

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL NIÑO

“DR. RODOLFO NIETO PADRÓN”

INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA, ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN

SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO



TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MÉDICO ESPECIALISTA
EN
PEDIATRÍA MÉDICA

TÍTULO:

DEPRESION EN PACIENTES ONCOLOGICOS
HOSPITALIZADOS

ALUMNO:

ADRIANA YANETH MARQUEZ ALCAUTER

DIRECTORES:

DRA. PERLA CITLALLI SIMÓN GONZALEZ

DR. MANUEL EDUARDO BORBOLLA SALA



Villahermosa, Tabasco. Agosto de 2015



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.



**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL NIÑO
"DR. RODOLFO NIETO PADRÓN"
INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA, ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD EN EL ESTADO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**MÉDICO ESPECIALISTA
EN
PEDIATRÍA MÉDICA**

TÍTULO:

DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

ALUMNO:

ADRIANA YANETH MARQUEZ ALCAUTER

DIRECTORES:

DRA. PERLA CITLALLI SIMÓN GONZÁLEZ

DR. MANUEL EDUARDO BORBOLLA SALA



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

NOMBRE: ADRIANA YANETH MARQUEZ ALCAUTER.

Villahermosa, Tabasco. Agosto de 2015

Dedicatoria

La presente tesis se la dedico a mi familia que gracias a sus consejos, palabras de aliento, apoyo termina una etapa más.

También agradecer a mis directores de tesis el Dr Manuel Eduardo Borbolla Sala y la Dra. Perla Citlalli Simón González por su ayuda para realizar este trabajo de investigación.

A mis compañeros que juntos completamos el camino estamos en la etapa final para el inicio de un buen futuro.

A los niños que me permitieron aprender lo valioso que es la salud y contribuir con el restablecimiento de sus enfermedades y recuperación a sus familias.

A todo el personal del Hospital del Niño por su ánimo y esfuerzo en favor de la salud de los niños.

INDICE

I	RESUMEN	1
II	ANTECEDENTES	2
III	MARCO TEÓRICO	6
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
V	JUSTIFICACIÓN	10
VI	OBJETIVOS	11
	a. Objetivo general	11
	b. Objetivos específicos	11
VII	HIPOTESIS	12
VIII	METODOLOGÍA	13
	a. Diseño del estudio.	13
	b. Unidad de observación.	13
	c. Universo de Trabajo.	13
	d. Calculo de la muestra y sistema de muestreo.	13
	e. Definición de variables y operacionalizacion de las variables.	14
	f. Estrategia de trabajo clínico	16
	g. Criterios de inclusión.	16
	h. Criterios de exclusión	16
	i. Criterios de eliminación	16
	j. Métodos de recolección y base de datos	16
	k. Análisis estadístico	17
	l. Consideraciones éticas	17
IX	RESULTADOS	18
X	DISCUSIÓN	22
XI	CONCLUSIONES	24
XII	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
XIII	ORGANIZACIÓN	26
XIV	EXTENSIÓN	27

ANEXOS

1. Cuestionario.
2. Base de Datos (Sistema Access)

I. RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: Los datos más recientes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo a las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el 6.4% de la población lo padece.

OBJETIVO GENERAL: Conocer la oportunidad diagnóstica, así como las características clínicas de depresión en pacientes oncológicos en niños entre cinco y 15 años de edad del HRAEN RNP.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, prospectivo y analítico, Se analizaron los 44 pacientes ingresados en el servicio de oncología. Se elaboró un cuestionario que incluyó datos de identificación, inicio de la sintomatología, diagnóstico al ingreso, características clínicas al ingreso, diagnóstico oncológico, inicio del tratamiento y estado actual, se procesó en SPSS.

RESULTADOS: Del total de pacientes estudiados, estuvieron deprimidos por grupo el 33% (7/21) femeninos y 9.5% (2/23) al sexo masculino el resto 57.5% no presentó depresión. El origen de los pacientes con enfermedad oncológica el 23% procedió de Centro Tabasco, 7% Balancán, 7% Comalcalco y 16% del Estado de Chiapas. El diagnóstico oncológico de pacientes menores de 15 años el 43% corresponde a Leucemia Aguda Linfoblástica, el 13% a Leucemia Aguda Mieloblástica, 10% a Retinoblastoma, 10% a meduloblastoma. La depresión presenta mayor incidencia en el sexo femenino con lo que se relacionó con mayor tiempo de estancia hospitalaria, en comparación con el sexo masculino en el cual se observó que la depresión es menor por lo que ameritó menor tiempo de estancia intrahospitalaria.

CONCLUSIONES: La oportunidad diagnóstica de trastorno depresivo en pacientes oncológicos nos permite establecer el tratamiento adecuado ya que el inicio de la depresión por lo general comienza de forma lenta e impredecible. Se hace manifiesta por la incapacidad para experimentar placer, aislamiento social, alteraciones del sueño o el apetito. Su prevalencia ha ido en aumento y lo que resulta aún más inquietante, es que la edad de inicio de este trastorno ha presentado una disminución considerable.

PALABRAS CLAVE: Diagnostico precoz, enfermedad oncológica, depresión.

II. ANTECEDENTES

Para los hipocráticos de los siglos V y VI a.C., eso que llamamos ahora depresión se denominaba melancolía y estaba definido ya por el conjunto de “aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad” al que se sumaba un ánimo triste característico. En diferentes textos hipocráticos, a esta tristeza se le añadió pronto otro síntoma fundamental: el miedo, de forma que el concepto clásico de melancolía estaba ligado al de una asociación entre estas dos pasiones (tristeza y miedo). La introducción del criterio temporal de cronicidad se produce cuando se asume que la melancolía precisaba de una perturbación emocional prolongada¹. Durante el siglo II d.C., la descripción estándar cristalizó en una estructura conceptual cada vez más estable, de forma que los escritos médicos islámicos y occidentales mantuvieron la misma definición y comprensión básica del problema durante casi mil quinientos años. Los rasgos fundamentales eran los siguientes; la melancolía era una forma de locura crónica, no febril, en la que el paciente se mostraba anormalmente temeroso, triste, cansado de la vida, misántropo y que con frecuencia se acompañaba de alguna idea delirante circunscrita. Los hipocráticos describieron también síntomas de perturbaciones gastrointestinales asociados, y, de entre ellos, progresivamente, se destacó el estreñimiento, además las ideas suicidas y el riesgo de suicidio ¹. En el Renacimiento, la creencia en el determinismo astrológico dio lugar a una concepción del mundo como un macro-microcosmos armónico. En estos parámetros, la influencia de Saturno (elemento de tierra, del viento del norte, del invierno y la ancianidad), permitía describir un temperamento melancólico, caracterizado como seco, frío, taciturno y malhumorado, especialmente entre los ancianos². Hemos de esperar hasta los siglos XVI y XVII para que se lleven

a cabo una serie de modificaciones en estas descripciones clásicas de la melancolía. En la melancolía moderna, primero la tristeza y posteriormente el miedo, se calificaban ya como “sin causa” o “sin causa aparente”. Este elemento definitorio puede rastrearse ya en descripciones previas, pero no es hasta el siglo XVI en que se convierte en otro de los síntomas típicos de la melancolía. Las dos obras fundamentales de la época fueron el *A Traitise of melancholia* y la *Anatomy of Melancholy*. Con ambas se consigue una considerable difusión del término entre los no iniciados, de forma que el círculo de las formas melancólicas se hace “popular” y se extiende en la sociedad, llegando a denominar a toda una serie de procesos morbosos que tenían en común una alteración mental cualquiera, real o aparente, generalmente crónica, no espasmódica, pero debilitante. Así, muchos autores diferenciaban entre una melancolía “natural” (especie temperamental) y otra “no natural” (adquirida), denominada *atrabilis* o melancolía adusta ². La *atrabilis* o melancolía natural era un trastorno fundamentalmente físico, a pesar de que sus síntomas fueran emocionales o psicológicos. Mientras que en algunas personas se entendía que su complexión melancólica explicaba los síntomas que padecía, en otras (*atrabilis*), estos síntomas eran de tal intensidad y duración que escapaban a las motivaciones comprensibles de la tristeza normal. Es en el siglo XVIII en que este síntoma se convierte en elemento habitual en las descripciones clínicas hasta el punto de ocupar un elemento clave. Algunos autores describían como esta insania parcial y circunscrita de la melancolía era el síntoma primordial y definitorio, aunque este punto de vista ya comenzaba a ser discutido a finales del siglo y abandonado gradualmente en la primera mitad del siglo XIX. De los rasgos característicos básicos de la melancolía clásica, se fue desgajando una categoría independiente.

La manía (o “furor”) es otro conjunto de síntomas “con una larga e íntima relación con la melancolía”. Definía como un estado de perturbación con excitación, en algunos casos megalomaniaca y en otros violenta. Se trataba de una de las tres formas clásicas de locura, junto a la melancolía y la phrenitis. Se relacionaba con la melancolía tanto en cuanto a los síntomas comunes (locura crónica sin fiebre) como por sus síntomas opuestos¹. Estos episodios de furia extravagante están descritos por los médicos latinos desde la antigüedad ². La phrenitis se corresponde más o menos con el actual delirium orgánico. Se consideraba por los griegos como una alteración estrictamente orgánica, en la misma línea que la pleuritis, la peripneumonía, la gota, la letargia, la disentería y la epilepsia. Las tres enfermedades (melancolía, manía y frenitis), eran manifestaciones de un trastorno fundamental en la composición o distribución de los humores y se manifestaban tanto a nivel del soma o cuerpo como de la psyché o alma. El concepto de euthymia, de origen filosófico, se corresponde con un concepto abstracto, o un estado ideal, correspondiente al actual de salud. En la terminología médica, eutimia se oponía a la oxythymia (exaltación dolorosa del timo y de toda la zona del praecordio), pero también a la dysthimia, estado emocional a lo que los latinos denominamos tristia (tristeza). Mientras que para los filósofos griegos la melancolía se podía deber a la pérdida de la eutimia (y por tanto, se emparentaba con la tristeza), los médicos hipocráticos tenían una concepción mucho más somática que la emparentaba con su compañera la frenitis (el extremo confusional de la melancolía) y con la hipocondría (su extremo más somático). Aunque, como hemos visto, los casos de melancolía que se alternaban con manía y viceversa ya están descritos desde la antigüedad. En el siglo XIX, se inciden en este aspecto fundamental, planteando la

unidad de estos dos desórdenes como un único trastorno ¹. Al igual que otros delirios sistemáticos, como el de la licantropía, se incluían en el concepto de melancolía por tener en común la ausencia de alteraciones intelectuales que aparecían en las insanias, demencias o estupideces “tórpidas”. Estos delirios sistemáticos, característicamente exclusivos sobre un objeto y acompañados de síntomas de abatimiento y consternación (sin “estupidez”), continuarán en la misma órbita melancólica hasta Pinel y Esquirol². Cuando, a principios del siglo XIX, se limite cada vez más el ámbito de la melancolía, esta pierde progresivamente su status hasta quedar reducida a una forma de perturbación depresiva grave. Esquirol, concretamente, separa todos los estados mono delirantes y exaltados de la melancolía, que se queda cada vez más como una forma de insania parcial, concepto a su vez en cada momento más discutido¹ Kraepelin, a principios del siglo XX, reúne de nuevo los conceptos de manía y melancolía en su estado de insania maníaco-depresiva, describiendo dos tríadas de síntomas nucleares en cada extremo. Para la manía, la tríada fundamental la constituían la fuga de ideas, la exaltación y la hiperactividad, mientras que para la melancolía, la tríada característica la constituían la inhibición del pensamiento, la depresión de los sentimientos y la inhibición psicomotriz. Durante todo el siglo XX, la tradición kraepeliana ha propuesto estos síntomas como fundamentales para la melancolía, pero no ha abandonado tampoco el resto de signos y síntomas ya clásicos de la melancolía, como son el insomnio, la pérdida del apetito, la pérdida de peso, el estreñimiento, la intranquilidad, la irritabilidad, la ansiedad³.

III. MARCO TEÓRICO.

El cáncer, desde el nacimiento hasta los 18 años de edad, representa un problema de salud en la República Mexicana. Esta situación es especialmente relevante en los menores de 15 años, ya que el cáncer ocupa la primera causa de muerte por enfermedad en estos pacientes. Se estima que en México del 15 al 20% de los adolescentes y adultos jóvenes padecen depresión, pero esta alteración afectiva puede presentarse no solamente como un problema primario, también puede manifestarse como una afección comórbida en el contexto de condiciones médicas de otra naturaleza. En este sentido algunos autores han señalado que en el caso de pacientes con cáncer aproximadamente del 15% al 25% manifiestan síntomas depresivos. Del total de la población el 2.0% ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la adultez), el primero persiste por unos 31 meses (comparado con 16 meses), durante los cuales generalmente no reciben tratamiento.

⁴La mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes.

En las últimas décadas se ha producido un gran avance en el diagnóstico y tratamiento del cáncer infantil, que ha dado lugar a un considerable aumento en las tasas de supervivencia. Los niños deben aprender a convivir con la incertidumbre de una recaída, las secuelas del tratamiento y revisiones periódicas que se prolongan en el tiempo y que a menudo implican el uso de procedimientos médicos aversivos. Debido a esta nueva condición crónica del cáncer, la investigación actual en psico-oncología pediátrica se interesa entre otros aspectos por el estudio de las

consecuencias psicológicas derivadas de la enfermedad y su tratamiento. Generalmente, se asume que el cáncer y sus tratamientos generan un impacto psicológico negativo en el niño, debido a las numerosas situaciones potencialmente estresantes a las que debe enfrentarse en el curso de la enfermedad (amenaza para la vida, dolor, cambios físicos y funcionales, hospitalizaciones, etc.). Sin embargo, los resultados obtenidos hasta el momento son confusos; algunos estudios han señalado que los niños con cáncer sufren niveles elevados de ansiedad-depresión y una baja autoestima, pero otros indican que, comparados con niños de su edad sin problemas de salud, suelen presentar niveles equiparables o incluso inferiores a ellos. En el ámbito de la «psicología positiva» y suele definirse como la capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido a pesar de estar expuesto a un estrés psicosocial grave. Un problema estrechamente ligado a la enfermedad y su tratamiento es el cambio operado en la apariencia y el funcionamiento físicos, lo que obliga a un reajuste psicológico del autoconcepto previo y la autoestima.⁵ Este aspecto cobra especial interés en niños y adolescentes, puesto que ambos constructos están en proceso de formación. Debido a la importancia que se concede en nuestra cultura a la imagen externa, cabría esperar que los niños con cáncer que experimentan cambios desfavorables en su aspecto presentaran más problemas relacionados con el autoconcepto físico, la autoestima y el estado emocional que los niños sanos, dada la estrecha relación observada entre apariencia física y autoconcepto y entre éste y autoestima, por un lado, y entre autoestima y afecto negativo, por otro. Dada la existencia de diferentes tipos y causas de depresión en los niños, se pueden necesitar diferentes tratamientos. Por otro lado, cuando las señales y los síntomas de depresión son persistentes y más

severos, se debe buscar la ayuda profesional de un psicólogo o psiquiatra. Medicamentos antidepresivos y ansiolíticos ayudan en el tratamiento de la depresión grave. Algunos tratamientos psicológicos efectivos incluyen las terapias conductuales y las terapias cognitivas conductuales. Los programas que combinan medicamentos y psicoterapia son frecuentemente empleados en el tratamiento contra la depresión

Existen estudios en donde la intervención atención psicosocial disminuye la ansiedad y los síntomas, aumenta las habilidades para resolver problemas por lo que una evaluación oportuna disminuirá el tiempo de estancia intrahospitalaria.⁶

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los menores de 15 años con padecimientos oncológicos son susceptibles a presentar depresión debido al dolor que resulta de sus tratamientos, al aspecto físico deteriorado, además de la separación familiar y al tiempo de estancia intrahospitalaria y por último a las complicaciones: lo que influye en no seguir las medidas terapéuticas resultando un deficiente apego al tratamiento de la patología de base.

El menor deprimido no coopera con su tratamiento y más aun no tiene interés en lo que pueda pasar si deja de tomar los medicamentos, por lo que puede empeorar las condiciones de salud de los mismos. Así, se pretende establecer un diagnóstico oportuno de la depresión para iniciar tratamiento y medidas terapéuticas que permitan incrementar las condiciones clínicas y psicológicas de los pacientes con enfermedades oncológicas en hospitalización.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el grado de depresión en pacientes oncológicos hospitalizados de 5 a 15 años de edad?

V. JUSTIFICACIÓN

Durante el año 2013 se detectaron 77 nuevos pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”.

Los síntomas iniciales en pacientes con procesos oncológicos son inespecíficos e incluyen fiebre, cefalea, anemia, entre otros.

Es necesario identificar las manifestaciones clínicas iniciales en las patologías oncológicas más frecuentes para realizar un diagnóstico oportuno y recibir un tratamiento adecuado, incrementando así el índice de supervivencia de los pacientes.

Es posible la realización del estudio ya que se cuenta con un área de oncología donde existen los recursos humanos y materiales para proporcionar una adecuada atención a los pacientes con este tipo de padecimientos.

VI. OBJETIVOS

a. Objetivo general

Conocer la existencia de un cuadro depresivo para así iniciar tratamiento encaminado a dicha patología.

b. Objetivos específicos

a) .Identificar la depresión en pacientes con patología oncológica hospitalizados de 5 a 15 años de edad a través de cuestionario específico.

b) Describir las características clínicas de los pacientes con depresión que tienen enfermedad oncológica.

c) Identificar si la depresión influye en el tiempo de estancia y mejoría de los pacientes hospitalizados de 5 a 15 años de edad.

d) Identificar de qué manera influye el estado depresivo con periodo de respuesta al tratamiento de pacientes oncológicos.

VII. HIPOTESIS

H₀₄: El estado depresivo no influye en el periodo de respuesta al tratamiento de pacientes oncológicos de 5 a 15 años de edad.

H_{i4}: La depresión influye en el periodo la respuesta al tratamiento de pacientes oncológicos de 5 a 15 años de edad del HRAEN RNP

Los objetivos 1, 2 y 3 son descriptivos, por lo que no se les realizó hipótesis.

VIII. METODOLOGÍA

a. Diseño del estudio

Observacional, retrospectivo, longitudinal, analítico.

b. Unidad de observación

Niños menores de 15 años con diagnóstico de enfermedad oncológica del HRAEN RNP.

c. Universo de trabajo

De un universo de 70 pacientes que presentan el diagnóstico de cáncer por año se hizo el cálculo de la muestra con un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5% y una heterogeneidad del 20% arrojó un total de 55 pacientes a encuestar. Por se muestra equivale a encuestar a 27 nuevos pacientes en el servicio de Oncología del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón. El cálculo de la muestra se realizó con el servicio que presta la universidad de España a través de la página www.netquest.com

d. Cálculo de la muestra y sistema de muestreo

Se calculó la muestra con un universo de 60 nuevos ingresos por año de reciente diagnóstico en el servicio de oncología. Con un margen de error de 5%, una confiabilidad del 95%, se obtuvo una muestra de 74 pacientes. Que por semestre dio 37 pacientes.

e. Definición de variables y operacionalización de las variables.

Variables independientes:

- Edad
- Sexo (masculino y femenino)
- Lugar de origen (municipio)
- Características clínicas
- Tiempo de estancia intrahospitalaria

Edad: cronología desde el nacimiento hasta el momento en que fueron incluidos en el presente estudio, pacientes desde 5 años hasta 15 años de edad.

Sexo: de acuerdo a fenotipo se especifica masculino o femenino.

Lugar de origen: Municipio correspondiente al lugar de nacimiento del paciente.

Características clínicas: Cualidades que presenta el paciente y que se identifican mediante la exploración física.

Tiempo de estancia intrahospitalaria: Tiempo en el cual permanece hospitalizado el paciente y así relacionar con la depresión.

Variables dependientes:

- Tiempo de estancia intrahospitalaria
- Enfermedad Oncológica

Variable	Depresión en pacientes con enfermedad oncológica.
Definición conceptual	Estado de tristeza o melancolía que influye en los pacientes oncológicos evitando su apego al tratamiento y causando alargamiento de la estancia hospitalaria
Definición operacional	Puntaje obtenido para paciente para pacientes oncológicos hospitalizados de la encuesta Evaluación de la Depresión en Pediatría
Indicador	Ausencia o presencia de depresión
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Encuesta

Variable	Enfermedad Oncológica
Definición conceptual	Padecimiento de tipo neoplásico que explica las características clínicas que presenta el paciente
Definición operacional	Escala de estadiaje del cáncer (clasificación tumoral de Piere Denoix)
Indicador	Clasificación con presencia o ausencia de tumor, nódulo o metastasis
Escala de medición	Cualitativa
Fuente	Expediente Clínico

Variable	Tiempo de estancia hospitalaria por enfermedad oncológica
Definición conceptual	Periodo de hospitalización que inicia al ingreso en el servicio de oncología para su diagnóstico y tratamiento hasta su egreso
Definición operacional	No aplica
Indicador	Días
Escala de medición	Cuantitativa
Fuente	Expediente Clínico

f. Estrategia de trabajo clínico

Identificar patología oncológica, hospitalización, contestar cuestionario ofrecido en internet para depresión en mayores de 5 años independientemente del tiempo de estancia intrahospitalaria.

g. Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 5 años hasta 15 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica del HRAEN RNP.

h. Criterios de exclusión

Pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica en menores de 5 años o pacientes con depresión mayor previamente diagnosticados.

i. Criterios de eliminación

- Pacientes mayores de 15 años.

j. Métodos de recolección y base de datos

Se utilizó un cuestionario específico donde se obtuvieron los factores relacionados con pacientes depresivos, utilizando los datos necesarios los cuales fueron almacenados en una base de datos del programa Access.

k. Análisis estadístico

De la base de datos construida para la obtención de la información se exportaron los datos al sistema SPSS y se procedió a la elaboración de gráficos, tablas, y uso de las pruebas de hipótesis de Chi Cuadrada (Kruskal-Wallis) se realizaron las gráficas correspondientes, se analizaron e interpretaron los resultados de las mismas

I. Consideraciones Éticas

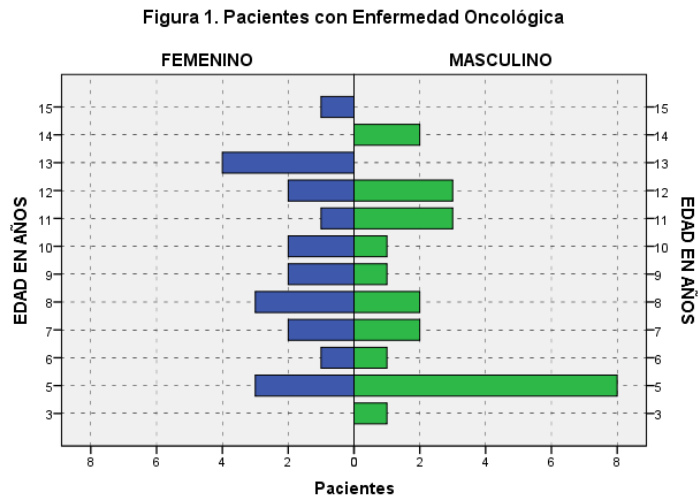
La realización del presente estudio se llevó a cabo previa explicación de los padres responsables que incluyó el motivo del presente estudio les solicitó por escrito su participación a través del consentimiento informado.

Se les explicó también a los padres que el presente estudio no comprometió la salud de sus hijos y que los datos obtenidos fuera del expediente clínico y de este mismo solo serán utilizados con fines confidenciales y para investigación clínica de las enfermedades.

En el presente trabajo se respetan las normas éticas y de seguridad del paciente como se encuentra dispuesto en La ley general de salud 2013, Las normas de bioética internacional de investigación y declaración de Helsinki 2013.

IX. RESULTADOS

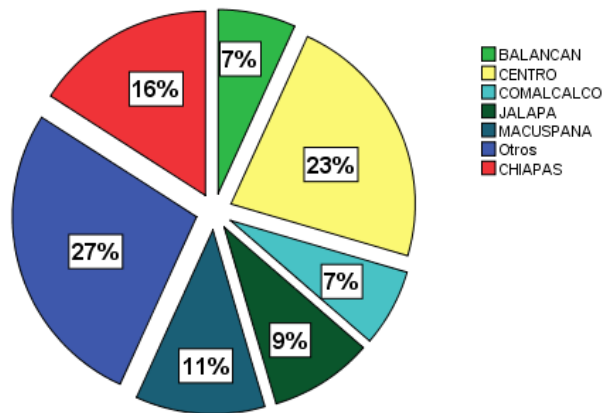
De los 44 pacientes estudiados, el 53% (23) correspondieron al sexo masculino y 46% (21) al sexo femenino. La distribución por edad de los pacientes con enfermedades oncológicas la media en años fue de 5 años. (Figura 1)



Fuente: 44 encuestados con cuestionario de Depresión del HRAEN RNP

De acuerdo a la procedencia de los pacientes se encontró predominio en el Estado de Tabasco con un 84%, del cual el municipio Centro ocupó 23%, seguido del Estado de Chiapas con 16%. (Figura 2)

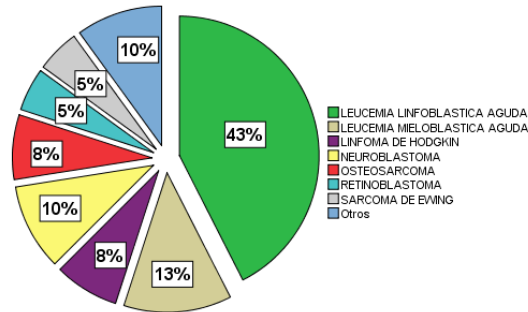
Figura 2. Lugar de origen de los pacientes con enfermedad oncológica



Fuente: 44 pacientes encuestados del HRAEN RNP 2015

El diagnóstico oncológico de pacientes menores de 15 años corresponde en un 43% (18) a Leucemia Aguda Linfoblástica, el 13% a Leucemia Aguda Mieloblástica, 8% a Linfoma de Hodgkin. (Figura 3)

Figura 3. Diagnóstico de los pacientes con enfermedad oncológica



Fuente: 44 pacientes encuestados del HRAEN RNP 2015

Tabla 1. Relación de depresión y sexo de pacientes con enfermedad oncológica				
SEXO	DEPRESION		Total	% DEPRESION
	SI	NO		
FEMENINO	7	14	21	33.3
MASCULINO	2	21	23	9.5
Total	9	36	44	20.45

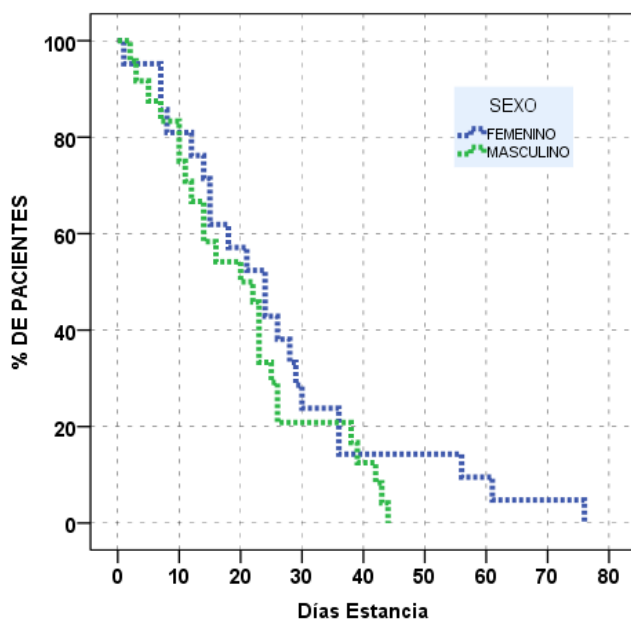
La prevalencia hospitalaria de la depresión en pacientes oncológicos de manera general fue de 42%, siendo predominante el sexo femenino con 33.3% (7) y 9.1% (2) del masculino. Tabla 1.

En cuanto a la relación de depresión y sexo de pacientes con enfermedad oncológica se realizó un una razón de momios encontrando que el sexo femenino tiene mayor depresión con 5.5 (IC95% 0.996-30.36) veces más que el sexo masculino. Tabla 2.

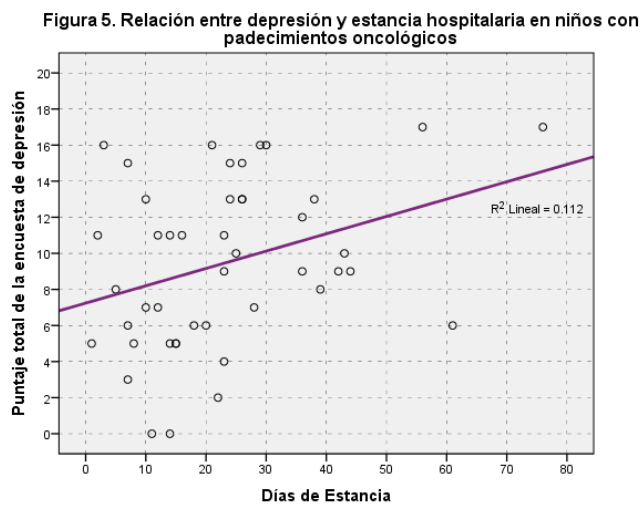
Tabla 2. Razón de momios entre la posibilidad de depresión entre los hombres y mujeres que presentan enfermedad oncológica			
Indicador	Valor	95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para SEXO (FEMENINO / MASCULINO)	5.500	.996	30.360

En la gráfica de Kaplan-Meier se observó a través de la función de prevaencia de la depresión y de estancia hospitalaria así como el tiempo en el cual permanecieron hospitalizados y el momento en que se les dio el alta. El 80% de los pacientes fue dado de alta a los 35 días y el resto de los dos grupos (masculino, femenino) egresó alrededor de los 75 días. De estos últimos los primeros en salir del hospital fue el grupo de varones (45 días) y el 20% de las mujeres permanecieron hospitalizadas hasta por 75 días; en este grupo se manifestó el puntaje más alto de depresión.

Figura 4. Proporción de pacientes deprimidos con enfermedad oncológica y estancia hospitalaria.



Se analizó la relación entre la frecuencia de la depresión y los días de estancia, se graficó (figura 5) y en esta se muestra que a mayor días de estancia mayor depresión.



Fuente: 44 pacientes con cáncer de 5 a 15 años de edad del HRAENRNP 2015

X. DISCUSION

El cáncer es una de las principales causas de muerte infantil. Esta enfermedad constituye una situación grave y estresante provocando en el niño estados emocionales que generan malestar psicológico tales como ansiedad y depresión. Este estudio investigó si los niños con cáncer (en tratamiento con quimioterapia) presentan peor auto concepto físico, menos autoestima y más ansiedad y depresión que los niños sanos (sin historia de cáncer) de los mismos rangos de edad y condición social. Adicionalmente, se analiza la capacidad predictiva del auto concepto y la autoestima sobre el malestar emocional.

La prevalencia de la depresión en los adolescentes es de aproximadamente 12 % en la población de 8 a 13 años en la población en general. Contrasta con el 43% del presente estudio que presentaron los menores de 5 a 15 años de edad⁷. El resultado es cuatro veces mayor y se relaciona con el pronóstico reservados a plazos generalmente cortos que son las experiencias hospitalarias.

Existen estudios donde se analiza la depresión por sexo y edades en etapa infantil, se presenta a la edad de 6 a 12 años y es mayor en el sexo femenino⁸, a diferencia del presente trabajo donde el sexo femenino represento el 78% y 22% el sexo masculino.

Existen las repercusiones psicológicas del cáncer infantil y revisar las principales intervenciones que los psicólogos pueden aplicar al paciente oncológico y su familia durante el diagnostico, el curso de la enfermedad y el tratamiento médico⁹. Es conocido que las enfermedades somáticas padecidas por los pacientes afectan el estado psicológico de las personas por lo que se considera que aumenta el tiempo de estancia intrahospitalaria.¹⁰

El cáncer es una enfermedad importante dentro del área de salud pública ya que al ser una enfermedad crónica, de difícil y largo tratamiento, la aparición de efectos adversos y secuelas tanto físicas, como emocionales y mentales son inevitables¹¹. Uno de los problemas al diagnóstico de cáncer en un niño, es aceptar y enfrentarse a los problemas que conllevan la enfermedad y su tratamiento.

La depresión no tratada en la adolescencia se asocia con varios resultados adversos para adultos, incluyendo menor nivel educativo y peor salud física. Más allá del sufrimiento y problemas de funcionamiento que los adolescentes deprimidos experimentan, así como la potencial para futuros resultados negativos¹²

Entre un 10 y un 38% de los menores oncológicos presenta indicadores de alteraciones psicológicas moderadas o graves. Mientras que entre un 6% y un 24% presenta indicadores de psicopatología leve. Concretamente, los menores presentan mayoritariamente, según la percepción de sus progenitores, problemas de ansiedad seguidos por quejas somáticas y problemas afectivos. Aparecen después los problemas de conducta y por último, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad¹³

XI. CONCLUSION

La prevalencia de la depresión es del 20% siendo el sexo femenino el mayor número de porcentaje con 77% y 23% en masculino.

La estancia hospitalaria prolongada se debió principalmente a complicaciones en el tratamiento oncológico y en 50% coincide con depresión.

Por ser un estudio transversal se dificulta el inferir sobre el impacto del tratamiento y la depresión en la mejoría del paciente oncológico para esto se requerirá una cohorte

El estudio de la depresión en pacientes oncológicos de HRAEN RNP en pacientes entre 5-15 años de edad, mostró que existe predominio de Leucemia linfoblástica aguda como diagnóstico de base además encontramos que el sexo femenino tiene mayor depresión con un 33% en comparación con el sexo masculino que es un 9.1% se encontró que el paciente deprimido presenta mayor tiempo de estancia intrahospitalaria, así como la respuesta al tratamiento, por lo tanto se comprobó que los varones egresan en promedio a los 45 días y las mujeres tienen una estancia de aproximadamente 75 días en el estudio no se encontró que el aspecto físico se relacione con la depresión incluyendo la caída de cabello. En cuanto al lugar de origen el más frecuente fue Municipio de Centro Tabasco, seguido de Chiapas

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Jackson SW. Historia de la Melancolía y la Depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna. Madrid: Turner; 1986. 6. Gastó C, Vallejo J.
- 2 Aspectos históricos. En: Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. Barcelona: Masson; 1990. p. 165-191..
- 3 Wack MF. Lovesickness in the Middle Ages: The Viaticum and its commentaries. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1990.
- ⁴ Benjet C, Borges G, Medina M, Batista C, Zambrano J. La depresión con inicio temprano; prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud publica Mex. 2004; 46(5) 417-424.
- ⁵ Pai A, Drotar, Zebracki K, Moore M, Youngstrom E. Un metaanálisis de los efectos de la psicología intervenciones en oncología pediátrica en los resultados de los trastornos psicológicos y el ajuste. Journal of pediatrics psicología ;31(9): 978-988
- ⁶ Amy R, Spars B, Meier M. Servicios al paciente/ Las intervenciones psico-sociales. Cincinnati Children's.2012: 1-6
- 7 Herrera E, Losada Y, Rojas L, Londoño P. prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). Avances en psicología latinoamericana/Bogotá (Colombia), 2009;27(1): 154-164
- 8 Cabrera P, Rivera B, Vera V, Alvarado M, Vera P. Ansiedad y depresión en niños diagnosticados con cáncer. Rev. Psicopatología y psicología clínica, 2005;10(2): 115-123.
- ⁹ Velazquez J, Garcia G, Sanchez L, Llanes A. Manifestaciones depresivas en adolescentes con enfermedad oncológica, 2007; 11(1) 179-184
- ¹⁰ Orgiles M, Lopez S, Espada J, Mendez J. atención psicológica en el cáncer infantil. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, 2004(1) 139-154
- ¹¹ Natale D, Renzo G, Espinal M, Sucre A, Iriana T, Davila S, Hanssen H, Lechting B. Grados de dedepresion en niños con cáncer, rev, Venez. Oncol 2012;24(1);19-26
- ¹² Maslow G, Dunlap K, Chung R. La depresión y el suicidio en niños y adolescentes. Pediatrics in Review; 2015;36:299-309
- ¹³ Dura E, Hernandez S, Lopez C. indiadores de atracciones emocionales y conductuales en menores oncológicos. Universidad Comolutense Madrid. 2009;6(2-3);311-325.

XIII. ORGANIZACIÓN

RECURSOS HUMANOS

Responsable del estudio:

Dr. Amador Contreras López

Directores de la tesis

Dra. Perla Citlalli Simón González.

Dr. Manuel Eduardo Borbolla Sala

RECURSOS MATERIALES

Físicos:

- Expedientes clínicos de pacientes con enfermedades oncológicas del HRAEN RNP.
- Computadora personal.
- Internet

Financieros

No se realizaron gastos ya que los estudios fueron realizados dentro del HRAEN RNP.

XIV. EXTENSIÓN

Se autoriza a la Biblioteca de la UNAM para su publicación total o parcial en revistas médicas que cuenten con arbitraje nacional o internacional. También la presentación de los resultados en foros, congresos nacionales e internacionales.

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO.

Nombre:

Edad:

Sexo:

Expediente:

Fecha:

¿Familiares con cáncer?

0. Estoy triste de vez en cuando

1. Estoy triste muchas veces

2. Estoy triste siempre

2. Nunca me saldrá nada bien

1. No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien

0. Las cosas me saldrán bien

0. Hago bien la mayoría de las cosas

1. Hago mal muchas cosas

2. Todo lo hago mal

0. Me divierten muchas cosas

1. Me divierten algunas cosas

2. Nada me divierte

2. Soy malo siempre

1. Soy malo muchas veces

0. Soy malo algunas veces

0. A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas

1. Me preocupa que me ocurran cosas malas

2. Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles

2. Me odio

1. No me gusta como soy

0. Me gusta como soy

2. Todas las cosas malas son culpa mia

1. Muchas cosas malas son culpa mia

0. Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas

0. No pienso en matarme

1. Pienso en matarme pero no lo haría

2. Quiero matarme

2. Tengo ganas de llorar todos los días

1. Tengo ganas de llorar muchos días

0. Tengo ganas de llorar de cuando en cuando

2. Las cosas me preocupan siempre

1. Las cosas me preocupan muchas veces

0. Las cosas me preocupan de cuando en cuando

Procedencia:

Fecha de ingreso:

Fecha de egreso:

Fecha de diagnóstico:

Quimioterapia:

¿Se te ha caído el cabello?:

0. Me gusta estar con la gente

1. Muy a menudo no me gusta estar con la gente

2. No quiero en lo absoluto estar con la gente

2. No puedo decidirme

1. Me cuesta decidirme

0. Me decido fácilmente

0. Tengo un buen aspecto

1. Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan

2. Soy feo

2. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes

1. Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes

0. No me cuesta ponerme a hacer los deberes

2. Todas las noches me cuesta dormirme

1. Muchas veces me cuesta dormirme

0. Duermo muy bien

0. Estoy cansado de cuando en cuando

1. Estoy cansado muchos días

2. Estoy cansado siempre

2. La mayoría de los días no tengo ganas de comer

1. Muchos días no tengo ganas de comer

0. Como muy bien

0. No me preocupa el dolor ni la enfermedad

1. Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad

2. Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

ANEXO 2: BASE DE DATOS (Sistema Access).

depression en niños con Cancer : Base de datos (Access 2007) - Microsoft Access

Inicio Crear Datos externos Herramientas de base de datos Complementos

Ver Pegar Copiar Copiar formato Filtro Ascendente Descendente Avanzadas Actualizar todo Eliminar Más Guardar Revisión ortográfica Buscar Ir a Seleccionar

Vistas Portapapeles Ordenar y filtrar Registros Buscar Formato de texto

Depresión en el paciente oncológico

EXPEDIENTE

NOMBRE

FECHA DE INGRESO

EDAD EN AÑOS

SEXO

LUGAR DE ORIGEN 61

FAMILIARES CON CANCER 63

DIAGNOSTICO DE INICIO 65

METOTREXATE

DOXORUBICINA

VINCRISTINA

FASE DE TRATAMIENTO 67

7 ME GUSTA COMO SOY

8 GENERALMENTE NO TENGO LA

9 NO PIENSO EN MATARME

10 TENGO GANAS DE LLORAR DE

11 LAS COSAS ME PREOCUPAN

12 ME GUSTA ESTAR CON LA GENTE

13 ME DECIDO FACILMENTE

14 TENGO BUEN ASPECTO

15 NO ME CUESTA PONERME HACER

16 DUERMO MUY BIEN

17 ESTOY CANSADO DE CUANDO EN

18 COMO MUY BIEN

19 NO ME PREOCUPA EL DOLOR

TOTAL 17 TOTAL 17

PRIMERA CONSULTA

SEGUNDA CONSULTA

TERCERA CONSULTA

CUARTA CONSULTA

IMIPRAMINA

FLUOXETINA

SE TE HA CAIDO EL CABELLO

FECHA DE EGRESO

Panel de navegación

Registro: 14 1 de 45 Sin filtro Buscar

Vista Formulario