale, and Cancer Module.** Cancer, 2002; 94:2090-2106.

29. *Varni, J.* **The PedsQL 4.0 Generic Core Scales: Sensitivity, responsiveness, and impact on clinical decision-making.** Journal of Behavioral Medicine, 2002; 25:175-193.
30. *Varni, J.* **The PedsQL in Type 1 and Type 2 Diabetes. Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales and Type 1 Diabetes Module.** Diabetes Care, 2003, (26) 3: 632-637.
31. *Varni, J.* **The PedsQL 4.0 as a Pediatric Population Health Measure: Feasibility, Reliability and validity.** Ambulatory Pediatrics, 2003; 3:329.341.
32. *Varni, J.* **The PedsQL in pediatric asthma: Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales and Asthma Module.** Journal of Behavioral Medicine, 2004; 27: 297-318.

Anexo "A"

Anexo "B"