

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**Facultad de Psicología
División de Estudios Profesionales**

**“EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS O TRASTORNO
DEPRESIVO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
SOBREVIVIENTES DE CÁNCER”.**

Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología

**Presenta:
RUBIO GUTIÉRREZ ERIKA**

Director de tesis: Dr. José Méndez Venegas.

Revisor: Lic. Jorge Álvarez Martínez.

Asesor estadístico: Lic. Luís M. Gallardo Ramírez.



México D.F. 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“La vida es una sucesión de lecciones que deben vivirse para ser compartidas”

Helen S  ller

Por tanto, este trabajo quiero compartirlo agradeciendo a las siguientes personas:

A mis padres Esperanza Gutiérrez Ramírez y David Ortega Reza por haberme apoyado en todos estos años de mi vida.

A mis hermanas Amparo Ortega Gutiérrez y Guadalupe Gutiérrez las cuales han estado presentes de una manera muy especial.

A mis amigas Diana G  mez Lora, Zyanya C. Ruiz   vila y Ana Laura Corona Moreno que compartieron enseñanza escolar y personal, convirtiéndose en una parte de mi familia.

Y finalmente a las personas permitieron y colaboraron en la revisión de este trabajo Dr. José Méndez Venegas, Lic. Luís M. Gallardo Ramírez y Lic. Jorge   lvarez Martínez a quienes les aprecio y admiro.

ÍNDICE

RESUMEN.	4
INTRODUCCIÓN.	5
Antecedentes.	
Marco Teórico (Depresión en sobrevivientes de cáncer).	
CAPÍTULO 1	
CARACTERÍSTICAS Y/O TRANSTORNO DEPRESIVO.	10
1.1 El concepto teórico de depresión.	
1.2 Criterios para diagnosticar depresión.	
1.3 Depresión en niños.	
CAPÍTULO 2	
ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.	17
2.1 Enfermedades oncológicas pediátricas (Linfoma y Retinoblastoma).	
2.2 Estado psicológico del niño con cáncer.	
2.3 Modelo de intervención en Psicooncología.	
CAPÍTULO 3	
MÉTODO.	44
3.1 Pregunta de investigación.	
3.2 Objetivo específico.	
3.3 Tipo de estudio.	
3.4 Descripción de la muestra.	
3.5 Criterios de inclusión y exclusión.	
3.6 Escenario.	
3.7 Variables.	
3.8 Hipótesis (nula, alterna y estadística).	
3.9 Instrumentos.	

3.10 Procedimiento.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS.	53
Tablas y graficas.	
Análisis estadístico.	
CONCLUSIÓN.	66
REFERENCIAS.	72
ANEXOS.	77

RESUMEN

Hace varios años cuando se hablaba de cáncer en nuestro país, la mayoría de las personas que padecían esta enfermedad o tenían algún familiar con dicho padecimiento, pensaban que no se iba a cura y que la muerte se presentaría de forma inmediata. En la actualidad los avances en la medicina y el aumento en la difusión pública para prevenir el cáncer nos permite saber que si se diagnostica a tiempo la sobrevivencia es posible. Esto último, nos permite dar a conocer los efectos tardíos de la enfermedad y del tratamiento; es decir, conocer las secuelas físicas y psicológicas relacionadas a la enfermedad.

En la literatura encontramos principalmente investigaciones en adultos, pero hablando de las enfermedades oncológicas en sobrevivientes menores de 18 años, la información es mínima. Por lo que, la presente investigación da a conocer la evaluación de características o trastorno depresivo como parte de las secuelas psicológicas que pueden exteriorizar los pacientes que se encuentran curados de alguna enfermedad oncológica.

La muestra estuvo formada por 60 pacientes sobrevivientes de cáncer en la última década, el rango de edad fue de 8 a 14 años de edad; el nivel depresivo fue categorizado en depresión leve, moderada, severa o sin depresión, con base en los puntajes crudos y la desviación estándar en el cuestionario de depresión para niños (adaptación, estandarización y validación de la versión mexicana).

Se encontró que en los puntajes totales positivos todos los pacientes presentan depresión, confirmado parcialmente la hipótesis de este trabajo. Pero estadísticamente no se encontró diferencias estadísticamente significativas (prueba Chi cuadrada) entre géneros y nivel depresivo en los elementos que conforman la escala total positivos y depresivos, sin embargo se observó que la población evaluada presenta problemas sociales, con pensamiento mágico e irracional (de salud, muerte y culpa) provocando baja estima.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

A pesar de que la enfermedad de cáncer pediátrico es la segunda causa de muerte en México en niños de 5 a 14 años de edad, clínicamente se conoce que la sobrevivencia de estos pacientes puede ser de un 75% (Rivera L., 2006), tomando en cuenta los avances en la medicina y la tecnología para detectar o controlar a tiempo dichas enfermedades. Pero también se sabe que los pacientes presentan secuelas a largo plazo como parte del tratamiento con quimioterapia, radioterapia, cirugías y trasplante de médula ósea.

Existen pocos estudios en nuestro país donde se demuestren los trastornos psicológicos que presentan los pacientes sobrevivientes de cáncer en la etapa infantil. La depresión es uno de los trastornos que perjudican la integración física, las actividades cotidianas, sociales y familiares. El miedo e incertidumbre a la reincidencia o progresión de la misma enfermedad, se puede presentar en forma constante. Teniendo en cuenta que las visitas al médico para el seguimiento y cuidado integral después del tratamiento provocan una inestabilidad emocional.

Cuando hablamos de depresión sabemos que los síntomas persisten en un largo plazo, y bien ¿por qué no estudiar este trastorno en sobrevivientes de cáncer? Cuando la literatura menciona que los pacientes con enfermedades oncológicas sufren pérdidas físicas, cognitivas y familiares entre otras que son difíciles de afrontar dependiendo de la etapa en desarrollo que se encuentre. La salud es la primera pérdida a la que se enfrenta un enfermo con cáncer, pasando por el desgaste emocional ante el diagnóstico, así como el doloroso tratamiento, para finalizar con los problemas físicos y emocionales al reintegrarse social y familiarmente. Se ha observado que estas etapas siempre van acompañadas de

alteraciones psicológicas a causa de la comprensión o asimilación de la información, efectos secundarios (somáticos y cognoscitivos) y a cambios del desarrollo que pueden incrementar las fantasías de recaer o provocar incertidumbre al recibir informes de su médico, durante las visitas rutinarias, generando estrés y características depresivas.

El trabajo interdisciplinario en la oncología pediátrica permite ocuparse de los aspectos físicos, emocionales, conductuales y sociales, por medio de la Psicooncología, convirtiendo a esta población en un campo para proponer programas de intervención a pacientes y familiares.

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida y prevenir la presencia de características o trastornos depresivos en sobrevivientes de cáncer pediátrico, este trabajo buscó identificar si los pacientes que se encuentran en la etapa de vigilancia de alguna enfermedad oncológica, presentan características o trastorno depresivo, teniendo en cuenta las secuelas que puede dejar el tratamiento o la misma enfermedad (discapacidad física, problemas orgánicos o cognoscitivos), los cuales producen efectos psicológicos en las áreas sociales, afectivas o de autoconcepto al reintegrarse a sus actividades cotidianas, sociales, escolares y familiares.

Depresión en sobrevivientes de cáncer

El diagnóstico de cáncer provoca una amenaza en la salud del paciente excepto cuando la edad o estado cognoscitivo no le permite comprender la enfermedad en su totalidad, a pesar de eso, en la mayoría de los niños se puede observar un aumento en la vulnerabilidad personal y, a su vez la motivación para reducir los riesgos asociados durante el tratamiento, estas reacciones son muy parecidas a las que realizan los adultos; McBride y colaboradores en el 2000, mencionan que estas actitudes son señales, las cuales denomina "momentos enseñables", porque

pueden fomentar cambios de comportamiento que repercuten en la salud ya sea positiva o negativamente en el estilo de vida; teniendo en cuenta esto, en algunos hospitales e instituciones que atienden enfermos con cáncer emplean terapia psicológica que brinda orientación del diagnóstico, tratamiento y pronóstico con base en las intervenciones del equipo médico.

Estas terapias complementarias como las llaman algunos autores (Dixon y Sweeney en el 2000, Peters y colaboradores en el 2002) se pueden identificar con mayor frecuencia en adultos, por ejemplo, empleando terapia ocupacional, reflexología, aroma terapia y acupuntura para afrontar las secuelas físicas y psicológicas ante un cáncer de mama o próstata. Cambiando algunas actividades es lo mismo que se realiza con niños, la psicoeducación y terapia de juego favorecen al control de síntomas, por eso es importante conocer y evaluar los trastornos psicológicos que se puedan presentar en pacientes que padecen de enfermedades altamente aversivas a la integridad física y emocional. En algunos estudios han utilizado cuestionarios que miden angustia, miedo hospitalario, ansiedad, depresión, etc.; encontrando que los pacientes que toman terapia psicológica muestran una mejor adaptación a una serie de variables, como el cambio de ánimo, afrontar procedimientos y resultados finales (Davidson y col., 2005). Sin embargo después de tratamiento, cuando a un paciente se le considera curado de cáncer, es necesario que asista a consultas continuamente como parte del cuidado de vigilancia, para identificar la presencia tardía de una segunda neoplasia, esta situación puede llegar a provocar un desequilibrio emocional, Apter (2003) menciona que la presencia de incertidumbre duradera a la repetición de la enfermedad o segunda malignidad junto con los efectos cognoscitivos y físicos del tratamiento se convierte en un problema crónico, pues los sobrevivientes experimentan las amenazas reales a la salud futura.

Los estudios en sobrevivientes de cáncer se centran en las secuelas cognoscitivas que pueden llegar a presentar los pacientes por el tratamiento con quimioterapia, radioterapia o cirugía, y no siendo menos importante las habilidades psicosociales

que les favorecerán al integrarse nuevamente a las actividades diarias. Por lo tanto, en los últimos años algunos autores han realizado revisiones sistemáticas de las secuelas psicológicas en sobrevivientes de cáncer pediátrico, encontrando veinte estudios en los cuales se menciona que los pacientes no presentan ansiedad, depresión, o problemas de autoestima, sin embargo, al comparar detalladamente resultados con sobrevivientes de tumores óseos estos obtenían los resultados más bajos, dejando en claro que en el problema metodológico, se encontraba en que no incluyen la información médica como debe de ser y la falta de trabajos longitudinales que acerquen al conocimiento y desarrollo de las necesidades en el cáncer de niñez (Eiser C. et al. 2000). En algunos otros estudios han utilizado diversas formas para recopilar información y así tener datos más exactos, es decir, en la evaluación se tomó en cuenta los reportes médicos, agregando los datos mencionados por profesores y familiares con el objetivo de conocer habilidades cognoscitivas y ajuste psicológico al encontrarse en la etapa de vigilancia.

A pesar de que en la mayoría de las investigaciones los pacientes manifiestan tener una buena calidad de vida, gran parte de los sobrevivientes tienen dificultad de aprendizaje, funcionamiento físico y habilidad social, así como problemas psicológicos no resueltos en el plano individual (autoestima, independencia, etc.) encontrando que la función familiar influye en las habilidades sociales. Tomando en cuenta este tipo de resultados, otros autores recomiendan realizar intervenciones psicosociales en todo paciente oncológico infantil, desde el momento del diagnóstico, hasta el término de la adolescencia, incluyendo a la familia, equipo tratante, escuela y comunidad (Olson A.L y col. 1993; Ulloa y col. 2001; Levin N.W. y col. 2002) con el objetivo de mejorar su reincorporación al medio después del tratamiento.

Por otra parte se han realizado investigaciones con personas adultas que padecieron enfermedades oncológicas como leucemia y linfomas durante la infancia, estos fueron evaluados por medio de la administración de encuestas a

largo plazo que permitía valorar los síntomas asociados con la depresión y el dolor somático; los resultados se compararon con un grupo control el cual fue formado con los hermanos de los mismos pacientes evaluados, demostrando en las respuestas que los sobrevivientes se diferenciaban del grupo control pero estadísticamente no es significativo para comprobar que existía sintomatología que indique depresión o dolor somático, teniendo mayores síntomas en mujeres y en pacientes que fueron sometidos a quimioterapia intensa (Zebrack B.J. et al 2002).

A largo plazo, el seguimiento de los adultos que sobrevivieron al cáncer infantil es muy beneficioso debido a que estas evaluaciones ofrecen la oportunidad de identificar otros problemas de salud asociados con la enfermedad de base y al envejecimiento que pueden afectar la calidad de vida (funcionamiento social, psicológico y físico).

CAPÍTULO

1

CARACTERÍSTICAS Y/O TRANSTORNO DEPRESIVO

1.1 El concepto teórico de depresión

La descripción y definición de la depresión se remonta a épocas muy antiguas, en cuadro patológico de forma severa fue descrito con el nombre de melancolía; afirmando Hipócrates que ésta era producida por la bilis negra, uno de los cuatro humores corporales (sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla). A lo largo de la historia el concepto de este trastorno se ha modificado. El incremento mundial de distintos síntomas reconocidos actualmente como depresión, llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1979 a establecer un nuevo grupo de clasificación de enfermedades, donde se encuentra el trastorno depresivo (Méndez C, 2007).

Actualmente autores como Páez (2003) definen a la depresión como una enfermedad, con frecuencia subdiagnosticada y subtratada, predominantemente en mujeres que causa factores de riesgo para otras enfermedades. En una literatura básica como el diccionario neuropsicológico es considerado un estado de actividad psicofísica baja que involucra como características básicas sentimientos intensos de tristeza y culpabilidad, falta de energía, problemas del dormir, falta de interés en actividades cotidianas, autoconcepto pobre y problemas de alimentación. Puede ocurrir en todas las formas de demencia, inicia regularmente antes que el deterioro cognitivo, además de observarse como consecuencia de algunas alteraciones en áreas presilvianas y parieto-occipitales izquierdas así como frontal derecho (Padilla L.A. y colaboradores, 2008).

Ahora bien, con base en lo anterior nos centraremos en las características de la depresión que pueden presentar los niños y adolescentes en forma general, al igual que los síntomas específicos de pacientes sobrevivientes de alguna

enfermedad oncológica durante el desarrollo infantil, por lo tanto, es necesario mencionar que existen clasificaciones del estado de ánimo como depresión mayor, episodio mixto, trastorno distímico entre otras, las cuales presentan niveles de gravedad con base en los síntomas.

1.2 Criterios para diagnosticar depresión

En diversos ámbitos de la clínica para diagnosticar los trastornos que presentan los niños y jóvenes se utilizan el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) (E. Hales, 2000), en ambos siempre se considera un grupo de características, en los cuales una persona debe presentar un número determinado de síntomas para establecer el grado de depresión, en la siguiente tabla se puede observar la descripción de los síntomas mencionados por los libros.

CARACTERÍSTICAS	SÍNTOMAS
Cambios en el estado sueño v/s vigilia	<ul style="list-style-type: none">• Problemas para iniciar o conciliar el sueño, si es que existe despertares durante la noche.• Menos frecuente pero algunas personas presentan hipersomnias, puede ser diurno o nocturno.
Cambios en actividad psicomotora	<ul style="list-style-type: none">• La persona presenta inquietud constante, actividades como frotarse las manos, pellizcarse, arrugar la piel, la ropa o algún objeto.• Por lo contrario, aumento en la latencia de respuestas psicomotoras y cognitivas ante un estímulo externo, por lo tanto puede presentar problemas de concentración.

<p>Cambios de alimentación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en la ingesta de alimentación. • Disminución en la ingesta de alimentos. • Bajada de peso de forma súbita.
<p>Pensamiento mágico o irracional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento de muerte o tentativas suicidas, diversos estudios han demostrado que no es posible presidir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio e inclusive llevar a cabo la adquisición de material para intentar o cumplir su pensamiento. • Por otra parte, existen las personas que su pensamiento los lleva a una preocupación excesiva por su salud (irritabilidad, somatización como dolor o disfunción física). • El pensamiento de culpa, distorsión del concepto de sí mismo, la baja estima puede causar aislamiento.
<p>Problemas conductuales y cognoscitivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de atención • Problemas de aprendizaje. • Llanto frecuente. • Disminución de actividades cotidianas (escolar o laboral).

Las características anteriormente mencionadas deben ser lo bastante graves, es decir, ser observables por quien lo rodea y no representar únicamente una sensación subjetiva.

En los niños prepuberales los episodios depresivos mayores se presentan con frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales, y diversos estudios realizados indican que se presentan con mayor ocasión en las mujeres y el número de criterios darán pauta para diagnosticar la gravedad del episodio de depresión (leve, moderada o grave). A menudo, este trastorno se produce después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o alguna otra pérdida.

Por otra parte, también puede asociarse a enfermedades medicas, hasta un 20-25% de las personas con determinados padecimientos crónicos degenerativos como diabetes, infarto de miocardio, carcinomas, lesiones medulares, insuficiencia renal, síndrome de inmunodeficiencia adquirida o problemas vasculares cerebrales, que pueden contribuir al inicio o exacerbación del trastorno depresivo a lo largo de su enfermedad o tratamiento e inclusive aumentar el riesgo de tentativas de suicidio si no es bien atendido (E. Hales, 2000).

Dentro de los estados emocionales existe el trastorno distímico que es clasificado por un estado de ánimo crónicamente depresivo, en los niños se puede observar irritabilidad, dificultad para concentrarse o para tomar decisiones; la presencia de sus características para diagnosticarse debe ser mínima de un año. Este trastorno debe ser diferenciado del trastorno de ánimo debido a una enfermedad médica, considerando la alteración una consecuencia fisiológica directa del padecimiento.

Tomando en cuenta lo anterior el trastorno de ánimo debido a una enfermedad médica puede parecerse a diferentes clasificaciones de un trastorno depresivo sin embargo este no cumple totalmente con los criterios para diagnosticarse como depresión, pues parte del proceso adaptativo las personas responden al estrés psicológico debido a padecer una enfermedad, además se establece que la alteración del estado de ánimo está relacionada a través de un mecanismo fisiológico, por lo tanto, cuando se evalúa a cada paciente se debe tener en cuenta la relación de los síntomas afectivos y la enfermedad clínica.

1.3 Depresión en niños

La depresión es un problema de salud que se presenta frecuentemente en niños y adolescentes, este trastorno se ha investigado desde el punto bio-psico-social en donde la edad, el género, el estado socioeconómico, la pérdida de seres queridos, las perturbaciones en la relación entre padres e hijos, los antecedentes heredo familiares, cambios biológicos (bioquímicos u hormonales) y la presencia de otras patologías pueden asociarse e incrementar el riesgo a desarrollar este trastorno. El comienzo de la depresión puede ser súbito o gradual, por corto o largo plazo; y reconocer o diagnosticar este trastorno en niños puede ser difícil debido a que la sintomatología puede estar presente al mismo tiempo que otros trastornos, como la ansiedad o déficit de atención con hiperactividad.

Los síntomas de depresión varían de acuerdo a la personalidad del niño y a la etapa de desarrollo en la que se encuentra. Aunque algunos estudios han encontrado una asociación entre la familia y el niño con problemas de conducta, las investigaciones han demostrado que la asociación es más fuerte entre el padre y el niño. De hecho varios estudios han encontrado que la depresión en uno de los miembros de una familia aumenta el riesgo de depresión doble; (revisado por Stark y colaboradores, 2006) la descendencia de padres deprimidos es más propensas a desarrollar depresión, si el padre tenía depresión de inicio temprano, ha sido recurrente, o si el padre fue hospitalizado en varias ocasiones.

En los factores bio-psico-sociales, Arango en el 2006, realizó un estudio con 27 pacientes de ambos sexos entre 5 y 15 años de edad los cuales presentaron intento de suicidio, este estudio tomó en cuenta que los problemas familiares pueden desencadenar trastornos mentales como la depresión y que este trastorno es uno de los predictores a la consumación del suicidio, por lo que, uno de sus criterios fue que los pacientes fueran evaluados por el servicio de salud mental. Encontrando que el 85.2% de los pacientes fueron diagnosticados con depresión grave, el resto presentó otras patologías; la violencia familiar prevalecía en un

44.4%. Concluyendo que el perfil del paciente con intento de suicidio correspondía a los varones menores de 10 años con depresión u otras psicopatologías con antecedentes de problemas escolares, y que vivían en un ambiente familiar violento, desintegrado y disfuncional.

Pero no todos los estudios refieren que los niños o jóvenes presentan depresión al estar en una familia desintegrada, es así como Rea A. (2007) lo menciona en su estudio con 60 niños entre las edades de 8 a 10 años, los cuales 30 eran hijos de familias uniparentales y el resto eran hijos de familias integradas; ambos fueron evaluados con el cuestionario de depresión para niños (CDS) en dónde encontró que no existe diferencias significativas en el nivel de depresión entre un grupo y otro, en esta investigación no se tomó en cuenta los antecedentes hereditarios.

Con este mismo cuestionario (CDS) se realizó una correlación entre rendimiento escolar y depresión en una población de 66 alumnos divididos en dos grupos (35 alumnos de bajo rendimiento y 31 alumnos de alto rendimiento). Concluyeron que no encontraron una correlación significativa en relación al rendimiento escolar en determinados elementos de la subescala de total depresivo (TD) y total positivo (TP), hubo una correlación significativa en relación con el rendimiento escolar como en el caso de las respuestas afectivas (RA), depresivos varios (DV) positivos varios (PV). Esta relación entre las subescalas enunciadas en el CDS y del bajo rendimiento escolar indicó que estos niños tienen un estado emocional que les provoca poca motivación para los estudios aunado a un sentimiento de inseguridad y pensamiento con base en una actitud derrotista que afecta su desempeño escolar. (2001) Portillo T. y Villa L.

Así como estos estudios existe una gran gama en donde los factores varían al igual que los resultados, sin embargo la realidad es que el trastorno de depresión se presenta en las poblaciones pediátricas y ha ido en aumento, afectando no solo al paciente sino a la familia que le rodea.

CAPÍTULO

II

ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

2.1 Enfermedades oncológicas pediátricas (Linfoma y Retinoblastoma)

Los tratamientos en el cáncer infantil a diferencia del adulto, deben enfocarse fundamentalmente en el aspecto curativo, preocupándose en que éste tenga el menor número de efectos colaterales para asegurar una buena calidad de vida.

Las leucemias, linfomas o tumores como retinoblastoma, del sistema nervioso central y las neoplasias óseas son las cinco enfermedades más comunes en México que se presentan entre los 5 y 16 años de edad, estadísticamente representando una gran población afectada que ocupa el segundo lugar en padecimientos pediátricos. La mayoría de estos diagnósticos se presentan en tumores sólidos, los cuales son formados por la proliferación celular a causa de una malformación genética y que pueden invadir los tejidos circundantes o propagarse a otras áreas, como estructuras de soporte óseas, pulmones, médula, hígado, riñones, etc., y para detectar su ubicación se suelen utilizar alguna de las siguientes técnicas.

Técnica	Proceso para obtener el Diagnostico
Biopsia	Extracción y examen de tejidos de un organismo, que se realiza mediante una aguja guiada o por medio de cirugía.
Tomografía Axial Computarizada (TAC)	Técnica radiológica que mediante el cálculo matricial, permite visualizar el interior del cuerpo en tres dimensiones; favoreciendo la localización del órgano afectado y las metástasis posibles.

Resonancia Magnética (RNM)	Se utiliza un medio de contraste que permite ver la extensión tumoral principalmente en neoplasias óseas y del SNC.
Aspirado de Médula	Procedimiento por el que se inserta una aguja en la cavidad del hueso para extraer una pequeña cantidad de líquido de la médula ósea y poder examinarlo bajo el microscopio.

Tabla 2.1.- Procedimientos de gabinete que se realizan con mayor frecuencia (Díaz Rubio E., 2007)

Ya detectada la neoplasia se plantea el tratamiento el cual se combina, según el tipo de tumor y los factores de riesgo, la quimioterapia se utiliza con frecuencia para combatir las células cancerígenas basada en la administración de sustancias químicas (fármacos), dichos fármacos se denominan medicamentos citostáticos o citotóxicos. El mecanismo de acción es provocar una alteración celular ya sea en la síntesis de ácido nucleico, división celular o síntesis de proteínas; debido a su inespecificidad afecta a otras células y tejidos normales del organismo, sobre todo si se encuentran en división activa, la acción de los diferentes citostáticos varía según la dosis a la que se administre, los cuales a su vez dejarán efectos tardíos que dañaran la integridad del paciente a nivel físico y social (tabla 2.2).

Secuelas a corto o largo plazo	Tipos de Quimioterapias
Insuficiencia cardíaca y esterilidad	Ciclofosfamida
Encefalopatía aguda	Ifosfamida
Neuro-retinitis	Nitrosoureas
Conjuntivitis (lagrimeo)	Citarabina Doxorrubicina Metotrexato
Hipertensión arterial	Mitomicina D
Polineuritis de miembros inferiores o superiores, afección de pares craneales III, V, VI, VII. Confusión, ataques convulsivos	Vincristina
Afección del VIII par craneal (disminución de agudeza auditiva)	Cisplatino
Alteración en la función hepática	Dacarbazina Metotrexato Actinomicina D L. Asparaginasa
Daño en la función renal	Nitrosoureas Mitomicina D L. Asparaginasa Cisplatino
Ataxia	Fluorouracilo Vincristina

Tabla 2.2.- Quimioterapia representativas que dejan secuelas a largo plazo, son irreversibles, y causan problemas psicológicos (Vargas N. 1995, Rivera L. 2006).

La radioterapia es parte del tratamiento en algunas neoplasias, con el objetivo de reducir las células cancerígenas basada en el empleo de radiaciones ionizantes (rayos X o radiactividad, la que incluye los rayos gamma y las partículas alfa) en la parte del organismo donde se apliquen (tratamiento local) o bien en todo el cuerpo si es necesario, teniendo efectos tardíos como:

- Alteración en el desarrollo (deficiencia en la hormona del crecimiento).
- Atrofia y fibrosis de músculos y tejido blando.
- Cataratas queratoconjuntivitis.
- Pericarditis y enfermedad coronaria.
- Fibrosis pulmonar.
- Daño neuropsicológico y cambios estructurales del SNC.
- Daño en función renal.
- Hipertensión.
- Alteraciones endocrinas (panhipopituitarismo, hipotiroidismo, infertilidad, insuficiencia ovárica disfunción hepática).

Los protocolos oncológicos al igual que otras técnicas terapéuticas como cirugía, trasplante de células hematopoyéticas, son bastantes complejos, que demandan la intervención de un equipo interdisciplinario (médicos oncólogos, cirujanos, radioterapeutas, infectólogos, nutriólogos, psicólogos, enfermeras etc.) que benefician el estado físico y emocional durante el tratamiento a la posible curación; teniendo en cuenta que la primer etapa es intensa, ya que se pretende tener el control de la enfermedad, por lo tanto se le exige al paciente hospitalizaciones frecuentes y traslados de su lugar de origen a centros especializados que provocan trastornos en la rutina de la vida familiar, escolar y social en todas las personas que rodean al enfermo.

Para lograr que los pacientes de estas enfermedades logren una posible supervivencia, se debe tener en cuenta diversos factores como el avance de la enfermedad, el número de ciclos requeridos para obtener la remisión y la intensidad de la dosis administrada además de los intervalos del mismo, así como los atrasos por la mala tolerancia, toxicidad e infecciones, y finalmente la parte psicosocial (cultura, religión o pensamiento mágico e irracional) que influyen en la toma de decisiones para iniciar o continuar el tratamiento en cada niño; por lo tanto todos estos factores intervendrán en la adherencia en cualquiera de las siguientes etapas:

- Inducción de la remisión.
- Consolidación de la remisión.
- Profilaxis al sistema nervioso central.
- Intensificación tardía de la remisión.
- Mantenimiento de la remisión.

Dependiendo de la edad y la agresividad del tratamiento los pacientes tendrán reacciones de toxicidad como cefalea matutina, náusea, vómito, convulsiones, cambio de comportamiento, los signos iniciales conforman el síndrome de hipertensión intracraneal (cefalea, náuseas, vómito y papiledema), secundario a edema cerebral y afección del parénquima adyacente, que pueden progresar en alteraciones de la memoria, trastornos de personalidad, confusión mental, trastornos de la visión y de ambulación (Gutiérrez, 2007). Pero es importante mencionar que no todos los pacientes presentan los síntomas mencionados esto también dependerá del tipo de tumor que padezcan, y al tipo de quimioterapia al que sean sometidos.

Con base en las reacciones ya mencionadas es importante especificar las características de las enfermedades oncológicas que para este trabajo fueron considerados como los diagnósticos más representativos en la población de supervivientes, siendo los linfomas y retinoblastomas las neoplasias más frecuentes.

Linfomas

Los linfomas son un tipo de cáncer que se presenta en la edad de niños escolares, caracterizado por la proliferación de células del subsistema linfoide que es una red de ganglios y vasos finos distribuidos por todo el cuerpo, cuya función es combatir las infecciones (afecta al conjunto de los glóbulos blancos llamados linfocitos), estos tumores se dividen en dos clases, Linfoma de Hodgkin y Linfoma no Hodgkin, la ausencia de células de Reed-Sternberg hacen que se distingan entre uno y otro, por lo tanto se utilizan diferentes tratamientos.

Los datos más importantes para diagnosticar esta neoplasia es la presencia de diaforesis, fiebre, escalofríos, fatiga, pérdida de apetito y/o síndrome de desgaste metabólico caracterizado por pérdida de peso aproximadamente de un 10%, prurito generalizado, y aumento de tamaño de uno o varios ganglios linfáticos (cuello, axilar o inguinal). La histología y la morfología son los mayores determinantes en el pronóstico, por ejemplo los linfomas de bajo grado de malignidad pronostican una alta sobrevivencia después de varios años, mientras que en los linfomas de alto o intermedio grado de malignidad, la supervivencia es ocasionalmente, de algunas semanas aún con tratamiento.

En seguida se describirán brevemente los dos principales tipos de linfomas.

Linfoma de Hodgkin

Para confirmar esta enfermedad, el estudio histológico debe revelar células de Reed-Sternberg. El tratamiento dependerá de la clasificación en que se encuentre la enfermedad, este linfoma se divide en cuatro estadios:

- Compromiso de una sola región ganglionar (cervical alto inguinal, mediastinal y de fosa supraclavicular).
- Compromiso de un sólo órgano o localización extralinfática y de una o más regiones ganglionares, pero a un mismo lado del diafragma.
- Compromiso de regiones ganglionares linfáticas en ambos lados del diafragma puede no estar acompañado de:
 - Compromiso localizado de un órgano extralinfático; la enfermedad abdominal está limitada al abdomen superior; bazo, ganglios del hilio esplénico, ganglios celíacos, ganglios hepáticos y portales.
 - Compromiso de los ganglios en ambos lados del diafragma; la enfermedad compromete ganglios paraórticos, mesentéricos, ilíacos, o compromiso inguinal con o sin enfermedad en el abdomen superior.
 - Compromiso diseminado o difuso de uno o más tejidos de localización extralinfática, con o sin compromiso ganglionar.

- Compromiso de ganglios de la pelvis con o sin otro compromiso abdominal, de hígado o médula ósea.

Definiendo como órganos extralinfáticos todos los que no son ganglios, bazo, timo, anillo de Waldayer, apéndice, placas de Peyer (Zolezzi, 2007).

Linfoma de No Hodgkin

La evolución del linfoma no hodgkin puede ser rápida o lenta, la causa de incidencia puede estar asociada con la supresión del sistema inmune, también se clasifica el grado de malignidad (bajo, intermedio y alto), el Dr. Majluf en el 2006 menciona que los tumores de alto grado de malignidad (Linfoma de Burkitt y el Linfoma Linfoblástico) son más frecuentes en niños y jóvenes.

Al igual que otras neoplasias esta surge por cambios genéticos que resultan una alteración en la diferenciación de células linfoides (B y T), las cuales permiten una subdivisión de este linfoma el cual es considerado en:

- Linfoma no Hodgkin de células B, indiferenciado o también llamado de células pequeñas no hendidas (Burkitt).
- Linfoma linfoblástico.
- Linfoma anaplástico de células grandes.

Y su etapificación dependerá del pronóstico.

Estadío 1: Sólo un tumor puede ser extraganglionar (se excluye mediastino y abdomen).

Estadío 2: Sólo un tumor puede ser extraganglionar con afectación regional en dos o más áreas ganglionares del mismo lado del diafragma.

Estadío 3: Dos o tres focos extraganglionares repartidos en ambos lados del diafragma (igual para focos ganglionares) ó todos los tumores intraabdominales extensos, intratorácicos primarios (mediastino, pleural, tímico) y paraespinales o epidural, independientemente de otras zonas tumorales.

Estadío 4: Cualquiera de las anteriores con afección al SNC, médula ósea (menos del 25%), o ambos (Gloria, 2007).

Con base en las características anteriores existen estudios como los de Freud y colaboradores, quienes encontraron que más de 50% de niños con linfomas presentan una masa en el mediastino anterior, y aproximadamente 35% de niños con linfoma no Hodgkin tenían la masa primaria en el mediastino, observando que estas características se presentan aproximadamente en dos tercios de todos los niños, considerando que la vía aérea es la complicación más seria en los linfomas que crece rápidamente. Por lo que, el diagnóstico de una masa mediastinal es basado inicialmente en los rasgos clínicos, seguido por los estudios de imágenes (radiografías normales, ultrasonografía y tomografía computarizada; ocasionalmente resonancia magnética nuclear, angiografía, y centellografía), seguidos por el toracoscopia, mediastinoscopia y la biopsia.

Retinoblastoma

Esta neoplasia se origina en la retina de forma unilateral y bilateral a pesar de que es una enfermedad congénita que se desarrolla aproximadamente entre los 2 y 3 años, este tumor tiene como características un brillo o mancha en la pupila (leucocoria), iris de color diferente en cada ojo, estrabismo, dolor y/o enrojecimiento ocular, así como visión deficiente que puede llevar a la ceguera. Lo que ayuda a diagnosticarse por simple examen clínico y sin realizar una biopsia de tejido, diversos especialistas en oncología pediátrica mencionan que una aspiración con aguja fina para citología puede aumentar el riesgo de diseminación a la órbita y al cerebro a través del nervio óptico.

Sin embargo para confirmar el tipo de neoplasia y estadio (el tamaño y localización tumoral) es necesario que el paciente sea evaluado por medio de procedimientos como el TAC cerebral para evaluar el tamaño del tumor y ultrasonido de ojo (ecoencefalograma de cabeza y ojo) pero los pacientes no sólo son valorados por oncólogos, el manejo es en conjunto con oftalmólogos, genetistas, neurorradiólogos, radioterapeutas y anestesistas, los cuales forman parte de la toma de decisión para conservar o no el ojo, sin embargo existen pacientes que desde su ingreso los médicos deciden enuclear para detener la actividad tumoral e iniciar el tratamiento con quimioterapia, en algunas ocasiones también aplican radioterapia. En esta última, la edad del pequeño será determinante dada las consecuencias que conlleva al crecimiento de la cavidad orbitaria, y para que en un futuro se pueda colocar una prótesis. Esta característica física representa un problema psicosocial durante el desarrollo en la mayoría de los pacientes, provocando un desequilibrio emocional y de adaptación.

El retinoblastoma puede surgir espontáneamente, sin historia familiar previa, o presentarse como un tumor familiar; el 5-10% de casos tienen antecedentes familiares y el 90-95% son espontáneos (Heras de la., 2006); especificando algunos autores como Leal (2006) que por ser una enfermedad genética las

principales diferencias entre el retinoblastoma hereditario y el no hereditario son que el primero ocurre de forma más temprana, siendo multicéntrico y bilateral, presentando mayor riesgo de originar otros cánceres no oculares.

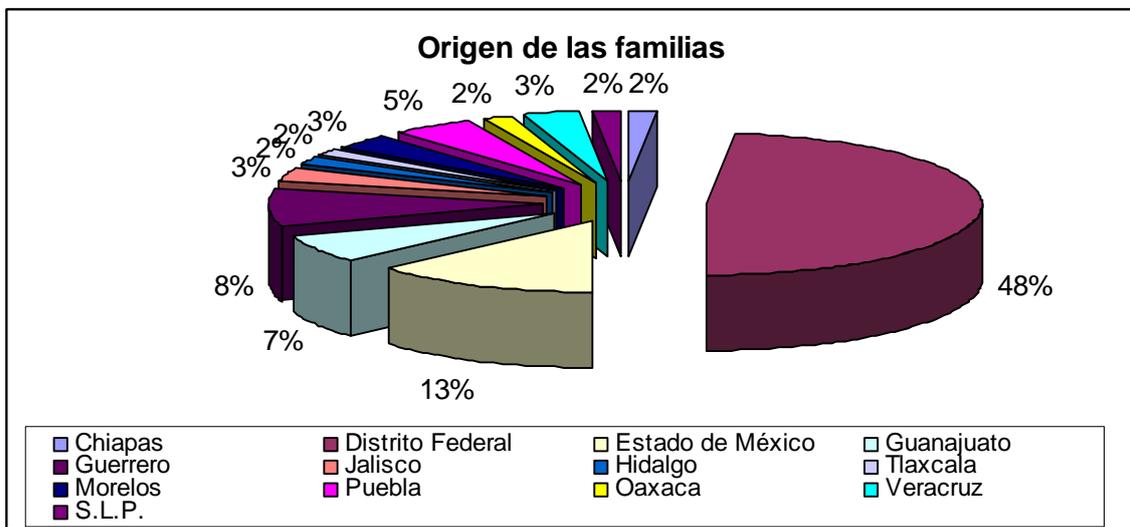
Con base en las características anteriormente mencionadas existen investigaciones en donde el objetivo es conocer el diagnóstico tardío y las causas que lo provocan, Butros y col. (2002) encontraron que los padres fueron quienes notaron los primeros signos en el 75% de los casos, a pesar de eso no se pudo establecer con claridad consecuencias que provocan la demora del diagnóstico, pero se observó una asociación entre la tendencia hacia la pérdida ocular con demoras mayores (en retinoblastoma bilateral), y que el tiempo medio transcurrido desde que se presentaron los signos hasta el momento del diagnóstico para los pacientes con enfermedad unilateral y bilateral fue de 1.5 y 2.25 meses respectivamente; para aquellos que presentaron leucocoria y estrabismo, el período medio transcurrido fue de 1.5 y 2.5 meses.

A pesar de que los signos clínicos son fáciles de detectar, se les recomienda a los pediatras que durante las visitas de rutina que realiza el paciente, informen a los padres acerca de la importancia de reportar anomalías oculares de forma inmediata.

2.2 Estado psicológico del niño con cáncer

El cáncer en la población infantil mexicana ha ido en aumento en la última década, actualmente convirtiéndose en un problema de salud pública, el cual requiere de una asistencia integral, esto con el objetivo de causar el menor daño físico y psicológico en cada paciente desde que ingresa al hospital hasta que se va de alta, motivo por el cual se realizó el presente trabajo.

El Instituto Nacional de Pediatría (INP) es un hospital de tercer nivel de atención, es decir, se proporciona la asistencia a niños y adolescentes que padecen de alguna enfermedad crónica degenerativa y los pacientes con cáncer son el objetivo principal de esta investigación, también es considerado un hospital de concentración en donde la procedencia de los pacientes primordialmente son del Estado de México y D.F. seguida de los pacientes que su origen es al sur de la república mexicana (grafica 1).



Grafica 1: Distribución demográfica de la población para esta investigación

Esto a su vez significa, que el paciente y su familia sufren de una desorganización en la dinámica familiar, pues se encuentran fuera de casa, lejos de sus hermanos, abuelos, tíos, etc. El desequilibrio psico-social en los pacientes se presenta al

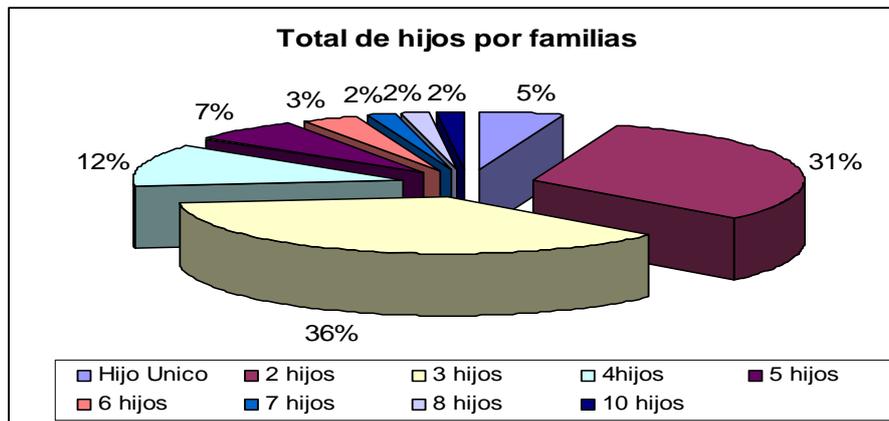
limitar la libertad y autocontrol, ya que el no poder realizar actividades diarias como "asistir a la escuela", "ver o jugar con amigos" etc., a causa de una enfermedad que en principio puede significar sufrimiento, castigo, muerte o un alivio por ser diagnosticada.

La mayoría de los pacientes cuando ingresan al ambiente hospitalario pueden presentar llanto, miedo, ansiedad, enojo, agresividad, regresión, depresión, trastornos de sueño y/o alimentación, estas manifestaciones en los niños pequeños son causadas ante la preocupación por el dolor y a la separación de sus padres; en los adolescentes surgen sentimientos de soledad y estrés debido a los posibles cambios físicos. Estas respuestas se presentan en todos los pacientes dado a que el INP hace cumplir a los padres normas de visitas matutinas y vespertinas, lo cual significa que en la noche el paciente se encuentra alejado de sus padres, así que, el nivel de desarrollo va a determinar el impacto emocional pues la manera de pensar y comprender será distinta en cada paciente, otros factores serán la personalidad del paciente, la experiencia previa y la cultura de cada familia.

La aparición de síntomas emocionales o conductuales en pacientes oncológicos son una respuesta de ajuste normal ante la adaptación a cambios físicos, hábitos de alimentación e higiene y lugar de residencia; que a su vez causan un impacto psicológico en padres o cuidadores, es decir, estos responden principalmente con sobreprotección o tratan de negociar de manera incorrecta provocando que el niño sea dependiente de quien lo cuida (la conducta entre padres e hijos puede ser que ya existía antes sin embargo ante la enfermedad se incrementa dicho comportamiento). Los padres responden de esta manera ya que exteriorizan el miedo ante la posible pérdida de su hijo como un real o imaginario, y de manera consciente o inconsciente causan un mayor problema psicológico en el pequeño.

Independientemente de que las familias de estos pacientes vivan en el área metropolitana o en otro estado, los roles y la dinámica de cada integrante cambia,

se ha observado que los cuidadores primarios son las madres, pues los padres principalmente se responsabilizan de la cuestión económica ya que en la mayoría de estas familias el paciente no es el único hijo (grafica 2).



Grafica 2: Número de hijos por cada familia con base a la muestra de esta investigación.

En la mayoría de las culturas la figura femenina es la responsable de realizar las actividades de casa, la responsable de la educación y cuidado de los menores, pero en estos casos la madre se enfoca al cuidado de un solo hijo que es “el niño enfermo”, a lo cual, las responsabilidades que le eran asignadas pasan a los hermanos del paciente o bien estos quedan a responsabilidad de algún otro familiar como tíos o abuelos. Pero ¿por qué mencionar esto?, a lo largo del tratamiento y al final de este, por lo general los pacientes escolares y adolescentes presentan sentimientos de culpa y responsabilidad debido a los cambios que sufrió su familia, con base en la experiencia personal, se observa que los cuidados especiales que requiere el enfermo oncológico puede generar en los hermanos síntomas parecidos a los del mismo paciente (ansiedad, enojo, aislamiento, agresividad, regresión, depresión, trastornos de sueño y/o alimentación, problemas de socialización y de aprendizaje), sobre todo si este se encuentra hospitalizado y uno de los padres debe abandonar el hogar para permanecer junto a su hijo como parte del cuidado “normal” o sobreprotección y por consiguiente se presenta la desatención de los otros hijos. Asimismo, los hermanos del niño enfermo pueden percibirse desplazados por permanecer sanos, y es cuando

comienzan a manifestar conductas inadecuadas para llamar la atención que se encuentra desviada hacia el hermano enfermo incluso mencionando o pensando en querer estar enfermos para tener la misma atención.

La dinámica de pareja cambia, los padres pueden sentirse culpables e impotentes por no poder proteger a su hijo del cáncer, esto aumenta su estado de ánimo y puede agravar los problemas conyugales si ya existían o pueden surgir nuevos conflictos ante los desacuerdos en la toma de decisiones, principalmente la comunicación se ve afectada, aunada la carga física y emocional que experimenta cada uno. Se ha observado que más del 50% de las familias se desintegran o dejan de ser funcionales durante el tratamiento de su hijo, esto a nivel psicológico incrementa el pensamiento de culpa y responsabilidad del paciente “por mí, mis padres tienen problemas”, “por mí, mis padres se separaron”.

Lo anterior habla de situaciones que experimenta el niño con cáncer, desde el punto de vista psico-social y familiar, pero faltaría agregar los cambios físicos que provoca el tratamiento (quimioterapia, radioterapia o cirugías) como la alopecia, fatiga, cansancio, dolor muscular, cefalea, náuseas, vómitos, pérdida de peso etc., síntomas que causan un desequilibrio en el autoconcepto y baja estima en los pacientes pues su condición puede llevarlos a pensar en que son inútiles y que el tratamiento en lugar de mejorarlos los este afectando más, respuesta ante un sentimiento de pérdida real o imaginario. Por esto, el apoyo psicológico es fundamental para el paciente y su familia durante los ciclos de tratamiento.

Al final del tratamiento, la vigilancia se convierte en una reorganización ante las diversas pérdidas que haya experimentado el paciente o a continuar con los hábitos que modificó durante la enfermedad, esto facilitará o dificultará la reincorporación a sus actividades diarias por tal motivo es importante la evaluación y seguimiento psicológico.

Estado psicológico del niño con cáncer

Tomando en cuenta lo que se explicó en este apartado, se evaluó las características o trastorno depresivo en estos pacientes. El trabajo se llevo acabo con una prueba que evalúa factores de respuestas afectivas, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte y salud y sentimientos de culpabilidad es decir, factores que se presentan durante el tratamiento y posterior a la curación.

2.3 Modelo de Intervención en Psicooncología.

El apoyo psicológico que debe recibir un paciente con cáncer es primordial desde que ingresa al ambiente hospitalario, al informarle su diagnóstico, durante el tratamiento y la vigilancia o como parte integral del cuidado paliativo al final de la vida si no se logra la curación; cada vez que se inicia una de estas etapas los pacientes así como sus familias se enfrentan a una serie de circunstancias complejas y difíciles de comprender o aceptar, las cuales producen cambios emocionales que repercutieran en el futuro. Por lo tanto, la atención psicológica servirá de apoyo a los médicos y familiares al momento de tomar decisiones que favorezcan la calidad de vida del paciente.

La psicooncología es una subespecialidad de la Oncología que se interesa específicamente en los aspectos psicosociales y psicobiológicos en los pacientes y familiares (trastornos emocionales que afectan la conducta del enfermo y su entorno, generados por la enfermedad o los distintos tratamientos), así como en la investigación de los cambios que sufren estos para relacionar el vínculo entre los factores psicosociales y la evolución o sobrevida en enfermos de cáncer (Suárez V., 2002 y Diggs E., 2006).

La experiencia de algunos psicólogos especialistas en el área oncológica ha llevado a la creación de modelos de intervención que se caracterizan por trabajar en un equipo interdisciplinario que favorecen al paciente durante su tratamiento; a diferencia de algunos hospitales que al necesitar del psicólogo se dirigen a salud mental, el Instituto Nacional de Pediatría cuenta con un equipo de profesionistas que se involucran con cada paciente como lo hace el resto del equipo de salud; trabajando bajo la teoría cognitivo-conductual y el siguiente modelo de intervención es el que se lleva a cabo (figura 2.1).

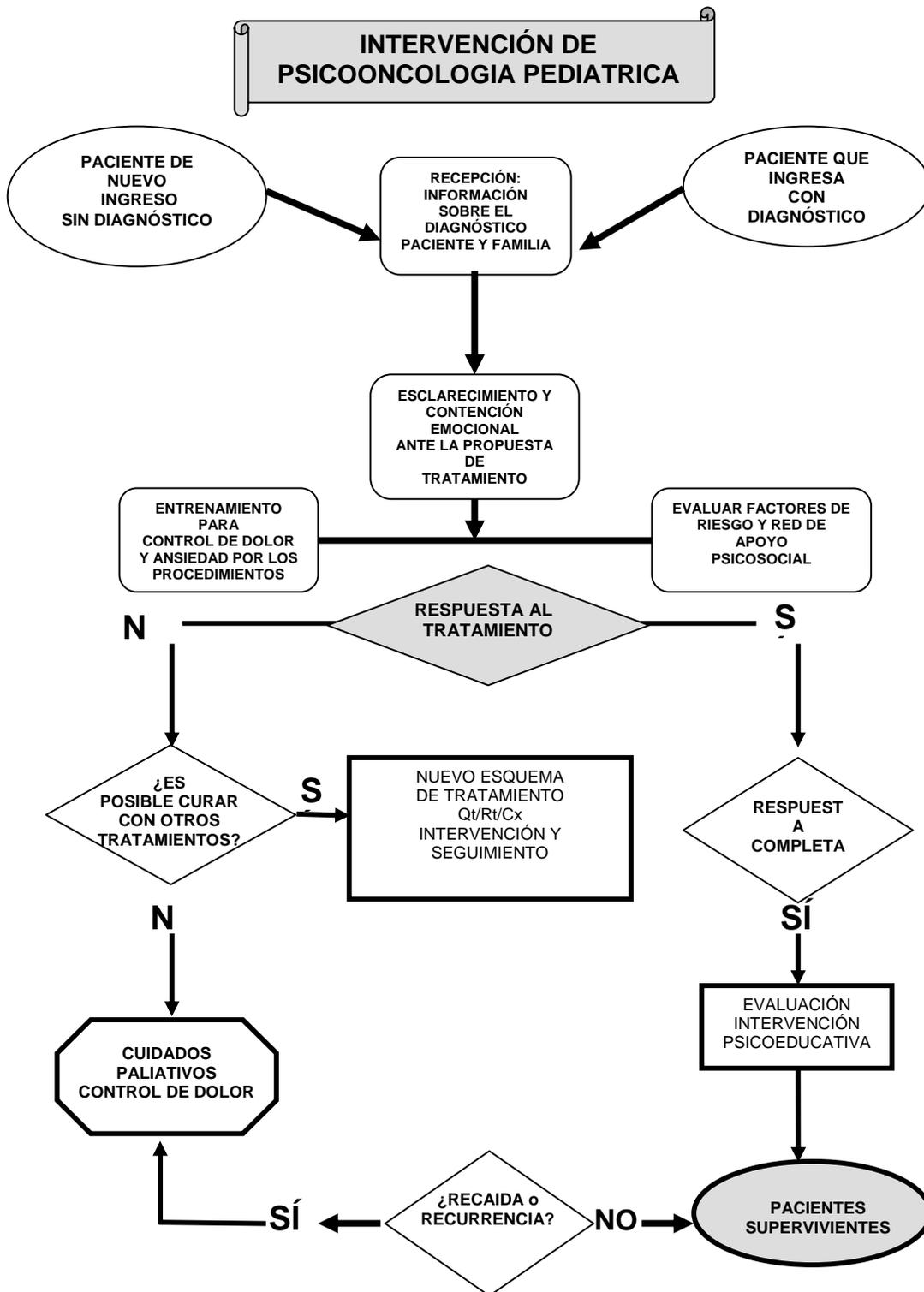


Figura 2.1.- Modelo de trabajo en Psicooncología (Méndez V.J. Manuscrito no publicado).

Hospitalización y estudios de gabinete

La primera etapa puede durar de 2 a 3 semanas en las cuales los pacientes y principalmente los familiares se encuentran en una constante incertidumbre por conocer el diagnóstico. Durante estas semanas el psicooncólogo se enfoca en:

- Realizar entrevista semiestructurada, con el objetivo de conocer las redes familiares, sociales y económicas que favorecerán en el resto de los procedimientos y tratamientos.
- Aplicación de técnicas como psicoeducación las cuales ayudaran a modificar el pensamiento mágico respecto a como se realizan los estudios y procedimientos.
- Técnicas de respiración diafragmática, terapia de juego, imaginaria o relajación para evitar miedo, ansiedad y disminuir el dolor, por ejemplo al momento de realizar aspirado de médula, punción lumbar, resonancia magnética o Tomografía axial computarizada entre otros estudios. Estas técnicas también son aplicadas con el objetivo de mejorar la adaptación hospitalaria.
- Intervención en crisis cada que sea necesario ante la idea de una posible enfermedad crónica degenerativa sin ser confirmada.
- Finalmente se va preparando a la familia y al paciente, respecto al diagnóstico y tratamiento, esto sólo se realiza con base en la información proporcionada por el resto del equipo médico.

En todas las intervenciones se debe tener en cuenta la edad del paciente o familiar, estado cognoscitivo, cultura, creencias, religión etc.

Diagnóstico.

Cuando hablamos de enfermedades pediátricas, esto significa que la información como el diagnóstico, aceptación de procedimientos y tratamiento, primero es proporcionado a los familiares o cuidador responsable.

Al diagnóstico tanto en los niños como en los padres, la respuesta inicial es de incredulidad, confusión y shock. Se abren múltiples interrogantes y la incertidumbre ante el futuro, paradójicamente algunos niños puede suponer un alivio al considerar que su enfermedad ha sido detectada y se va a iniciar el tratamiento, pero también se puede observar negación del mismo diagnóstico juzgando un papel crucial en el afrontamiento de la realidad día a día.

El trabajo psicológico principalmente se basa en la intervención ante el shock emocional, la psicoeducación (resolver dudas respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico) así como manejar la postura de que el paciente debe ser informado de su padecimiento, esto mediante técnicas y material adecuado a su edad (sólo si el desarrollo y condición física lo permite), así evitando la conspiración del silencio ya que en algunos estudios se ha demostrado que si los padres mantienen en secreto el diagnóstico, la expresión no verbal crea un problema y el niño advierte la gravedad de la situación mientras es sometido a los procedimientos terapéuticos, acrecentando su ansiedad y al no poder compartirla con los demás llevando este trastorno a perturbaciones en la salud mental y a su calidad de vida. (Ulloa y col., 2001).

La comunicación “abierta” con el niño respecto al diagnóstico ayuda a la adaptación hospitalaria y al pronóstico, de lo contrario el paciente no podrá comunicar sus temores, ocasionándole sentimientos de soledad, favoreciendo las fantasías sobre su situación real (aumentando o disminuyendo la gravedad de la enfermedad) haciendo con los padres una relación más tensa y difícil, provocando desconfianza y aislamiento. Cuando los padres solicitan el apoyo para explicarle al

niño, el psicooncólogo se basa en técnicas como el juego, utiliza metáforas, historias o material didáctico, teniendo en cuenta la edad del paciente, pues los conceptos de enfermedad y muerte van cambiando con el desarrollo, es por eso que las técnicas se ajustan a las necesidades del pequeño con la finalidad de modificar el pensamiento mágico o irracional que pueden llegar a provocar culpas, y se busca encontrar un equilibrio entre el optimismo excesivo y el pesimismo de anunciar la muerte (Pedreira J.L. y Palanca M. 2001).

Por otra parte, algunos padres elaboran la pérdida del hijo reaccionando con un duelo anticipado, como una forma de hacer más tolerable el dolor que provocará el tratamiento, sin embargo otros padres viven el diagnóstico como una agresión, pueden culparse por motivos genéticos o por haber fracasado en el cuidado con su hijo, también pueden culpar a otros como a los médicos, el destino o a Dios.

Posteriormente a la fase de negación, según la vivencia y las experiencias pasadas con esta enfermedad tanto en pacientes y familiares van apareciendo sentimientos de ansiedad, rabia o depresión que pueden traducirse en distintas manifestaciones emocionales y conductuales (regresiones, rebeldía, irritabilidad, oposición, aislamiento, pensamiento mágico o irracional etc.); estos pueden prolongarse o aparecer durante el tratamiento, a lo cual es importante el apoyo psicológico para reforzar las técnicas de afrontamiento y mejorar la sintomatología.

Tratamiento.

Los efectos secundarios se presentan de forma casi inmediata a la quimioterapia o radioterapia, pueden provocar una situación de estrés o depresión por no saber controlar dicha sintomatología como náusea, vómito, irritabilidad, falta de apetito, fiebre, dolor etc., a pesar, de que el paciente es quien sufre estas consecuencias, los familiares también pueden presentar trastornos psicológicos al ver padecer a su hijo.

Pero los pacientes no siempre están expuestos a lo anterior por lo tanto las intervenciones terapéuticas se dan en circunstancias muy concretas (ataques de llanto, angustia, miedo, somatización, síntomas anticipatorios, etc.). Desde el punto de vista cognitivo, las estrategias que se adoptan con el niño durante su tratamiento van destinadas a reducir la incertidumbre, ganar control sobre la situación, evitar baja estima y reducir los sentimientos negativos.

Sin embargo a medida en que avanza la enfermedad, los síntomas físicos derivados de los múltiples factores ya mencionados, cobran más importancia pues suponen una amenaza a la integridad del niño y a la imagen que los demás tienen de él, la cual se va dando por una serie de cambios en el aspecto físico, aptitudes, roles sociales, relaciones interpersonales, aceptación de amigos y compañeros

Es esta fase el trabajo psicológico es:

- Psicoeducación (reforzar la importancia del tratamiento y procedimientos rutinarios como toma de muestras y aspirado de médula), también se pretende alentar las técnicas de afrontamiento en cada persona.
- Técnicas de relajación (respiración diafragmática, imaginería, juego).
- Modificación cognoscitiva (si es que el paciente o familiar presenta ideas contrarias respecto al pronóstico que en ese momento maneja el equipo médico), esto se realiza principalmente confrontando a la persona.
- Modificación de hábitos en casa o en el ambiente hospitalario, los cuales favorecerán durante el transcurso del tratamiento; estas costumbres rutinarias pueden ser con referente a la limpieza, alimentación o trastornos de conducta.

Por tanto será importante repetir la información en varias ocasiones y estar abiertos a las preguntas que puede realizar el paciente a lo largo del tratamiento, así como fortalecer sus mecanismos de afrontamiento.

La familia también presenta un descontrol en su funcionamiento, alterando las rutinas cotidianas o reajustando los planes previamente establecidos al diagnóstico; las madres suelen asumir más responsabilidad, tienen más contacto con los médicos y saben más de la enfermedad. Los padres sufren menos trastornos psicológicos en parte porque mantienen su rol como los que proveen económicamente en casa y cuidan de los hijos sanos. Durante el transcurso de la enfermedad, las relaciones conyugales pueden deteriorarse y la relación de los hermanos con el niño enfermo también puede modificarse manifestando celos, agresividad, etc.

Si existe recaída.

La palabra cáncer causa un miedo inmenso desde que el paciente es diagnosticado, desde el punto de vista social significa que los pacientes que han sufrido cáncer "no se mejoran"; y este concepto está presente en la mayoría de los casos estudiados, es decir, enfrentando un temor al futuro. Esto explica, en parte, la persistencia de ansiedad y el miedo a una recaída y/o muerte (Ulloa y col., 2001). Dado a que, una recaída implica iniciar desde el principio y con menos posibilidades de curarse.

Fuera de tratamiento.

Cuando el médico tratante considera que los procedimientos empleados no curaran al paciente, este se canaliza para recibir el cuidado paliativo, es decir, atenderlo en forma integral y brindarle una mejor calidad de vida. La intervención

psicológica inicia desde que se le informa a la familia que su hijo queda fuera de tratamiento oncológico, pues dicho momento puede provocar un shock emocional impidiendo tener pensamientos racionales, considerando que los pacientes son pediátricos, inicialmente se realizara intervención con los padres; posteriormente bajo la autorización de los cuidadores y si el paciente lo solicita se proporcionará la información necesaria tomando en cuenta las funciones superiores del enfermo, las cuales le permitirán comprender la situación en que se encuentra; como el padecimiento avanzara, por lo tanto el apoyo va enfocado a la toma de decisiones así como fortalecer la red de apoyo: emocional, económica, social y cultural, tanto al paciente y de la gente que lo rodea.

Etapas de vigilancia

Cuando los jóvenes o niños logran superar la enfermedad, esto significa que se debe reintegrar al medio social y familiar teniendo en cuenta todas las modificaciones que se hayan tenido; por otra parte las secuelas físicas y psicológicas, serán un factor importante para adaptarse.

Esta adaptación significa que el niño y su familia deberán ser capaces de enfrentar con éxito a los reajustes necesarios que deben hacerse en la vida diaria (en áreas intrafamiliares, escolares y de convivencia social). Se debe mantener un equilibrio ante las exigencias escolares teniendo en cuenta las secuelas físicas o cognitivas que deja el tratamiento (problemas de atención, memoria, comprensión, problemas de conductas etc.) así como enfrentarse a los problemas de la nueva enfermedad. Esto último por la experiencia ligada al diagnóstico de base, pues existe un miedo constante a que la enfermedad reaparezca, convirtiendo las visitas medicas en una cansada lucha, al pensar que recibirán malas noticias.

Por lo tanto, en la fase de vigilancia el psicólogo principalmente trabaja en la evaluación del paciente y apoyo a la familia con base en la adaptación psicosocial, retraso del desarrollo, problemas conductuales y/o cognoscitivos que deja el tratamiento a largo plazo; también la investigación de todos los aspectos; psicológicos (distres, perfil de personalidad, ansiedad, depresión, entre otros); ya que contamos con pocos estudios en México, al igual de cuestionarios adaptados a nuestra realidad latina (Diggs 2006).

En la evaluación psicosocial se debe contemplar el estudio de las siguientes áreas o factores:

1. Factores ligados al desarrollo.

En este sentido, la evaluación contempla el desarrollo cronológico y el retraso que se aprecia por las secuelas de quimioterapias, radioterapias o cirugías, esto se plantea con el objetivo de:

- Adaptar la información a las capacidades cognoscitivas del paciente.
- Determinar cuales son las condiciones más apropiadas para el ambiente educativo y recreativo (lúdico).
- Adaptar el soporte psicológico a su nivel de comprensión respecto al estado físico, facilitando la comunicación y explicación (en términos más o menos adaptados, en qué consiste las secuelas de la enfermedad).

2) Factores socioeconómicos y culturales

Es muy importante, conocer la estructura socioeconómica, el objetivo de tomar las medidas de apoyo pertinentes (escuelas especiales, estimulación temprana etc.,

pues gran cantidad de los pacientes son de origen ajeno al D.F.). Los aspectos socioeconómicos a valorar, básicamente, son:

- Apoyo con el que cuenta la familia (becas, especiales, instituciones que beneficien económica o educativamente).
- El nivel de integración social (actividades lúdicas o laborales que realice el paciente dentro o fuera de casa “oficios”).

3) Habilidades de afrontamiento

A pesar de que, durante el tratamiento se trabaja con el paciente y sus familiares respecto al afrontar los cambios constantes, en la etapa de vigilancia nuevamente se retoman las técnicas para adaptarse al estrés de la vida cotidiana, la cual puede causar:

- Trastornos emocionales (ansiedad o depresión).
- Dificultades en el ámbito educativo.
- Incremento considerable de los problemas de salud, sobre todo los de índole psicosomáticos o funcionales.

También se debe evaluar nuevamente la dinámica familiar, así como de las formas de educar o modificar hábitos adquiridos durante el tratamiento (el niño aprende a manipular a las personas que lo rodean, “pues aun se considera enfermo y con cuidados especiales”) esto último da la pauta para valorar el autoconcepto del mismo paciente y de los familiares hacía el niño. La funcionalidad intrafamiliar influye en la intervención psicosocial; por lo tanto si los padres afrontaron adecuadamente las experiencias previas favorecerán las relaciones de su hijo ante los cambios constantes.

CAPÍTULO

III

MÉTODO

3.1 Pregunta de Investigación.

¿Se presentan características o trastorno depresivo en pacientes sobrevivientes de cáncer pediátrico?

3.2 Objetivo específico.

El objetivo principal de este proyecto es conocer si los pacientes que se encuentran en vigilancia de los últimos 10 años presentan características o trastorno depresivo, dado a que estos niños sufren cambios a su desarrollo físico y psicológico a causa factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento que reciben, pues generalmente dejan secuelas bio-psico-sociales. Dicho propósito se alcanzó mediante la recopilación de datos (entrevista semiestructurada) y aplicación del cuestionario de depresión para niños (CDS).

3.3 Tipo de estudio.

Se trata de una investigación de tipo exploratoria, descriptiva, transversal, no experimental.

3.4 Descripción de la muestra

La muestra esta constituida por pacientes supervivientes de cáncer en la última década, en un rango de edad de 8 a 14 años. De los cuales se recopilaron datos generales mediante una entrevista semiestructurada y la aplicación del cuestionario de depresión para niños (CDS), estos pacientes fueron consultados

por primera vez o como parte del seguimiento integral del servicio de Psicooncología del Instituto Nacional de Pediatría.

3.5 Criterios de inclusión

- a) Ser superviviente de una enfermedad oncológica.
- b) Tener de 8 a 14 años de edad.

Criterios de exclusión

- a) Pacientes que no hayan contestado el cuestionario completamente.
- b) Pacientes que hayan contestado el cuestionario dos veces.
- c) Retraso mental o trastornos neurológicos que le impida comprender o contestar el cuestionario.

3.6 Escenario

Para obtener la muestra de este trabajo, se realizó una entrevista a los padres y se aplicó el cuestionario (CDS), ambos procedimientos se llevaron a cabo en uno de los consultorios del Instituto Nacional de Pediatría considerándolo como un lugar adecuado para el control de variables externas. Los niños fueron evaluados de manera individual y a los padres se les informó durante la entrevista que dicha evaluación es parte del seguimiento integral.

3.7 Variables

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- **Género:** Es considerada una variable dicotómica (hombres y mujeres).
- **Edad:** Considerada una variable ordinal, teniendo tres rangos de edad 8-10 años, 11-12 años y 13-14 años los cuales fueron estructurados al azar.
- **Diagnóstico:** Considerada una variable nominal, teniendo ocho categorías retinoblastoma, leucemias, linfomas, tumores del sistema nervioso central, de willms, hepatoblastoma, germinales y sarcomas, los cuales fueron determinados por las características clínicas y patológicas.

VARIABLES DEPENDIENTES:

- **Puntajes totales obtenidos en el cuestionario de depresión:** Es una variable ordinal, la cual se estadificó según el puntaje crudo (total positivo y total depresivo que evalúa el cuestionario) y la desviación estándar en depresión leve, moderada, severa o sin depresión.
- **Puntajes obtenidos en las subescalas del cuestionario de depresión:** Al ser los puntajes de las características que forman los totales positivos (ánimo-alegría, positivos varios) o depresivo (respuestas afectivas, autoestima, preocupación por la muerte y salud, sentimientos de culpabilidad, depresión varios). Los puntajes son considerados una variable ordinal.

3.8 Hipótesis nula

- **Ho:** Los puntajes obtenidos en el cuestionario CDS hacen hincapié de que los niños con diagnósticos oncológicos en la etapa de vigilancia no presentan características o trastorno depresivo.

Hipótesis alterna

- **Hi:** Los pacientes evaluados mediante el cuestionario de depresión para niños presentan características o trastorno depresivo en la etapa de vigilancia de una enfermedad oncológica. Posiblemente al miedo constante de que la enfermedad se reactive nuevamente.

Hipótesis estadística

- **H:** La probabilidad de presentar trastorno o características de depresión es mayor en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas dado que, a pesar de estar controlada la enfermedad, viven con miedo constante a presentar una recaída o progresión del mismo diagnóstico.

3.9 Instrumentos

Se utilizó la entrevista semiestructurada, con el objetivo de recopilar datos como edad, sexo, diagnóstico, lugar de origen y tipo de dinámica familiar (estructurada-funcional, estructurada-disfuncional, desestructurada-funcional o desestructurada-disfuncional),

Se empleó el cuestionario de depresión para niños junto a una hoja de respuestas:

Original: M. Lang y M. Tisher “Childrens Depresión Scale (CDS)”.

- Se construyó con el objetivo de estudiar una muestra de niños con grave rechazo escolar y compararlo con un grupo control; los ítems se crearon a partir de un examen detallado de los contenidos de registros psicoterapéuticos, del TAT de niños clínicamente deprimidos, así como descripción de fenómenos de experiencias depresivas con base en la literatura. Se formaron ítems que describieran la experiencia del niño deprimido de modo que pudiera reconocer los sentimientos o actitudes. Al momento de construir la escala primero se administró a un grupo de niños en tratamiento, posteriormente se les pidió que comentarán, modificaran o sugirieran nuevos ítems, concretando la escala en 66 elementos.

Adaptación mexicana: Cruz J., Morales M. y Ramírez O. (adaptación, estandarización y validación de la versión mexicana, 1996).

- Profesores de educación primaria realizaron un análisis gramatical de la versión Española con el objetivo de facilitar los conceptos y usar un lenguaje común, después de hacer el piloteo con niños de 8 años se realizaron sus modificaciones. Cruz y colaboradores realizaron su investigación en el Distrito Federal con 1361 participantes en edad escolar entre 8 y 14 años de edad, de los cuales se eliminaron 111 sujetos por no cumplir con los criterios de inclusión. Aplicaron un test-retest, y el análisis estadístico fue a través del SPSS para obtener (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central, confiabilidad, validez, prueba “t” de student para obtener diferencias entre sexo y análisis de varianza con la prueba de Turkey para obtener diferencias en el grado escolar y zona). Se obtuvo una consistencia interna para la escala total de .85, por lo que concluyeron que la escala mide con exactitud los rasgos depresivos en los niños.

Descripción de la prueba:

- Su aplicación puede ser individual o colectiva, con una duración de 30 a 40 minutos, realiza una evaluación global y específica de la depresión en niños. Está compuesta por 66 oraciones, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo, las cuales se describen en seguida:

Escala de depresión:

- **Respuestas Afectivas (RA):** Alude a los sentimientos de tristeza, llanto e infelicidad, (8 oraciones).
- **Problemas Sociales (PS):** Se refiere a los conflictos en la interacción social, aislamiento y soledad del niño, (8 oraciones).
- **Autoestima (AE):** Sentimientos, conceptos y actitudes con relación a su propia estima o valor como inutilidad, minusvalía e indefensión, (8 oraciones).
- **Preocupación por la Muerte y Salud (PM):** Pensamientos, sueños o fantasías de la enfermedad, suicidios y/o muerte, sentimientos de pérdida real o imaginaria, (7 oraciones).
- **Sentimientos de Culpabilidad (SC):** Refiere a la autopunición del niño, así como sentimientos de culpabilidad, (8 oraciones).
- **Depresión Varios (DV):** Incluye aquellas características de tipo depresivo que no se pudieron agrupar para formar una identidad, (9 oraciones)

Escala positiva:

- **Animo-Alegría (AA):** Alude al estado de humor por los sentimientos del niño, con ausencia o incapacidad por expresar alegría, diversión o felicidad en la vida, (8 oraciones).
- **Positivos Varios (PV):** Incluye aquellas características de tipo positivo que no se pudieron agrupar para formar una identidad, (10 oraciones).

Para realizar la interpretación se crearon cuatro diagnósticos que se obtuvieron con base en la desviación estándar que menciona cada tabla según la edad y sexo al que corresponda el paciente (Cruz J. y colaboradores, 1996).

Sin depresión

Depresión leve

Depresión moderada

Depresión severa

} A partir de la media dos puntajes inferior o superiores (depende de la valoración positiva o negativa que se esté calificando) de la desviación estándar

3.10 Procedimiento

Se evaluó a los pacientes que se presentaron por primera vez o como parte de su seguimiento integral en el servicio de Psicooncología, los cuales fueron considerados sobrevivientes de cáncer en los últimos diez años, se adquirieron datos generales por medio de una entrevista semiestructurada y se aplicó el cuestionario de depresión para niños de forma individual, tomando en cuenta los criterios de inclusión este último procedimiento fue sin la presencia de los padres.

La información se compilo por medio de los padres (papá o mamá) según quien acompañara al paciente, se les explicó que, como parte del seguimiento posterior al tratamiento, se debe realizar una evaluación de forma integral al paciente en donde el cuestionario de depresión es parte de la valoración, siempre y cuando tengan una edad entre 8 y 14 años. Posteriormente, a los pacientes, de igual manera se les explicó, que el propósito de que contestaran a la prueba es con el objetivo de conocer lo que piensa y siente, que no hay respuestas buenas o malas ya que cada niño piensa de forma distinta.

Al presentarle la hoja de respuestas se le pidió al niño que respondiera a los datos de identificación, en seguida se le entrego el cuestionario y la hoja de respuestas, continuando con las siguientes indicaciones:

“Otros niños han contestado las frases que están escritas en el cuestionario, sólo es para saber cómo piensan o cómo te sientes, si estas de acuerdo o no sobre lo que se dice en las frases, y tu vas a contestar en la hoja de respuestas, rellenando uno de los circulitos que hay a la derecha de cada número, escogiendo una de las 5 opciones, “Muy de acuerdo” si lo que dice la frase te gusta mucho, “De acuerdo” si lo que dice la frase te gusta poco, “No estoy seguro” si no sabes si te gusta o no lo que dice la frase; si no te gusta lo que dice, marcaras el circulo “En desacuerdo”, y si no te gusta para nada la frase, marca “Muy en desacuerdo”.

Si durante la aplicación del cuestionario, surgían preguntas, se podrá contestó de forma que no influyera en la respuesta o en el resto de la prueba.

CAPÍTULO

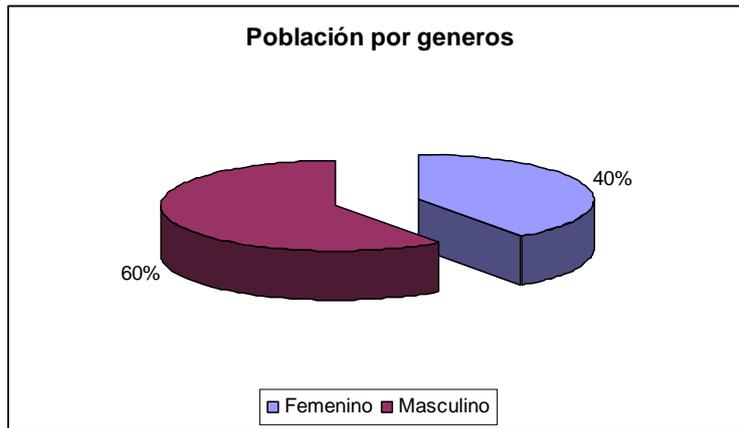
VI

RESULTADOS

Tablas, gráficas y análisis estadístico.

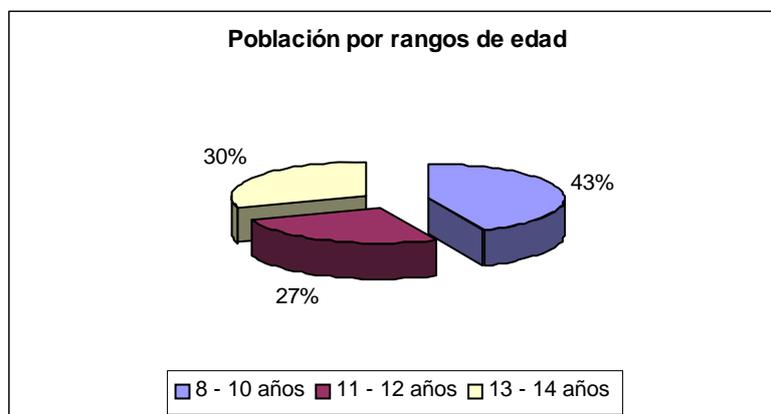
Se han realizado investigaciones en donde se demostró que estadísticamente los pacientes sobrevivientes de cáncer no presentan trastornos depresivos, pero que su calidad de vida no es la idónea en cuanto a las secuelas físicas y psicológicas. Sin embargo estos estudios principalmente están enfocados en personas adultas que padecieron cáncer en la infancia, por lo que, este estudio se llevó a cabo con el objetivo de identificar si los pacientes presentan características o trastorno depresivo siendo sobrevivientes de cáncer pero manteniéndose en la etapa infantil.

El análisis estadístico que se llevó a cabo en esta investigación especialmente es denominado como descriptivo, se trabajó con una población de 60 sobrevivientes de cáncer pediátrico, 24 niñas que corresponde al 40%, 36 niños que corresponde al 60%, estos resultados son acordes con la literatura general, la cual reporta una mayor incidencia en niños que en niñas con base en las enfermedades oncológicas pediátricas (ver gráfica 1).



Gráfica 1.- Población descrita por género (masculino y femenino).

El 43% de la muestra correspondió a las edades entre 8 a 10 años, el 27% entre las edades de 11 a 12 años y un 30% entre los 13 a 14 años de edad (ver gráfica 2).



Gráfica 2.- Población descrita por rango de edades (de 8 a 10 años, 11 a 12 años y de 13 a 14 años).

Respecto a la aplicación del cuestionario de depresión para niños (CDS), la prueba esta compuesta por 66 oraciones, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo (adaptada, estandarizada y validada en la población mexicana), se obtuvieron los puntajes crudos de cada sub-escala; total positivo (TP) y total depresivo (TD) así como de los elementos que las componen, se realizó una tabla para determinar el nivel de depresión para cada niño (leve, moderada y severa), teniendo en cuenta el género y la edad, con base en las tablas de

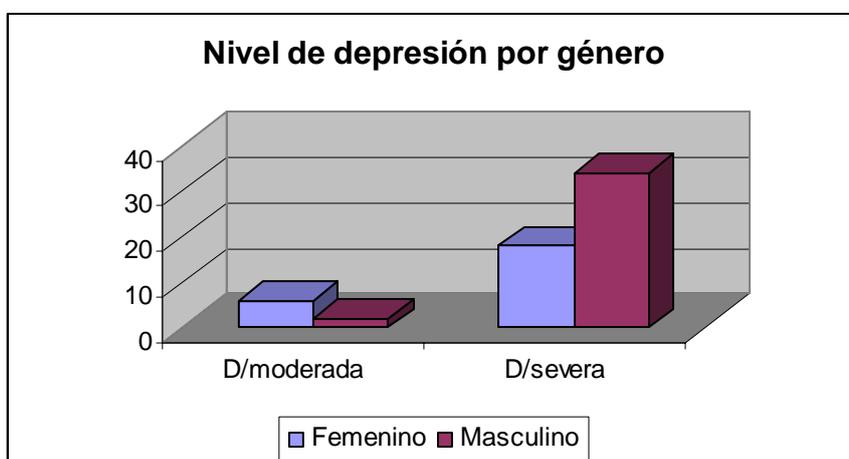
calificación que especifica la prueba; para realizar las nuevas tablas con el nivel de depresión se utilizó la desviación estándar dado que la prueba menciona que después de dos puntos (inferior y/o superior) a la media con base en la desviación estándar los puntajes son considerados importantes en donde el terapeuta deberá dar seguimiento al pequeño.

Dado a que en esta investigación se utilizaron variables nominales, estadísticamente se aplicó una Chi cuadrada para determinar si existe diferencia entre el nivel de depresión (leve, moderada o severa) con respecto al género. En primer lugar, se describirá la escala positiva y sus elementos, seguido de la escala depresiva y sus elementos.

ESCALA TOTAL POSITIVA

Un niño sobreviviente de cáncer puede expresar pensamientos o sentimientos positivos o negativos, y esta sub-escala se mide el estado de humor positivo del paciente como puede ser alegría, capacidades, diversión o felicidad ante la vida que experimentan de manera cotidiana.

En los puntajes totales de esta sub-escala se encontró que todos los pacientes presentan depresión (niños con depresión= 36; niñas con depresión= 24; N= 60). Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis del trabajo dado que sí se encontró depresión, por lo que, se analizó el nivel del mismo en ambos casos.



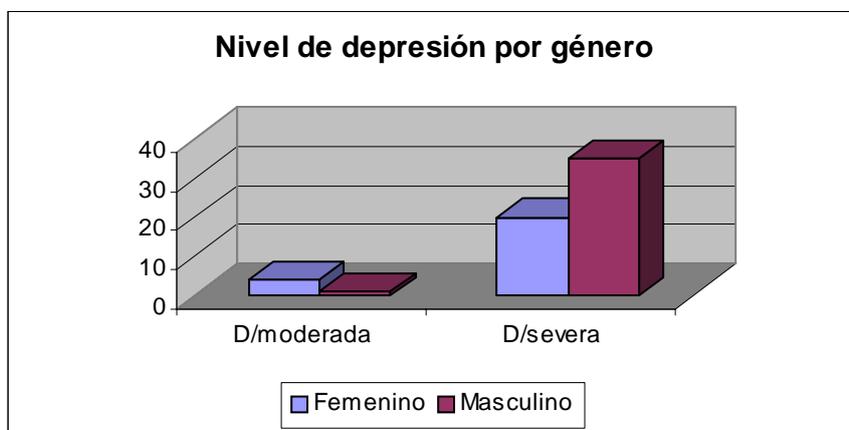
Sexo	D/moderada	D/severa
Femenino	10 %	30 %
Masculino	3 %	57 %

Grafica 3: Descripción del nivel de depresión por género de los puntajes totales de la escala positiva.

La grafica 3, nos indica el nivel de depresión tanto moderada como severa entre niños y niñas. Se observa que no existen diferencias en ambos grupos. Esto lo confirmó el análisis realizado por una Chi cuadrada de Pearson como prueba de homogeneidad corregida por continuidad dado a que en la distribución de tablas tenemos frecuencias menores a 5, en donde su valor es de 3.179 y su significancia es de 0.075 de un alfa de 0.05 con $gl.=1$, estableciendo que estadísticamente no existen diferencias significativas.

➤ En seguida se describen los elementos que forman la escala positiva.

Ánimo Alegría (AA)



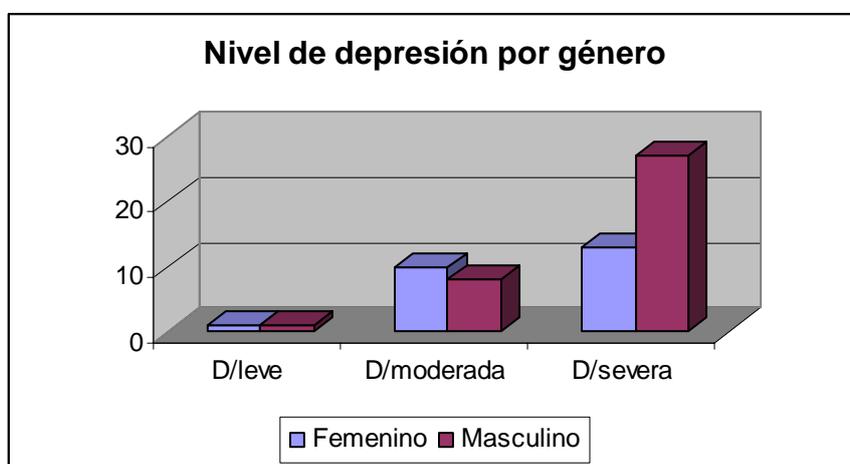
Sexo	D/moderada	D/severa
Femenino	7 %	33 %
Masculino	2 %	58 %

Grafica 4: Descripción del nivel de depresión por género con base en el elemento ánimo alegría.

La grafica 4, que pertenece a uno de los elementos de la sub-escala positiva muestra el nivel de depresión tanto moderada como severa entre niños y niñas, en la cual no se observan resultados diferentes en ambos grupos. Corroborándose en el análisis realizado por una Chi cuadrada de Pearson

como prueba de homogeneidad corregida por continuidad dado a que en la distribución de tablas tenemos frecuencias menores a 5, en donde su valor es de 2.045 y su significancia es de 0.153 de un alfa de 0.05 con $gl.=1$, determinando que no existen diferencias significativas estadísticamente.

Positivos Varios (PV)



Sexo	D/leve	D/moderada	D/severa
Femenino	2 %	16 %	22 %
Masculino	2 %	13 %	45 %

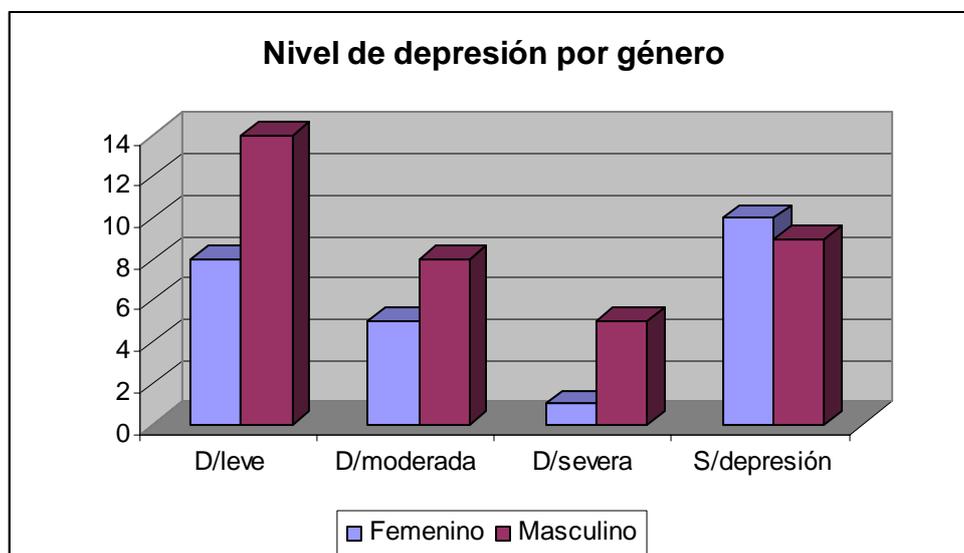
Grafica 5: Descripción del nivel de depresión por género con base en el elemento positivo varios.

En este elemento los niveles de depresión se distribuyen en leve, moderada y severa para ambos géneros; en cada uno de estos niveles de depresión se observa que los resultados son casi iguales (grafica 5). Esto se comprobó mediante una Chi cuadrada de Pearson como prueba de homogeneidad corregida por continuidad dado a que en la distribución de tablas tenemos frecuencias menores a 5, en donde su valor es de 2.812 045 y su significancia es de 0.245 de un alfa de 0.05 con $gl.=2$, corroborando que no existen diferencias estadísticamente.

ESCALAS DEPRESIVAS

En esta escala los pacientes responden ante los pensamientos y sentimientos negativos, como pueden ser de culpa, siendo notable la tristeza, la reducción de energía, falta de motivación, y la pérdida general del interés, con pensamientos de inseguridad, fundamentando una actitud derrotista y aprensivo convirtiéndose en autocrítica.

En los puntajes totales de esta escala se encontró una mejor distribución que en la escala positiva, presentado en a población masculina 27 pacientes con depresión y 9 sin depresión y en la población femenina 14 pacientes con depresión y 10 sin depresión).

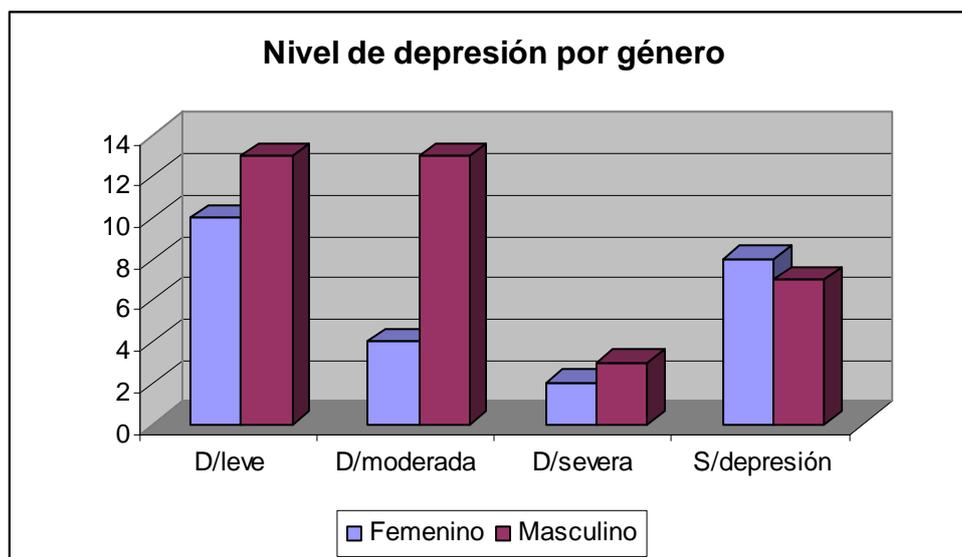


Sexo	D/leve	D/moderada	D/severa	S/depresión
Femenino	14 %	8 %	2 %	17 %
Masculino	23 %	13 %	8 %	15 %

Grafica 6: Descripción del nivel de depresión por género de los puntajes totales de la escala depresivo.

La grafica 6, se observan los niveles de depresión (leve, moderada, severa y sin depresión) de los puntajes totales de la escala que evalúa depresión entre niños y niñas, en la cual no se presentan resultados muy diferentes en ambos grupos. Esto se confirmó mediante un análisis estadístico con una Chi cuadrada de Pearson como prueba de homogeneidad corregida por continuidad dado a que en la distribución de tablas tenemos frecuencias menores a 5, en donde su valor es de 2.903 y su significancia es de 0.407 de un alfa de 0.05 con gl.=3, determinando que no existen diferencias significativas estadísticamente.

- A continuación se describen los elementos que forman la escala depresiva.



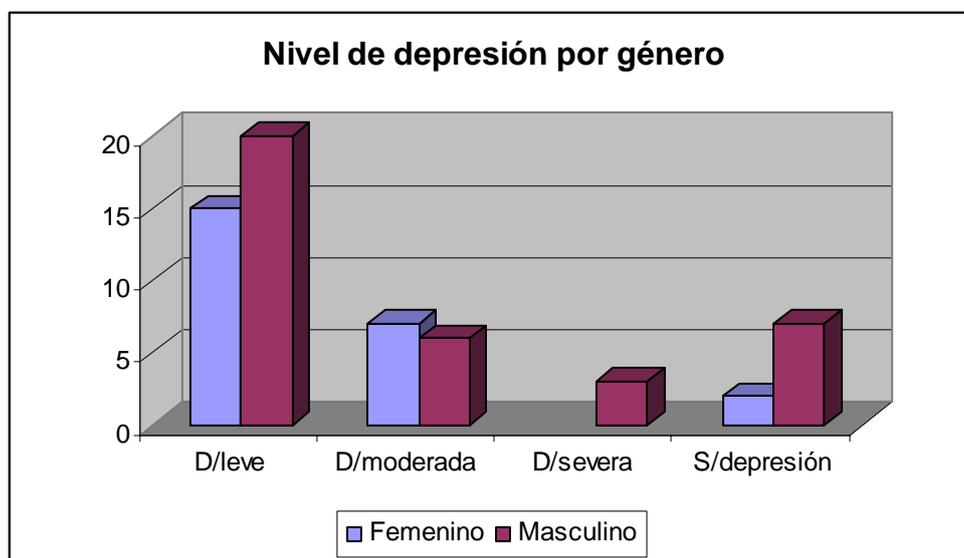
Re
sp
ue
sta
s
Afe
cti
va
s
(R
A)

Sexo	D/leve	D/moderada	D/severa	S/depresión
Femenino	17 %	7 %	3 %	13 %
Masculino	22 %	21 %	5 %	12 %

Grafica 7: Descripción del nivel de depresión por género con base en el elemento de respuestas afectivas.

En el elemento de respuestas afectivas los niveles de depresión se distribuyen en leve, moderada, severa y sin depresión para niños y niñas; en la mayoría de niveles se observa que los resultados no varían entre géneros (grafica 7). Esto se demostró mediante una Chi cuadrada de Pearson como prueba de homogeneidad corregida por continuidad dado a que en la distribución de tablas tenemos frecuencias menores a 5, en donde su valor es de 3.261 y su significancia es de 0.353 de un alfa de 0.05 con $gl.=3$, corroborando que no existen diferencias significativas estadísticamente.

Problemas Sociales (PS)

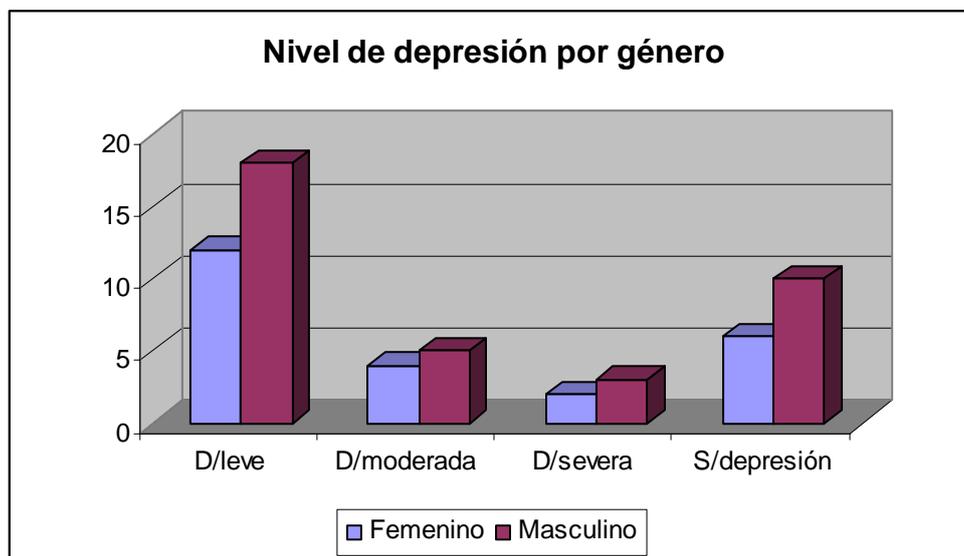


Sexo	D/leve	D/moderada	D/severa	S/depresión
Femenino	25 %	12 %		3 %
Masculino	33 %	10 %	5 %	12 %

Grafica 8: Descripción del nivel de depresión por género con base en el elemento de problemas sociales.

La grafica 8, nos indica que en los cuatro niveles de depresión la distribución de puntajes en ambos géneros fue similar, pero en el nivel de depresión severa la población femenina reporta no presentar sintomatología, por lo que, al tener resultados con ceros no se puede realizar un análisis estadístico.

Autoestima (AE)



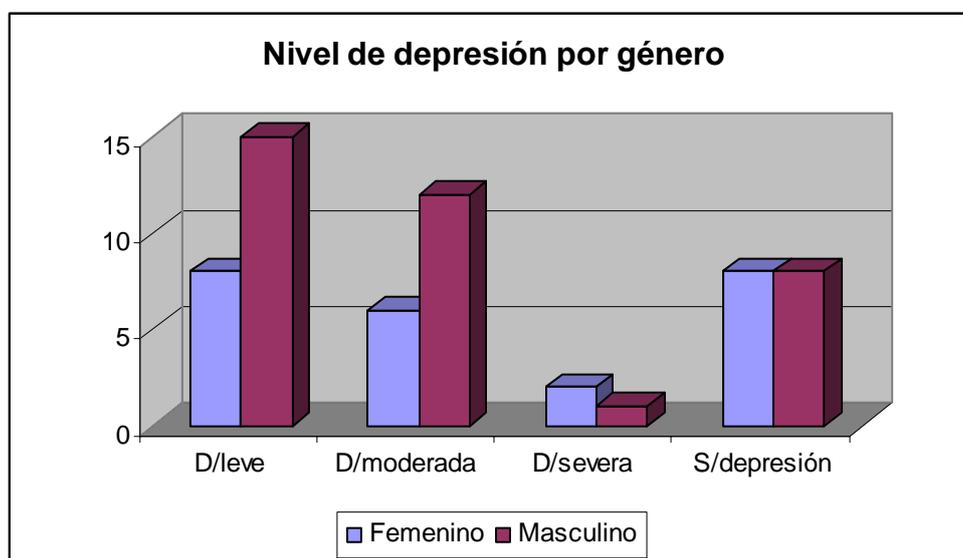
Sexo	D/leve	D/moderada	D/severa	S/depresión
Femenino	20 %	7 %	3 %	10%
Masculino	30 %	8 %	5 %	17 %

Grafica 9: Descripción del nivel de depresión por género con base en el elemento de autoestima.

La grafica 9, que pertenece a uno de los elementos de la sub-escala depresiva muestra los niveles de depresión entre niños y niñas, en la cual no se observan resultados muy diferentes en ambos grupos. Corroborándose en el análisis realizado por una Chi cuadrada de Pearson como prueba de homogeneidad corregida por continuidad dado a que en la distribución de tablas tenemos frecuencias menores a 5, en donde su valor es de 0.115 y su significancia es

de 0.990 de un alfa de 0.05 con $gl.=3$, determinando que estadísticamente no existen diferencias significativas.

Problemas de Muerte (PM)



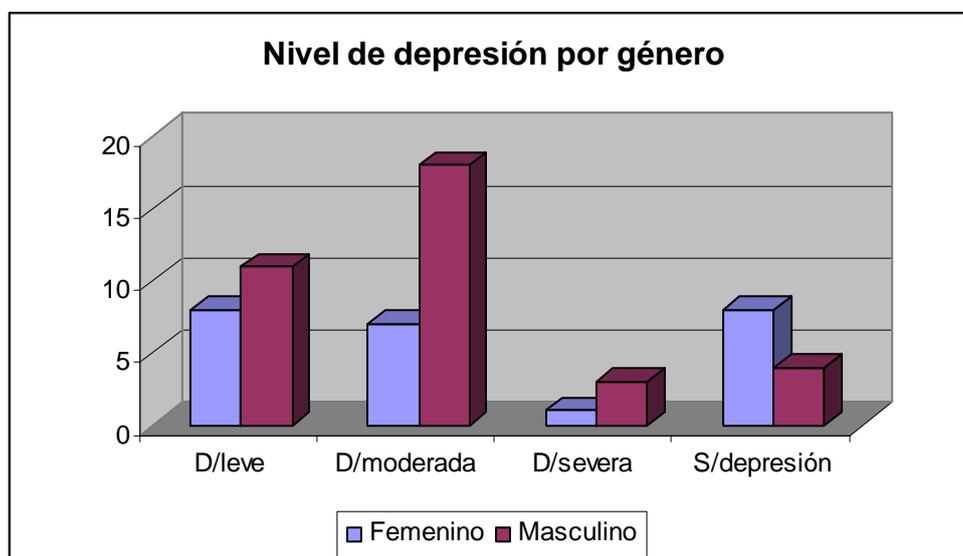
Sexo	D/leve	D/moderada	D/severa	S/depresión
Femerino	14 %	10 %	3 %	13 %
Masculino	25 %	20 %	2 %	13 %

Grafica 10: Descripción del nivel de depresión por género con base en el elemento de problemas de muerte.

En este elemento los niveles de depresión se distribuyen en leve, moderada, severa y sin depresión para ambos géneros; en la mayoría de estos niveles se observan diferencias mínimas (grafica 10). Esto se demostró mediante una Chi cuadrada de Pearson como prueba de homogeneidad corregida por continuidad dado a que en la distribución de tablas tenemos frecuencias menores a 5, en donde su valor es de 2.127 y su significancia es de 0.546 de

un alfa de 0.05 con $gl.=3$, corroborando que no existen diferencias significativas estadísticamente.

Sentimientos de Culpa (SC)



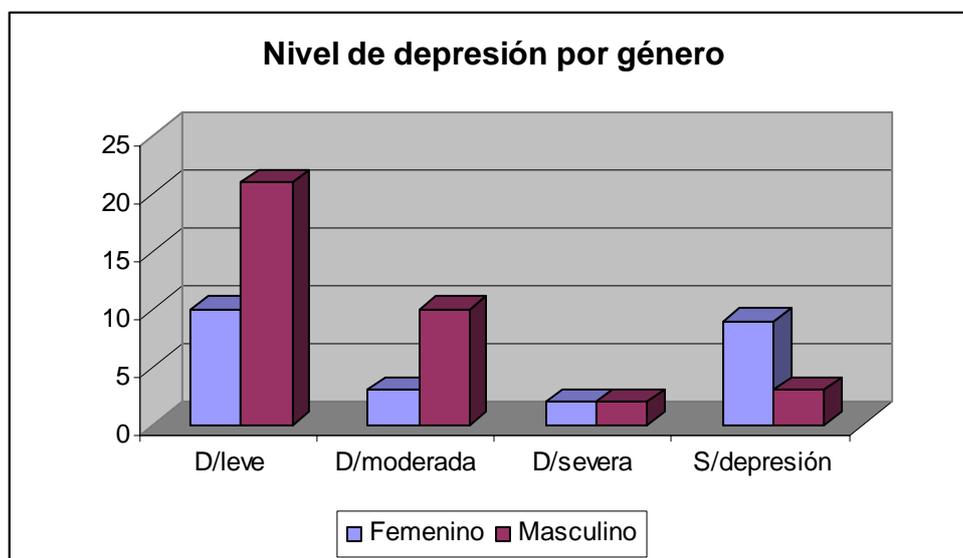
Sexo	D/leve	D/moderada	D/severa	S/depresión
Femenino	13 %	12 %	2 %	13 %
Masculino	18 %	30 %	5 %	7 %

Grafica 11: Descripción del nivel de depresión por género con base en el elemento de sentimientos de culpa.

En este elemento los niveles de depresión se distribuyen de una manera muy similar para ambos géneros; (grafica 11). Esto corroborándose por una Chi cuadrada de Pearson como prueba de homogeneidad corregida por continuidad dado que en la distribución de tablas tenemos frecuencias menores a 5, en donde su valor es de 5.475 y su significancia es de 0.140 de un alfa de

0.05 con $gl.=3$, corroborando que estadísticamente no existen diferencias significativas.

Depresión Varios (DV)



Sexo	D/leve	D/moderada	D/severa	S/depresión
Femenino	17 %	5 %	3 %	15 %
Masculino	35 %	17 %	3 %	5 %

Grafica 12: Descripción del nivel de depresión por género con base en el elemento depresión varios

La grafica 12, que pertenece al último elemento de la sub-escala depresiva muestra los cuatro niveles de depresión en niños y niñas, donde se observan resultados diferentes para ambos grupos. Ratificándose por medio de un análisis realizado con una Chi cuadrada de Pearson como prueba de homogeneidad corregida por continuidad debido a que en la distribución de tablas tenemos frecuencias menores a 5, en donde su valor es de 8.689 y su

significancia es de 0.034 de un alfa de 0.05 con $gl.=3$, determinando que si existen diferencias significativas estadísticamente.

CONCLUSIONES

CONCLUSIÓN

La depresión es un trastorno que ha estado presente durante los últimos años, la Organización Mundial de la Salud considera que se trata de un problema que se ha extendido por el mundo, de manera que se le ha nombrado la enfermedad del siglo XXI.

Por otra parte, este trastorno se puede encontrar planteado desde diversos enfoques o modelos psicológicos al igual que su tratamiento, a pesar de esto un gran número de investigaciones con respecto a la depresión infantil coinciden en que este problema de salud se presenta como una secuela por la interacción del ambiente, pues la relación entre ciertos acontecimientos estresantes pueden desencadenar este trastorno, un ejemplo es experimentar un sentimiento de pérdida o de una amenaza a la integridad personal.

Cuando un niño padece de una enfermedad crónico degenerativa como el cáncer, experimenta la pérdida de su salud en primera instancia, y el daño a la propia estructura física como parte de la enfermedad, tratamiento o secuelas de ambas, al presentar esos cambios el paciente puede exteriorizar alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión, problemas de autoconcepto, aislamiento, modificación en los ciclos de sueño y en hábitos de alimentación, si alguno de estos trastornos existían antes de la enfermedad por cuestiones ajenas a la misma, entonces los síntomas se presentarían con mayor intensidad.

El cáncer pediátrico es una enfermedad que deja secuelas físicas y psicológicas que pueden afectar la vida cotidiana del paciente; a pesar de vencer esta enfermedad que tiene un estigma de muerte, los sobrevivientes a

dicho padecimiento pueden llegar a presentar algunos trastornos como la depresión, por los diversos cambios que se presentan durante su tratamiento y que deja secuelas irreversibles como las alteraciones orgánicas y del desarrollo (límite físico y/o cognoscitivo, etc.), agregado a un pensamiento mágico o irracional ante el miedo constante de que la enfermedad se presente nuevamente.

Sin embargo, los estudios que existen tomando en cuenta las secuelas psicológicas en pacientes sobrevivientes de cáncer pediátrico son mínimos, pues la mayoría están enfocados a sobrevivientes adultos que en su infancia tuvieron cáncer. Estudios en los cuales se obtuvieron resultados no significativos estadísticamente, pero en su reporte mencionan que a pesar de que los pacientes mostraban buena calidad de vida estos adultos señalaban tener problemas de autoestima, aprendizaje, independencia y depresión, viéndose afectados socialmente. Si tomamos en cuenta estos estudios y dichas observaciones con respecto a las secuelas que se presentan en adultos, se pueden realizar estudios a pacientes de menor edad, con el objetivo de identificar si los niños sobrevivientes también muestran estas alteraciones psicológicas y así, prevenir estos problemas si se detectan en pacientes a temprana edad, ya que es muy posible que los trastornos en los pacientes adultos se fueron incrementando a consecuencia de las secuelas asociadas a su enfermedad oncológica en la etapa pediátrica.

Este trabajo buscó relacionar los mismos factores que en otras investigaciones (sobrevivientes de cáncer y depresión) solo que en la etapa pediátrica, y explorar si existían diferencias de géneros con respecto al nivel de depresión. Para ello la evaluación fue realizada en una población de pacientes que tuvieran entre 8 a 14 años y que se presentaron en la consulta para seguimiento por parte del área de psicooncología en los últimos 10 años, se utilizó el cuestionario de depresión para niños (CDS) con el objetivo de detectar problemas sociales, respuestas afectivas, autoestima así como de pensamientos de culpa, muerte o de la propia salud, tomando en cuenta las secuelas físicas y psicológicas que deja el tratamiento o la misma enfermedad.

Estadísticamente se encontró que no existe diferencia significativa entre los niveles de depresión (leve, moderada, severa o sin depresión) y el género, se aplicó una Chi cuadrada para las características de las variables; por lo que se puede concluir lo siguiente:

En la escala total positiva:

- La población en general, presenta depresión con base en los puntajes totales, principalmente en un nivel severo de depresión, confirmando parcialmente la hipótesis de este trabajo, pero al no contar con un solo paciente que reporte no tener depresión, el análisis estadístico se llevo a cabo en cada elemento que conforma la escala total positiva.
- En los componentes de estas sub-escala, se encontró que, en el elemento ánimo alegría (AA) los pacientes presentan un severo nivel de depresión, seguido de un nivel moderado. En el elemento positivos varios (PV) los pacientes reportan un nivel de depresión severo seguido de un nivel moderado y leve respectivamente. Pero la distribución de puntajes entre géneros no muestra diferencias significativas estadísticamente. Representando que los niños y las niñas pueden expresar sentimientos o pensamientos de la misma manera. De acuerdo al nivel de depresión y a lo que esta escala mide, el humor de los pacientes sería con sentimientos o pensamientos de incapacidades e infelicidad ante la vida que experimentan de manera cotidiana.

En la escala total depresivo:

- En esta escala, los niveles de depresión se distribuyeron en depresión leve, sin depresión, depresión moderada y severa proporcionalmente. En los puntajes totales, las respuestas en ambos géneros son similares y estadísticamente se encontró que no existen diferencias significativas. De igual manera se realizó un análisis con los elementos que conforman dicha escala.

- En los elementos de respuestas afectivas (RA), problemas sociales (PA) y preocupación por la muerte y salud (PM) los niveles de depresión se distribuyeron en depresión leve, moderada, sin depresión y depresión severa respectivamente. En el elemento de autoestima (AE) los niveles de depresión se situaron de la siguiente manera, depresión leve, sin depresión, depresión moderada y severa. El componente que evalúa sentimientos de culpabilidad (SC) tuvo niveles de depresión en depresión moderada, leve, sin depresión y depresión severa respectivamente.

Por otra parte, en los puntajes obtenidos de estos cinco elementos estadísticamente tampoco se encontraron diferencias significativas. Con esto se puede mencionar que tanto niños y niñas exteriorizan pensamientos y sentimientos negativos, como pueden ser de culpa, tristeza, inseguridad, autocrítica provocando la reducción de energía y pérdida general del interés.

- El único elemento en donde se encontró diferencias significativas estadísticamente fue en los resultados del componente depresión varios (DV), esto significaría que la forma de pensar o expresar sus sentimientos negativos como pueden ser de culpa, tristeza, inseguridad, autocrítica provocando la reducción de energía y pérdida general del interés es diferente con base en el género. La distribución de los cuatro niveles de depresión fue depresión leve, moderada, sin depresión y depresión severa correspondientemente.
- Con los resultados se puede observar que la población evaluada presenta una modificación con el pensamiento de sí mismos y de la gente que los rodea, provocando aislamiento y problemas sociales.
- Dada las características ya mencionadas, la depresión es un trastorno que se debe evaluar desde un enfoque integral e interdisciplinario, en donde, si el médico oncólogo o la familia del paciente identifica tristeza, baja energía en las actividades cotidianas, pérdida de interés,

aislamiento, autocrítica, problemas de sueño o alimentación deberá consultar al psicólogo para que el niño sea atendido.

Tomando en cuenta los puntos anteriores se debe mencionar que es de suma importancia prevenir este trastorno, para un mejor desarrollo bio-psico-social en los sobrevivientes oncológicos y brindarles una mejor calidad de vida; así mismo se debe incrementar las investigaciones acerca de este tema, pues como se muestra en el presente trabajo todavía hace falta prevenir que los pacientes llegarán a ser adultos y sigan arrastrando dicho trastorno.

Esto nos lleva a formular que no sólo nuevas investigaciones servirán sino que se debe crear e implementar programas de prevención, que tengan como objetivo fomentar actividades que fortalezcan el auto-concepto y estima, la comunicación, así como eliminar o disminuir en lo posible, las actitudes y sentimientos negativos, que puedan generar depresión infantil después de padecer una enfermedad como lo es el cáncer.

REFERENCIAS

- Arango A.J. (2006) *“Factores biopsicosociales en intento de suicidio en una población pediátrica”* México. Hospital del niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”, Institución de Asistencia, Enseñanza e Investigación, Secretaria de Salud en el Estado (Villahermosa Tabasco) Universidad Autónoma de México. Tesis de Posgrado.
- Apter A., Farbstein I., Yaniv I. (Jul, 2003 Jul;12(3):473-92, vii), *Child Adolesc Psychiatr Clin*. Psychiatric aspects of pediatric cancer. Department of Psychiatry, Feinberg Child Study Center, Schneider Children's Medical Center of Israel.
- Butros L.J., Abramson D.H., Dunkel I.J. (Mar., 2002:109(3):E45) *"Causas y las potenciales consecuencias. Diagnóstico tardío de retinoblastoma"* Department of Pediatrics, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA. Pediatrics. IntraMed.
- Cruz J. Morales M. Ramírez O. *“Cuestionario de depresión para niños. Manual versión mexicana”*.
- Davidson R., Geoghegan L., Mclaughlin L., Woodward R, (2005, 14:187–195) *“Psychological characteristics of cáncer patients who use complementary therapies”* Published online 10 June 2004 in Wiley Inter Science (www.interscience.wiley.com).
- Díaz Rubio E., Cortés-Funes H., Gascón P., Guillem V. (2007) *“Glosario de cáncer”* España. Edit. AMGEN.
- Diggs E., (Mayo, 2006, ISSN 0370-4106) *“Introducción a la Psicooncología. Calidad de vida”* Revista chilena de pediatría.

- Dixon M, Sweeney K. (2000). "*The Human Effect in Medicine-theory, Research and Practice*" citado en Davidson R., Geoghegan L., Mclaughlin L., Woodward R, (2005, 14:187–195) "*Psychological characteristics of cancer patients who use complementary therapies*" Published online 10 June 2004 in Wiley Inter Science (www.interscience.wiley.com).
- E. Hales R., M.D., M.B.A. (2000) "*Tratado de Psiquiatría (DSM-IV)*". 3° Edit. MASSON.
- Eiser C., Hill J.J., Vance Y.H.. (Sep, 2000; 25(6):449-60) "*Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: systematic review as a research method in pediatric psychology*". Department of Psychology, University of Sheffield, England.
- Freud E., Ben-Ari J., Schonfeld T., Blumenfeld A., Steinberg R. y col. (Ago 2002) "*Cancer infantil. Tumores del mediastino en los niños*" Department of Surgery, Schneider Children's Medical Center of Israel, Petah Tiqva, Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Israel. IntraMed.
- Gloria R.C. (2007), "*Tumores en niños*". Santiago Buenos Aires. Edit. Mediterraneo.
- Gutiérrez V.H., Pérez M., del Rocío G.A., del Rocío G.M., (Jun, 2007) "*Sintomatología neoplásica*". Segunda Parte. IntraMed.
- Heras de las M.Á., Abelairas G.J.M. (2006) "*Tumores intraoculares*" en Encinas M. J. L. Madrid. Edit. Centro de Estudios Ramón Areces.
- Majluf C.A., Pérez R.Ó. de J., (2006) "*Hematología básica*", México. Edit. Especial para Sanofi Aventis.

- McBride C.M., Clipp E., Peterson B.L., Lipkus I.M., Demark-Wahnefried W., (2000, 9: 418–427) *“Psychological impact of diagnosis and risk reduction among cancer survivors”* Psycho-Oncology.
- Méndez C.Á.I., (2007) *“Revalidación de la escala de depresión para niños de Lang y Tisher”* México. Universidad Autónoma de México. Tesis de Licenciatura.
- Méndez V.J. Algoritmo de Psicooncología Pediátrica. Manuscrito no publicado.
- Leal. L.C. (2006) "Retinoblastoma", citado en Rivera L. R. *“Hemato-oncología. Pediátrica. Principios generales”*. México Edit. Textos Mexicanos.
- Levin N.W., Brown R.T., Pawletko T.M., Gold S.H., Whitt J.K.. (Mar-Apr, 2000; 9(2):113-26) *“Social skills and psychological adjustment of child and adolescent cancer survivors”*. North Carolina State University at Raleigh, USA.
- Olson A.L., Boyle W.E., Evans M.W., Zug L.A. (Jun, 1993; 32(6):334-42) *“Overall function in rural childhood cancer survivors. The role of social competence and emotional health”*. Department of Pediatrics, Dartmouth Medical School, Hanover.
- Padilla L.A., Téllez L.A., Galarza del A.J., Téllez O.H., Gatzka G.M.A. (2008) *“Diccionario neuropsicológico”* México. 1ª Edición Universidad Autónoma de Nuevo León y Universidad Autónoma de Baja California.
- Páez X., Hernández L., Baptista T. (2003 37 (5): 459-470) *“Avances en la terapéutica molecular de la depresión”*. Revista Neurológica.

- Pedreira J.L., Palanca M., (2001) *“Psicoontología Pediátrica”* Paidopsiquiatria.com.
- Peters D, Chaitow L, Harris G, Morrison S. (2002). *“Integrating Complementary Therapies in Primary Care-A Practical Guide for Health Professionals”* citado en Davidson R., Geoghegan L., Mclaughlin L., Woodward R, (2005, 14:187–195) *“Psychological characteristics of cáncer patients who use complementary therapies”* Published online 10 June 2004 in Wiley Inter Science (www.interscience.wiley.com).
- Portillo T., Villa L (2001) *“Correlación entre el rendimiento escolar y depresión en niños de 8 a 12 años de edad”* México. Universidad Autónoma de México, Tesis de Licenciatura.
- Rea A.A.C. (2007) *“Niveles de depresión en niños con padres divorciados y padres casados”* México. Universidad Autónoma de México. Tesis de Licenciatura.
- Rivera L. R. (2006) *“Hemato-oncología. Pediátrica. Principios generales”*. México Edit. Textos Mexicanos.
- Suárez V., Marjorie D, (2002) *“Personalidad, cáncer y sobrevivida”* Ciudad de La Habana, Cuba. Edit. Científico-Técnica.
- Stark, K. D., Bronik, M. D., Wong, S. (2006). Citado en C. Wolff J., H. Ollendick T. *“The Comorbidity of Conduct Problems and Depression in Childhood and Adolescence”* Clinical Child and Family Psychology Review Springer Science+Business Media, LLC

- Ulloa C.F., y col. (Nov, 2001) *"Evaluación de la calidad de vida en sobrevivientes de cáncer infantil"*. Oncología y calidad de vida. IntraMed.
- Vargas N. M. de L., (1995) *"Manual de procedimientos en quimioterapia antineoplásica"*. México. Edit. Pharmacia de México, S.A. de C.V.
- Zebrack B.J., Zeltzer L.K., Whitton J., Mertens A.C., Odom L., Berkow R., Robison L.L. (Jul, 2002 Jul;110(1 Pt 1):42-52.) *"Psychological outcomes in long-term survivors of childhood leukemia, Hodgkin's disease, and non-Hodgkin's lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study"*. Department of Pediatrics, University of California Los Angeles, School of Medicine, Los Angeles, California, USA.
- Zolezzi P. (2007), *"Tumores en niños"*. citado en Gloria R. C. Santiago Buenos Aires. Edit. Mediterráneo.

ANEXO

ENTREVISTA DE PSICOONCOLOGIA.

FECHA _____ EXPEDIENTE _____ C.E. () HOSP ()

NOMBRE _____ SEXO F () M ()

EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ORIG/RESD. _____

Dx. ONCOLOGICO _____ INICIA / PADEC _____

TRATAMIENTOS: Qt. _____ Rt. _____ cGy. Qx. _____

MOTIVO DE CONSULTA: 1ª Vez () Subsec. () Vigilancia ()

EEG _____ TAC _____ RMN _____

POT. EVOCADOS _____ AUDIOMETRIA _____

ANT. FAMILIARES _____

ANT. PRENATALES _____

ANT. PERINATALES _____

DESARROLLO PSICOMOTOR:

INICIA MARCHA _____ INICIA LENGUAJE _____

ALTERACIONES MOTORAS SI () NO () LATERALIDAD D () Z ()

ALTERACIONES SENSORIALES SI () NO () DPM: NL () ANL ()

CONTROL DE ESFÍNTERES SI () NO ()

ALTERACIONES DE CONDUCTA _____

PADRE: OCUPACION _____ EDAD _____

MADRE: OCUPACION _____ EDAD _____

ESTADO CIVIL _____ NO. DE HIJOS Y LUGAR _____

FAMILIA: INTEGRADA () FUNCIONAL ()

DESINTEGRADA () DISFUNCIONAL ()

RELACIONES SOCIOFAMILIARES _____

RELACIONES ESCOLARES _____

ESCOLARIDAD _____ RENDIMIENTO ESCOLAR _____

EXAMEN MENTAL

APARIENCIA GENERAL NL () ANL () _____
ORIENT. TIEMPO-ESPAC NL () ANL () _____
COOPERACION NL () ANL () _____
MOTRICIDAD NL () ANL () _____
LENGUAJE NL () ANL () _____
MEMORIA C.P. NL () ANL () _____
MEMORIA L.P. NL () ANL () _____
FUNCIONES SUPERIOR. NL () ANL () _____

PLAN DE MANEJO

EVALUACION DE DESARROLLO ()
EVALUACION NEUROPSICOLOGICA ()
TRATAMIENTO CONDUCTUAL ()
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL ()
PSICOTERAPIA FAMILIAR ()

OBSERVACIONES _____

REALIZÓ _____

**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
CLINICA DE PSICO-ONCOLOGIA**

CDS

- 01.- Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
- 02.- Muchas veces me siento triste en la escuela.
- 03.- A veces pienso que nadie se preocupa por mi.
- 04.- A veces creo que no soy importante.
- 05.- A veces me despierto durante la noche.
- 06.- Pienso muchas veces que dejo en vergüenza a mi mamá y a mi papá.
- 07.- Creo que se sufre mucho en la vida.
- 08.- Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.

- 09.- Siempre creo que el día siguiente será mejor.
- 10.- A veces me gustaría estar ya muerto.
- 11.- Me siento solo muchas veces.
- 12.- Muchas veces estoy enojado conmigo mismo.
- 13.- Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
- 14.- A veces creo que mi mamá o mi papá hace o dice cosas que me hacen pensar que hice algo malo.
- 15.- Me pongo triste cuando alguien se enoja conmigo.
- 16.- Muchas veces mi mamá y mi papá me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas.

- 17.- Siempre estoy queriendo hacer muchas cosas en la escuela.
- 18.- Estando en la escuela muchas veces me dan ganas de llorar.
- 19.- A veces no puedo demostrar lo triste que me siento por dentro.
- 20.- Me molesta la forma de mi cuerpo o en la forma en que me porto.
- 21.- La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
- 22.- A veces temo que lo que hago pueda molestar o enojar a mi mamá o a mi papá.
- 23.- Cuando me enojo casi siempre termino llorando.
- 24.- En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.

- 25.- Me divierto con las cosas que hago.
- 26.- Muchas veces me siento triste.
- 27.- Muchas veces me siento solo y como un extraño en la escuela.
- 28.- A veces no me quiero a mi mismo.
- 29.- Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
- 30.- Seguido pienso que debo ser castigado.
- 31.- A veces no me siento contento por causa de mis tareas escolares.
- 32.- Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enojo con él.

- 33.- Casi siempre me gusta estar en la escuela.
- 34.- A veces pienso que no vale la pena vivir.
- 35.- La mayoría del tiempo creo que nadie me entiende.
- 36.- A veces me avergüenzo de mí mismo.
- 37.- Muchas veces me siento muerto por dentro.
- 38.- A veces estoy preocupado porque no quiero a mi mamá o a mi papá como debiera.
- 39.- A veces la salud de mi mamá me preocupa.
- 40.- Creo que mi mamá o mi papá está muy orgulloso de mí.

- 41.- Soy una persona muy feliz.
- 42.- Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste.
- 43.- Nadie sabe lo triste que me siento por dentro.
- 44.- A veces me pregunto si en el fondo soy un persona muy mala.
- 45.- Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo.
- 46.- Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.
- 47.- A veces sueño que tengo un accidente o me muero.
- 48.- Pienso que no es nada malo enojarse.

- 49.- Creo que me veo bien y soy bonito (a).
- 50.- Seguido no sé porque me dan ganas de llorar.
- 51.- A veces penso que nadie me necesita.
- 52.- Cuando no hago bien las cosas en la escuela pienso que no sirvo para nada.
- 53.- A veces me imagino que me hago heridas o me muero.
- 54.- A veces creo que hago cosas que hacen sentir mal a mi mamá o a mi papá.
- 55.- Muchas veces me siento mal porque no puedo hacer las cosas que quiero.
- 56.- Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.

- 57.- Me salen bien casi todas las cosas que quiero hacer.
- 58.- Creo que mi vida es triste.
- 59.- Cuando estoy fuera de casa me siento solo.
- 60.- La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.

- 61.- A veces me siento mal porque no quiero y no escucho a mi mamá o a mi papá como se merece.
- 62.- Pienso a veces que no voy a lograr pasar año.
- 63.- Tengo muchos amigos.

- 64.- Utilizo mi tiempo haciendo con mi papá cosas muy interesantes.
- 65.- Hay mucha gente que se preocupa por mí.
- 66.- A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me dicen que haga cosas diferentes.

++	Muy de acuerdo
+	De acuerdo
+/-	No estoy seguro
-	En desacuerdo
--	Muy en desacuerdo

Apellidos y nombre No. EXP.

ESCOLARIDAD Edad Sexo (V. o M.) Fecha

LUGAR Y FECHA DE NAC. DX.

SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

	++	+	+/-	-	--		PD
1...	<input type="radio"/>	33...	<input type="radio"/>				
2...	<input type="radio"/>	34...	<input type="radio"/>				
3...	<input type="radio"/>	35...	<input type="radio"/>				
4...	<input type="radio"/>	36...	<input type="radio"/>				
5...	<input type="radio"/>	37...	<input type="radio"/>				
6...	<input type="radio"/>	38...	<input type="radio"/>				
7...	<input type="radio"/>	39...	<input type="radio"/>				
8...	<input type="radio"/>	40...	<input type="radio"/>				
9...	<input type="radio"/>	41...	<input type="radio"/>				
10...	<input type="radio"/>	42...	<input type="radio"/>				
11...	<input type="radio"/>	43...	<input type="radio"/>				
12...	<input type="radio"/>	44...	<input type="radio"/>				
13...	<input type="radio"/>	45...	<input type="radio"/>				
14...	<input type="radio"/>	46...	<input type="radio"/>				
15...	<input type="radio"/>	47...	<input type="radio"/>				
16...	<input type="radio"/>	48...	<input type="radio"/>				
17...	<input type="radio"/>	49...	<input type="radio"/>				
18...	<input type="radio"/>	50...	<input type="radio"/>				
19...	<input type="radio"/>	51...	<input type="radio"/>				
20...	<input type="radio"/>	52...	<input type="radio"/>				
21...	<input type="radio"/>	53...	<input type="radio"/>				
22...	<input type="radio"/>	54...	<input type="radio"/>				
23...	<input type="radio"/>	55...	<input type="radio"/>				
24...	<input type="radio"/>	56...	<input type="radio"/>				
25...	<input type="radio"/>	57...	<input type="radio"/>				
26...	<input type="radio"/>	58...	<input type="radio"/>				
27...	<input type="radio"/>	59...	<input type="radio"/>				
28...	<input type="radio"/>	60...	<input type="radio"/>				
29...	<input type="radio"/>	61...	<input type="radio"/>				
30...	<input type="radio"/>	62...	<input type="radio"/>				
31...	<input type="radio"/>	63...	<input type="radio"/>				
32...	<input type="radio"/>	64...	<input type="radio"/>				
						65...	<input type="radio"/>
						66...	<input type="radio"/>

Copyright © 1978 by A.C.E.R., Victoria (Australia)
 Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. - Adaptación con permiso - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Iray
 Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los
 derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si lo presentan otro en tinta negra, es
 una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio: AD LA UTILICE - Págs. 10...