



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE PEDIATRIA CENTRO MÉDICO
NACIONAL SIGLO XXI**



“FRECUENCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN-MECANISMOS DE ADAPTACION FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA CMN SIGLO XXI QUE CONOCEN SU DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA EN COMPARACIÓN CON ADOLESCENTES QUE LO DESCONOCEN. UNA EVALUACION A CORTO PLAZO”.

T E S I S

**PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD
EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA.**

PRESENTA:

Dra. Onelia Heredia Hernández

ASESOR TEÓRICO

DRA. ISABEL MEDRANO ORTIZ DE ZARATE

SERVICIO DE SALUD MENTAL UMAE HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SIGLO XXI.

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. ROCIO HERRERA MARQUEZ

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMAE HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN
SIGLO XXI**

MÉXICO, D.F. 2016



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.

**UMAE HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SIGLO XXI
"DR. SILVESTRE FRENK FREUD"
INTEGRANTES DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN.**

PRESIDENTE
DR. LEONEL JARAMILLO VILLANUEVA
SERVICIO DE SALUD MENTAL

SECRETARIA
DRA. AMANDA IDARIC OLIVARES SOSA
DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

VOCAL
DRA. CRISTINA DE JESUS HERRERA CASTILLO

1. Datos del Alumno

NOMBRE: ONELIA HEREDIA HERNANDEZ

MATRICULA: 98370517

CEDULA PROFESIONAL:

CARGO: MEDICO RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA.

ADSCRIPCION: SALUD MENTAL, HOSPITAL DE PEDIATRIA, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DIRECCION: AV. CUAUHEMOC 330. COLONIA DOCTORES. CP 06720

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CORREO ELECTRONICO: oneli2006@yahoo.com.mx

TELEFONO: 2462985056

2. DATOS DE LOS ASESORES

NOMBRE: ISABEL MEDRANO ORTIZ DE ZARATE

MATRÍCULA: 5115442

CARGO: MEDICO PAIDOPSIQUIATRA ADSCRITO AL SERVICIO DE SALUD MENTAL, UMAE, HOSPITAL DE PEDIATRIA CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

ADSCRIPCION: SERVICIO DE SALUD MENTAL, UMAE, HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

DIRECCIÓN: AV. CUAUHEMOC 330. COLONIA DOCTORES. CP 06720

CORREO ELECTRONICO: isabelmedranooz@gmail.com.mx

TELEFONO: 56-27-69-00 Ext. 22303

NOMBRE: ROCIO JULIA HERERRA MARQUEZ

MATRICULA: 12005029

CARGO: MEDICO ENDOCRINOLOGA PEDIATRICA ENCARGADA DE LA DIVISION DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMAE HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SIGLO XXI.

ADSCRIPCION: SERVICIO DE SALUD MENTAL, HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

DIRECCION: AV. CUAUHEMOC 330. COLONIA DOCTORES. CP 06720

CORREO ELECTRONICO: julia.herreram@imss.gob.mx

TELEFONO: 56-27-69-00 Ext. 22306

3. DATOS DE LA TESIS

“FRECUENCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN-MECANISMOS DE ADAPTACION FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA CMN SIGLO XXI QUE CONOCEN SU DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA EN COMPARACIÓN CON ADOLESCENTES QUE LO DESCONOCEN. UNA EVALUACION A CORTO PLAZO”.

P. 44

2016

ÍNDICE

	Página
Resumen	4
Antecedentes	5
Justificación	16
Planteamiento del problema	17
Objetivos	18
Material y métodos	19
Aspectos Éticos	23
Resultados	25
Discusión	26
Limitaciones	27
Conclusiones	28
Referencias bibliográficas	29
Tablas y gráficas	32
Anexos	36

RESUMEN.

“FRECUENCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN-MECANISMOS DE ADAPTACION FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA CMN SIGLO XXI QUE CONOCEN SU DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA EN COMPARACIÓN CON ADOLESCENTES QUE LO DESCONOCEN. UNA EVALUACION A CORTO PLAZO”.

Antecedentes: Actualmente en la República Mexicana, el cáncer infantil representa la segunda causa de muerte entre los 4 y los 14 años de edad. La incidencia de cáncer del 2005 al 2010, en adolescentes de 10-19 años fue 2, 362 nuevos casos anuales, reflejando un incremento sostenido del 0.7% por año, el 63% tenía alguna modalidad de tratamiento oncológico, mientras que el 37% de los niños dentro de este periodo no tuvieron alguna forma de tratamiento oncológico debido principalmente a la falta de diagnóstico y pocos recursos económicos. Existen evidencias que documentan el impacto psicológico de la hospitalización y la enfermedad que se producen en los adolescentes. Se estima que pueden aparecer, a consecuencia de experiencias traumáticas en el hospital, una gran variedad de psicopatología, por ejemplo: problemas de alimentación, alteraciones del sueño, trastornos de la eliminación, regresión del desarrollo global, depresión, ansiedad, miedo a la muerte, trastornos somatomorfos y psicosis.

Objetivo: Comparar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes adolescentes informados por el cuidador primario del diagnóstico de leucemia y paciente adolescentes no informados y su relación con el funcionamiento familiar.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrolectivo, transversal, comparativo, descriptivo. La investigación se realizó en pacientes adolescentes de ambos sexos, mayores de 10 años y menores de 16 años 11 meses años que acudieron al servicio de Hematología del Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI; que contaron con el diagnóstico reciente de leucemia. Se les aplicó la escala DSRS (Depression Self Rating Scale) STAIC, (Inventario de ansiedad estado-rasgo), a los Padres se les aplicó la escala de funcionalidad familiar APGAR Y FACES III. Se realizó análisis de frecuencias y medidas de tendencia central en el paquete estadístico SPSS V 21.

Resultados: Se recabaron datos de 5 pacientes adolescentes, la media de edad de los pacientes es de 13 años. La distribución por sexo 80% masculino, 20% femenino. La escolaridad de los adolescentes se distribuye de la siguiente manera: 60% cursa tercer grado de secundaria y 40% sexto grado de primaria. En lo concerniente a los Padres la edad promedio es de 38.6 años, el nivel escolar 40% con licenciatura, 40% con secundaria completa y 20% bachillerato completo. La información del diagnóstico de leucemia por medio de los Padres: 60% informaron el diagnóstico a su hijo y 40% no informaron.

Inventario de ansiedad estado-rasgo. EL 60% de los pacientes presentaron ansiedad estado y 40% pacientes ansiedad rasgo. La distribución de ansiedad estado en adolescentes informados fué de 33.3% y ansiedad rasgo en el 66.7% de los adolescentes informados, el predominio de ansiedad estado en adolescentes no informados fué del 100% y no se observó ansiedad rasgo en los adolescentes no informados. El factor temor estuvo presente en el 100% de los pacientes, con ansiedad estado. El factor preocupación se presentó en el 66% de los pacientes informados de su diagnóstico y en el 50% de los no informados. El factor evitación y somatización se exteriorizó en el 100% de los adolescentes no informados de su diagnóstico y en el grupo de los adolescentes informados el factor evitación y somatización se distribuyó en el 33.3% y 66.7 respectivamente. No se detectaron pacientes con depresión en ninguno de los grupos de adolescentes, por medio de la entrevista clínica, el puntaje más alto obtenido en la escala DSRS fué de 11 puntos. En lo referente a la tipología familiar 80% son familias nucleares, 20% familia desintegrada. La funcionalidad familiar determinada por el APGAR familiar reporta: 60% familias son normofuncionales, disfunción leve 20% y disfunción grave 20%.

En la funcionalidad familiar de los adolescentes informados se observa la siguiente distribución: 33% familia normofuncional, 100% de la familia con disfunción leve, 100% de la familia con disfunción grave. Funcionalidad familiar de los no informados: 67% familias normofuncionales decidieron no comunicar el diagnóstico a sus hijos. En la valoración con el FACES III de la dimensión cohesión y adaptabilidad familiar se tipificaron el 80% de las familias como familia extrema y 20% familia en rango medio. **Discusión y conclusiones.** Este resultado orienta que si bien los mecanismos que está esgrimido la familia por ejemplo adaptabilidad caótica, cohesión aglutinada, semirrelacionada o no relacionada no son los más efectivos para mantenerlas balanceadas, les ha permitido mantenerse funcionales como se corrobora con el APGAR. Sin embargo sería importante que se realizaran mediciones en la posteridad en los diversos estadios de la enfermedad, para identificar oportunamente a las familias que requieran apoyo psicoterapéutico y podérselo brindar en tiempo adecuado. Una debilidad de este estudio es que no se comparó la funcionalidad familiar de acuerdo al ciclo vital de la

familia. (Formación, matrimonio, extensión, contracción o disolución).

MARCO TEORICO

El cáncer en adolescentes constituye un grupo heterogéneo de enfermedades de etiología, tratamiento y pronóstico diferentes. Se estima que en el mundo existen 12 millones de personas diagnosticadas con cáncer, de los cuales el 3% (360 000) son niños y adolescentes. Asimismo el cáncer es la segunda causa de muerte en menores de 20 años a nivel mundial. Cada año, más de 160 000 menores de 20 años son diagnosticados con cáncer en países desarrollados en donde 3 de cada 4 adolescentes sobreviven al menos 5 años después de iniciar su tratamiento, a diferencia de los países en vías de desarrollo en los cuales más de la mitad (60%) mueren (1).

Actualmente en la República Mexicana, el cáncer infantil representa la segunda causa de muerte entre los 4 y los 14 años de edad. La incidencia de cáncer del 2005 al 2010, en adolescentes de 10-19 años fue 2, 362 nuevos casos anuales, reflejando un incremento sostenido del 0.7% por año, el 63% tenía alguna modalidad de tratamiento oncológico, mientras que el 37% de los niños dentro de este periodo no tuvieron alguna forma de tratamiento oncológico debido principalmente a la falta de diagnóstico y pocos recursos económicos.

Dentro de los tipos de cáncer en menores de 20 años, según el tipo histológico y el sexo en el periodo del 2005 al 2010, la leucemia fue el cáncer con mayor incidencia [30%, 691 casos (375 hombres vs 316 mujeres)]; seguido por linfomas y neoplasias reticuloendoteliales con una incidencia del [17.1%, 394 casos (252 hombres vs 142 mujeres)]. En relación a la edad para leucemias 356 casos se encontraron en el rango de 10-14 años y 72% en el rango de 15-19 años (2).

El Paciente Adolescente y la Enfermedad.

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es difícil establecer límites cronológicos para este periodo; de acuerdo a los conceptos aceptados por la Organización Mundial de Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10-14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

La adolescencia temprana se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad. La adolescencia tardía se caracteriza por que ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven (3).

Para el adolescente como protagonista, la experiencia hospitalaria asociada a una enfermedad grave, es generadora de ansiedad, angustia, sufrimiento y posiblemente trauma psíquico. La inmadurez y la limitada capacidad de adaptación del adolescente a un enorme

número de factores exógenos y endógenos del ambiente hospitalario, lo ponen en franca desventaja. La separación de la familia, del hogar, un entorno extraño y desconocido, la presencia de dolor, la amenaza de muerte se consideran distintas fuentes de estrés en un adolescente enfermo. Las variables que influyen en la percepción de amenaza son los siguientes: edad, sexo, desarrollo cognitivo, diagnóstico médico, duración de la hospitalización, experiencias previas con procedimientos médicos y el hospital, naturaleza y tiempo de la permanencia para la hospitalización, ajuste psicológico prehospitario y la habilidad de los padres a fin de ser apoyado adecuado para el niño.

Existen evidencias que documentan el impacto psicológico de la hospitalización y la enfermedad que se producen en los adolescentes. Se estima que pueden aparecer, a consecuencia de experiencias traumáticas en el hospital, una gran variedad de psicopatología, por ejemplo: problemas de alimentación, alteraciones del sueño, trastornos de la eliminación, regresión del desarrollo global, depresión, ansiedad, miedo a la muerte, trastornos somatomorfos y psicosis (4).

En general, la literatura reporta que se trata de un problema importante, ya que entre el 20 y el 60% de los adolescentes experimentan dificultades, las perturbaciones emocionales pueden ir de leves a moderadas y llegar a persistir durante algunos días, meses o incluso años (6). También se sabe por otros estudios, que una relación adecuada entre los padres y el paciente, favorecida por un estado de confianza, es capaz de mejorar la adaptación en la vivencia hospitalaria, independientemente del motivo que haya llevado al paciente a hospitalizarse (5).

Depresión.

La depresión está caracterizada por la presencia de diferentes síntomas que tienen que ver con la tristeza, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos. Los adolescentes que presentan depresión experimentan ánimo bajo, manifestado principalmente por irritabilidad, incapacidad para disfrutar de las cosas que le gustan, problemas para estar concentrados en comparación con el funcionamiento previo, fallas en la atención, ideas de ser menos valiosos que otros, aislamiento, disminución del rendimiento escolar, pérdida o aumento notable del apetito, con falta del incremento ponderal esperado para su edad y sexo, labilidad emocional, llanto fácil, alteraciones en el sueño y la energía, dificultad para pensar en el futuro; cuando es grave puede haber intentos suicidas o síntomas de psicosis consistentes en alucinaciones o ideas delirantes. La duración de los síntomas es de al menos dos semanas y representa un malestar importante para el chico con un deterioro de varias de las áreas de su vida cotidiana. Se ha reportado una prevalencia de 4% en adolescentes, con una frecuencia mayor para el sexo femenino. Hay estudios que llegan a reportar una prevalencia en los preadolescentes de hasta 18%.

Para hacer el diagnóstico de depresión, se deben presentar los síntomas en el tiempo y la cantidad indicados. Se puede hacer uso de dos clasificaciones: Los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR) (Anexo 1), o los Criterios Diagnósticos de Investigación de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales en su 10ª edición CIE-10 (7).

Existen diferentes escalas de evaluación de depresión que tienen como objetivo cuantificar los síntomas del padecimiento. La principal aplicación es realizar un tamizaje o distinguir entre los adolescentes que tienen alta probabilidad de padecer un trastorno depresivo y otras sirven para comprobar de forma estandarizada los cambios en los síntomas a través del

tratamiento, sin que eso sustituya el criterio clínico. Las escalas de evaluación que se utilizan más en niños y adolescentes son las siguientes:

Escala de Birlson para Trastorno Depresivo Mayor en Niños y Adolescentes del inglés Depression Self Rating Scale (DSRS) fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento. Consta de 18 reactivos con una puntuación máxima de 36. Fue validada al español por el Dr. Francisco de la Peña en 1996. Es autoaplicable, esto es, el adolescente puede contestarla por sí mismo, o puede también ser leída por el profesional de salud para que el adolescente vaya dando su respuesta.

Los reactivos 1, 2, 4, 7-9, 11-13, 15 se califican del 0-2 (tomando 0 como puntaje mínimo y 2 como puntaje máximo) y los reactivos 3, 5, 6, 10, 14, 16, 17 se califican del 0-2 (tomando 0 como puntaje máximo y 2 como puntaje mínimo). La puntuación de 14 o más indica la alta probabilidad de padecer depresión. Esta escala será ocupada para medir la sintomatología depresiva en nuestros pacientes (8) (Anexo 3).

Otras escalas de utilidad para depresión son: El Inventario de depresión de niños (CDI); cuestionario de 27 ítems para niños y adolescentes entre 7 y 16 años, que se realiza en 10 minutos. Inventario de depresión de Beck (BDI) escala autoaplicable, consta de 21 ítems con diseño alternativo de 4 respuestas múltiples que va de 0 a 3 puntos, donde de 0-13 se clasifica como no deprimidos, 14-19 ligeramente deprimidos, 20-28 moderadamente deprimidos y 29-63 gravemente deprimidos. Escala de Hamilton para depresión, la valoración de esta escala se hace a través de un observador externo convenientemente entrenado y familiarizado con su utilización, se considera que puntuaciones superiores a 18 son indicativas de patología depresiva (7).

Ansiedad

La ansiedad es una emoción normal que todas las personas hemos experimentado forma parte de los mecanismos básicos de supervivencia y es una respuesta a situaciones de miedo que nos resultan sorprendidas, nuevas o amenazantes. La ansiedad incita a actuar, a enfrentarse a una situación amenazadora o nos prepara para escapar. Se trata de una emoción encaminada a la adaptación y la preservación, nos ayuda a enfrentarnos a situaciones estresantes para tener el mejor desempeño. Sin embargo como toda una función de un sistema del organismo, este mecanismo que normalmente debe ayudarnos a enfrentarnos a una situación puede verse alterado, resultando esto en una respuesta desadaptativa que ocasiona disfunción en la vida cotidiana (10).

La ansiedad se considera patológica cuando causa malestar psíquico y disfunción en la conducta del paciente, se puede encontrar en las siguientes condiciones: enfermedades físicas, uso de medicamentos, abstinencia a depresores del sistema nervioso central o como una condición primaria, en los llamados trastornos de ansiedad (9)

Diversos estudios demuestran que los trastornos de ansiedad afectan al 10% de los adolescentes. Se menciona que es el trastorno psiquiátrico más común ocurriendo en un 5-18% de todos los niños y adolescentes. Anderson y cols. reportan prevalencias en población general de 2.9% para trastorno de ansiedad generalizada. Caraveo y Andagua estudiando a la población de la Ciudad de México encontraron que un 48.6% resulto sintomática para algún trastorno mental con prevalencia de 4.46% de problemas internalizados, entre ellos trastornos de ansiedad generalizada y ansiedad con inhibición (11).

La ansiedad habitualmente tiene dos componentes: a) manifestaciones somáticas: palpitations, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración,

temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aire, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, parestesias, escalofríos o sofocaciones; b) síntomas cognoscitivos-conductuales y los afectivos: desrealización, despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, sensación de muerte inminente, intranquilidad, inquietud, ideas catastróficas, deseo de huir (12).

Spielberger (1989) considera que para definir ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo. La ansiedad estado es un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte la ansiedad rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo estas una disposición, tendencia o rasgo. Contrariamente a la ansiedad estado, la ansiedad rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. En este sentido los sujetos con alto grado de ansiedad rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad. Los niveles altos de ansiedad-estado son apreciados como intensamente molestos; por tanto, si una persona no puede evitar el estrés que se los causa, pondrá en marcha las habilidades de afrontamiento necesarias para enfrentarse a la situación amenazante (39).

Para hacer el diagnóstico de ansiedad, se deben presentar los síntomas en el tiempo y la cantidad indicados. Se puede hacer uso de dos clasificaciones: los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR) (anexo 2), o los criterios Diagnósticos de Investigación de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales en su 10ª edición CIE-10 (38).

La ansiedad también comprende un aspecto normal del desarrollo, por ello las escalas de evaluación de la ansiedad requieren de la habilidad para discriminar a los niños y adolescentes con síntomas clínicos de ansiedad o con aquellos síntomas de ansiedad normales. Las escalas de evaluación de los trastornos de ansiedad ofrecen una gran utilidad para analizar la psicopatología de adolescentes. Entre las cuales se encuentran:

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC): Creado por Spielberger y cols. (1973, 1982) en California, para evaluar la ansiedad en niños estadounidenses de escuelas elementales y cuya versión española (IDAREN) fue traducida y adaptada por el psicólogo puertorriqueño J.J. Bauermeister y sus colaboradores (Bauermeister, Colon, Villamil y Spielberger, 1986; Bauermeister, Huergo, Garcia y Otero, 1988); ha sido usado para evaluar características de ansiedad en correlación con varios factores debido a sus valores psicométricos de especificidad conceptual y consistencia interna los ítems quedan agrupados en seis factores teóricamente distinguibles entre sí: Factor 1. Temor (ansiedad estado): Da cuenta de un estado emocional de inestabilidad donde el grado de confusión y percepción de amenaza es significativo, generando altos niveles de ansiedad. Factor 2 Tranquilidad (ansiedad-estado): Esta orientado al estado emocional de jovialidad en un medio con pocas señales de alerta que satisface las necesidades de confort y seguridad. Factor 3 Preocupación (ansiedad-rasgo): Corresponde a estados emocionales de alteración sin la percepción de una señal de amenaza identificable, la anticipación hace parte de uno de sus

principales elementos. Factor 4. Evitación (ansiedad-rasgo): Da cuenta de una estrategia de afrontamiento orientada a no enfrentar la situación porque el sujeto se concibe a sí mismo en una condición de minusvalía e inseguridad. Factor 5. Somatización (ansiedad-rasgo): Corresponde a manifestaciones orgánicas que generan preocupación, por su inexplicabilidad sintomatológica. Factor 6. Ira y Tristeza (ansiedad-rasgo): Esta orientado a sentimientos encontrados que van desde el deseo de cambio de una situación hasta orientarse a estados emocionales depresivos.

Consta de 18 reactivos que se califican en una escala tipo likert de 1 a 3 dependiendo de la severidad de la sintomatología. La estandarización del cuestionario STAIC, es el resultado de la evaluación de 670 niños entre 8 y 15 años de edad de ambos géneros; en 35 instituciones educativas públicas y privadas de la ciudad de Medellín, Colombia. El análisis consistió en evaluar las propiedades estructurales de la prueba a través de la validez de constructo hallada bajo el análisis factorial con rotación varimax por el método de componentes principales y la confiabilidad por alpha de Cronbach de 0.70. El análisis de dichas condiciones arrojó como resultado seis factores en su análisis factorial (13)(35) (anexo 4).

Otras escalas para evaluar ansiedad utilizadas son: Cuestionario Breve de Tamizaje y diagnóstico (CBTD): 17 preguntas que exploran síntomas que frecuentemente son motivo de consulta en los servicios de salud mental y que se refieren a síntomas cardinales de diferentes trastornos entre ellos la ansiedad. K-SADS: entrevista diagnóstica semiestructurada que evalúa la psicopatología presente en los últimos seis meses y a lo largo de la vida de 47 categorías diagnósticas diferentes. SCARED: Escala de observación de la Ansiedad Infantil Ligada a Trastornos Emocionales. Cuenta con cinco dimensiones establecidas a partir de los diagnósticos del DSM-IV: Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia social y somatización/dolor (12).

Depresión y ansiedad como reacción de adaptación al cáncer.

La probabilidad de padecer cáncer alerta al adolescente por la amenaza que representa para la vida. Cohn y Lazarus establecieron las siguientes condiciones como amenazas: el daño a la integridad corporal, la incapacidad física, el dolor, la necesidad de enfrentarse con sentimientos como cólera, la separación de la familia, la hospitalización, los tratamientos a los que se tiene que someter, la comprensión de la terminología médica, la toma de decisiones en momentos de estrés, y la necesidad de depender de otros, que conlleva la pérdida de intimidad física y psicológica (13)

La amenaza de muerte y la incertidumbre de supervivencia son centrales a la hora de abordar el cáncer, sin embargo, gracias a los avances en los tratamientos, las expectativas de vida son mayores para estos pacientes, al grado de equiparar el sufrimiento del cáncer con el sufrimiento que conlleva una enfermedad crónica, aunque de carácter amenazante para la vida, a la cual la familia y el paciente adolescente deberán enfrentarse durante un período indeterminado de tiempo (14).

La depresión y la ansiedad son las reacciones psicológicas más frecuentes de adaptación al cáncer independientemente del tipo que se trate, se presentan desde el diagnóstico, durante el tratamiento y después de este. La ansiedad puede estimular o alertar al paciente, y traer implicaciones benéficas en el tratamiento, pero en algunos casos puede impedir que el paciente participe en las intervenciones médicas (15).

La frecuencia global de ansiedad y depresión en pacientes adolescentes internados varía entre el 15% y el 60%. Los síntomas más comunes son la combinación de preocupaciones

excesivas, ansiedad, depresión e insomnio (16).

Cuando la ansiedad y los síntomas depresivos se observan incluso un mes después del diagnóstico, no se debe considerar como “*reacciones naturales porque el paciente tiene cáncer*”. Estos síntomas son problemas muy importantes en pacientes con cáncer y se deben manejar con gran cuidado.

Si bien los aspectos emocionales del adolescente pueden interferir durante el proceso de enfermedades crónicas, también cualquier condición crónica puede afectar al desarrollo del adolescente. El objetivo del equipo de salud es reducir el impacto de la enfermedad y permitir que los adolescentes puedan realizar una vida lo más similar posible al resto de sus pares (17). Los adolescentes pueden comprender la necesidad del tratamiento en base a su enfermedad pero cuando esto no es posible, la familia puede ser una fuente importante de apoyo para generar la adherencia terapéutica.

Los jóvenes que provienen de familias con buenos canales de comunicación, apertura al diálogo y niveles más bajos de estrés, se adhieren mejor a los regímenes de tratamiento y pueden tener un mejor resultado a largo plazo (18)(19).

Holland, investigó los mecanismos de defensa más utilizados en los pacientes adolescentes y encontró que la negación, el desplazamiento, la identificación y la dependencia al especialista son los más comunes. Los cambios en la imagen corporal ocasionados por la quimioterapia y la radioterapia suponen un impacto emocional que puede llevar al paciente a rechazar el tratamiento. La toxicidad neurológica incluye somnolencia, encefalopatía, ataxia, demencia, etc. (20).

El trasplante de médula ósea (TMO) se utiliza actualmente en neoplasias hematológicas y en otros cánceres sólidos, ya que permite manejar mayores dosis de citostáticos con menos riesgos para generar aplasia medular y evitar recurrencias. Por otro lado, los pacientes precisan mayor tiempo de hospitalización y más cuidados para evitar complicaciones potencialmente mortales. Lesko señala que los problemas más comunes que suelen aparecer son: conductas regresivas, dependencia, hostilidad, ansiedad y cuadros depresivos, con modalidades de suicidio pasivo como negarse a tomar la medicación o la alimentación (21). El paciente próximo a finalizar cualquier modalidad de tratamiento antineoplásico, puede presentar problemas psicológicos por miedo a una posible recaída, pérdida de beneficios de pasar de enfermo a sano y por la desconexión parcial con el equipo de salud, que le protegen contra el cáncer (21).

Impacto de la enfermedad en la familia.

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionalista), la Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o recíproca con autoridad, los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o

rígidos y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada (22).

En un estudio realizado en el Hospital de Pediatría del CMN SXXI por López, J. (2014) en 12 pacientes con el diagnóstico reciente de Leucemia [41]. En la evaluación familiar, el 66.70% de las familias de los adolescentes tuvieron una familia nuclear, el 16.70% familia extensa, 8.30% familia desintegrada y reconstituida respectivamente [41]. La funcionalidad familiar medida por el escala de APGAR fue normofuncional en un 66.70%, disfuncional grave 25%. Disfuncional leve 8.30% [41].

En otro estudio realizado en Puebla, en la Unidad Médica Familiar No 6, en 79 familias de pacientes con Leucemia Linfoblástica Aguda se observó la funcionalidad familiar de acuerdo con APGAR familiar se reporta: Familia funcional, 77.2% (n=61); familias con disfunción moderada, 22.8% (n=18); no se encontraron familias con disfunción grave(42). La funcionalidad familiar observada con el cuestionario FACES III fue: familia balanceada, 51.9% (n=41); familia en rango medio, 36.7% (n=29); y familia extrema 11.4% (n=9) (42).

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzzano, al reportar que más del 55% de 365,425 adolescentes con algún tipo de enfermedad médica pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar, de igual manera, enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas la escala de APGAR, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción el tener a un integrante enfermo (23).

Para Olson, la definición del funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia [cohesión] y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares [adaptabilidad] (43). Esta teoría contempla las situaciones que atraviesan la familia durante la vida y los cambios que deben realizar en su estructura para lograr una adaptación y una cohesión, que ayuden a una mejor estabilidad para el crecimiento saludable del niño, la familia según su funcionalidad se clasifica en: caótica, flexible, estructurada, rígida, disgregada, separada, relacionada y aglutinada (43).

La Cohesión se define como «el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan.» Evalúa el grado por el cual los miembros están conectados o separados del resto de la familia. Esta dimensión se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro (44).

La adaptabilidad familiar, «se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo», es decir que la estructura familiar puede verse afectada en un cambio, hay cambios en las reglas y roles que los hijos muchas veces no están acostumbrados a realizar y para poder lograr esta habilidad tratan de adaptarse (44).

Dentro del Modelo Circumplejo los conceptos específicos para medir la dimensión de cohesión son: vinculación emocional, límites, coalición, tiempo y espacio, amigos, toma de decisiones, Intereses y recreación y los conceptos específicos para medir la dimensión de adaptabilidad son: estilo de negociación, poder en la familia (asertividad, control, disciplina),

relaciones de roles, reglas de las relaciones [44].

La enfermedad de un hijo repercute en el ámbito familiar, convirtiéndose en una verdadera crisis de familia. Se reconoce que los padres y otros familiares pueden volverse sobreprotectores, o por el contrario, demasiado exigentes y restrictivos, también se producen alteraciones en la conducta de estos y en sus expectativas sobre el niño, así como en la conducta de éste (24).

El impacto del diagnóstico origina reacciones de negación, confusión, ira, culpabilidad y actitudes de reparación como sobreprotección, entre otras. Si se trata de una familia que comparte información y emociones, habrá una mejor adaptación y afrontamiento, pero si es una familia con problemas, estos aumentarían (24).

Generalmente existe negación para aceptar la amenaza de muerte sobre el hijo(a) lo que produce una interferencia en el desarrollo de actitudes positivas como centrar su atención en el aquí y ahora con el niño dejando de pensar en el posible desenlace. Al no aceptar la posibilidad de la muerte, no se estrechan los lazos afectivos ni se tiende a mejorar la comunicación (25).

Si los padres presentan una actitud protectora, consideran que los hijos son demasiado pequeños para entender lo que sucede, se potencian sus miedos y fantasías, por lo que se les debe informar de la realidad de un modo progresivo, adaptado a su edad y desarrollo, de manera cuidadosa y cálida (24).

No existe una forma única de afrontar el cáncer infantil. La adaptación al cáncer debe ser considerada como un proceso dinámico y sensible que depende de las siguientes variables (9): a) Variables personales: edad del niño, nivel de desarrollo psicoevolutivo, grado de comprensión de la enfermedad, favorecido o no por la actitud ante la comunicación del diagnóstico, b) Variables propias de la enfermedad: tipo de cáncer, su pronóstico y fase de la enfermedad incluyendo la supervivencia o muerte, c) Variables ambientales: adaptación de cada miembro de la familia a cada etapa de la enfermedad, el funcionamiento familiar, presencia de estresores concurrentes, el apoyo socio-económico y el medio sociocultural.

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y las funciones conyugales, mismas que han sido mejoradas a través de su historia y avaladas actualmente para su utilización, como es el caso del APGAR familiar.

El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias de riesgo. El APGAR familiar que creó el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle en 1978, es un instrumento que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y se puede contestar en muy poco tiempo (26). El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutoria (resolve).

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene del propio funcionamiento familiar. En la validación española la confiabilidad test-retest es superior a 0.75. y su consistencia interna medida por alfa de Cronbach de 0.84 (anexo 5).

En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite

Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar). En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACE III, Pless Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y cols (27).

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III).

La primera versión de este instrumento surgiría en 1980 (Bell, 1980; Portner, 1981) y constaba de 111 ítems. Posteriormente se desarrollarían otras tres versiones tratando de superar, cada una de ellas, las limitaciones de las anteriores. La segunda versión, *FACES II*, apareció en 1982 (Olson, Portner y Bell, 1982) y la tercera versión, *FACES III*, en 1985 (Olson, Portner y Lavee, 1985), de 30 y 20 ítems, respectivamente (43).

FACES III en español (México) contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares respectivamente. Las 20 preguntas tienen un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4, y siempre, 5) y se contesta en un promedio de 5 min. El porcentaje de fiabilidad es del 70% (45).

La investigación de la estructura familiar constituye una parte importante en el estudio de todo paciente, en especial de aquellos en edad pediátrica, de acuerdo con el enfoque ecológico del proceso de salud/enfermedad.

El personal médico ante la enfermedad.

Los pacientes con leucemia movilizan en el médico sentimientos relacionados con su propia muerte y con su competencia profesional. Las defensas pueden consistir en el aislamiento de la emoción y el refugio en la ciencia, ser excesivamente pesimista u optimista en las tareas, utilizar técnicas desmedidas y desesperadas, acortar o espaciar las visitas, evitar preguntas, etc. con lo cual se priva al paciente del apoyo afectivo necesario.

En un estudio de pacientes hematológicos, el 20% de los médicos reportaron reacciones fuertes de ansiedad al momento de informar sobre la condición médica y la probabilidad de muerte.

Dar malas noticias es más difícil cuando los médicos han establecido una relación de largo tiempo con los pacientes, cuando son jóvenes los pacientes o cuando se expresa un fuerte optimismo por un buen resultado. Pero, por otro lado, cuando las malas noticias son comunicadas de forma empática, puede tener un impacto importante en los resultados con la satisfacción de los pacientes, disminución de la ansiedad y depresión.

Es difícil para un solo médico resolver todos los aspectos de salud del paciente, especialmente si el tratamiento y las necesidades de intervención terapéutica son altamente sofisticados. Debido a que los adolescentes con enfermedades crónicas tiene muchas fuentes de estrés, los profesionales de la salud deberán estar alertas para detectar tanto depresión, ansiedad y trastornos de ajuste en los jóvenes y sus familia (28).

Conspiración del Silencio.

Al decidir informar al niño de su enfermedad existen dos actitudes: 1) Protectora: Se intenta proteger al paciente de cualquier información con el fin de evitarle preocupaciones o sufrimiento, 2) Abierta: Tiende a ser adoptada cada vez con más frecuencia debido a que mejora los lazos afectivos del paciente y le permite hablar de la enfermedad, dando como

resultado una disminución de la pena (25).

En estudios empíricos se documenta que aun siendo los pacientes muy pequeños, tienen conciencia de su enfermedad, sin embargo, sus padres e incluso el personal de salud, presentan resistencia a comunicar el diagnóstico, produciéndose un fenómeno llamado “*pretensión mutua*” o “*conspiración en silencio*”, situación en la cual los familiares o incluso los profesionales sanitarios se centran en ocultar el diagnóstico o el pronóstico de la enfermedad, lo que conlleva a limitar la expresión de emociones, las dificultades que se están viviendo o el propio malestar ante la enfermedad. Las causas de la conspiración del silencio son principalmente dos: 1) La dificultad de algunos familiares para expresar y compartir emociones, 2) La Intención de proteger al paciente.

La aplicación de una comunicación abierta con los adolescentes que están gravemente enfermos es problemática. Los padres tienen una serie de funciones en dicha comunicación, y las prácticas profesionales reafirman la primacía de los padres en las decisiones sobre la forma de esta comunicación. El papel de los padres tiene profundas implicaciones en la comunicación del diagnóstico, pues ellos son generalmente los que marcan la pauta de la comunicación con los adolescentes que están gravemente enfermos. Decir la verdad es el primer paso en el tratamiento del cáncer y es esencial en la práctica médica moderna.

Para mejorar la calidad de la comunicación médico-paciente, se han elaborado guías que se centran en dos premisas: la atención al paciente a la hora de explicar el diagnóstico y la comprensión de sus reacciones psicológicas, esta mejoría en la relación brindará mejorías en la calidad de atención. Es importante que en el futuro evaluemos la utilidad de estas prácticas para encontrar métodos eficaces que ayuden a informar el diagnóstico a los niños con cáncer.

Los siguientes factores de riesgo están asociados a reacciones de estrés en los pacientes después de conocer el diagnóstico: a) Pacientes con mucha sintomatología al momento del diagnóstico, b) Pacientes con problemas familiares, c) Pacientes con antecedentes de trastornos psiquiátricos, d) Pacientes que tienden a ser ansiosos, e) Pacientes pesimistas, f) Aquellos que no pueden adaptarse a su situación (28).

Los Beneficios de una buena comunicación.

Las noticias desfavorables en el contexto médico han sido definidas como “*cualquier noticia que drásticamente y negativamente altera la visión del paciente acerca de su futuro*”, y es particularmente común en el servicio de hematología, donde las noticias acerca del diagnóstico y la evolución de la enfermedad pueden ser desconcertantes, el ejemplo son las fallas en el tratamiento y las recaídas (29).

Investigaciones empíricas demuestran que una gran variedad de comportamientos por parte del médico son comunes a la hora de comunicar noticias desfavorables, dichas acciones disminuyen el tiempo que el médico emplea para tratar de comunicarse con el paciente y su familia, dando la impresión, equivocada, de no estar interesados en la salud del paciente (19). Las destrezas efectivas que tenga el médico en la comunicación del diagnóstico mejoran el entendimiento de la enfermedad por el paciente y la adherencia al tratamiento, evitarán el desgaste e incrementan su satisfacción personal (30). Pocos estudios han valorado las reacciones de los pacientes acerca de cómo las noticias desfavorables les afectan. En un estudio realizado en pacientes adultos por Bradley y cols., donde valoró el papel del médico en la comunicación del diagnóstico y pronóstico, así como el deseo de los pacientes por conocer su pronóstico, reporta que 60% de sus pacientes se interesó por

conocer su diagnóstico (24).

Los estudios enfocados al establecimiento de una buena comunicación para dar noticias desfavorables en población pediátrica con cáncer, son aun menos. Tates K y Meeuwesen L. (31) en su estudio midieron los aspectos de la comunicación médico paciente/familiar y reportan que la comunicación es mejor con los padres (26 al 39%) que con los niños (2 al 14%), siendo en este rubro para ambos grupos muy pequeña o casi ausente. Van Dulmen reporta que en el 36% de sus consultas pediátricas, el niño no participa de forma verbal y menciona que la falta de consideración a las opiniones del paciente pediátrico acarrea sentimientos de insatisfacción y conductas de incumplimiento (31)(32).

Los estudios realizados, sobre la comunicación de malas noticias a los pacientes adolescentes, reportan que la mayoría de ellos, incluyendo los niños de 10 años en adelante, desean saber su diagnóstico, y más aún, muchos se muestran insatisfechos y enojados cuando los médicos los excluyen de la información. De igual forma, estos mismos estudios no encontraron diferencias entre las distintas edades con respecto a la preferencia en la comunicación, pues algunos consideraban prudente saber la información al mismo tiempo que los padres, otros preferían que los padres lo supieran primero y algunos reportaron sentimientos indistintos (33).

Sin cuestionar el papel de los padres, los profesionales deben considerar los intereses del adolescente y su derecho a recibir información y a la vez ayudar a los padres a superar su necesidad de protegerlos ocultándoles el diagnóstico (34).

JUSTIFICACION

Los trastornos afectivos representan la causa más frecuente de interconsultas al servicio de salud mental, entre ellos, los trastornos adaptativos de ansiedad y depresión, que se presentan tanto en el paciente como en sus familiares.

En un estudio previo llevado a cabo en nuestra unidad, se encontró una prevalencia del 19% de depresión en los pacientes con enfermedades crónicas, obteniéndose el mayor porcentaje en los adolescentes (68%). Los pacientes del servicio de hematología ocuparon el segundo lugar en prevalencia de depresión (36).

Poco se sabe acerca de las ventajas de la comunicación del diagnóstico en el paciente adolescente, en la literatura antes revisada, se menciona que incluso los pacientes de 10 años muestran interés por conocer su diagnóstico, por esta razón y por la capacidad del adolescente para entender su condición de riesgo y responder con actitudes de adaptación, incluimos en nuestro estudio a pacientes de 10 años en adelante, de acuerdo a los criterios de adolescencia emitidos por la OMS.

En nuestro hospital no existe una postura clara sobre la comunicación del diagnóstico a los pacientes adolescentes, apreciamos que la tendencia actual está dirigida a protegerlo de esta información y en el mejor de los casos, cuando el tema se aborda, queda en los padres la decisión de informar; sin embargo, al evitar la inquietud relacionada con este dilema, “si los hijos deben o no saber su diagnóstico”, se puede incrementar la angustia en ellos y en sus padres.

Por otro parte, la experiencia del servicio de Salud Mental en pacientes adolescentes que no son informados sobre su enfermedad sugiere, que presentan mayores inconformidades al tratamiento, pobre cooperación al mismo y más síntomas de ansiedad y depresión. En esta misma experiencia del servicio también se ha visto que aquellos adolescentes que se les dio la información mostraron mejor adaptación a la enfermedad que se tradujo en cooperación y menores síntomas de ansiedad-depresión, las intervenciones para asesorar a los padres siempre se han realizado bajo estrictos cuidados de la integridad emocional y moral de los pacientes y sus familiares.

Los mecanismos de los cuales se sirve la familia para mantener su funcionalidad toman importancia para el estudio de la unidad familiar, es crucial valorar la cohesión y adaptabilidad familiar para conocer como estos factores intervienen en la dinámica de la familia ante el continuo salud-enfermedad.

Debido a lo anterior y a la escasa información sobre la comunicación del diagnóstico en la población pediátrica, se propuso este estudio de investigación, el cual permitió tener una visión más clara y objetiva sobre la importancia de informar el diagnóstico a los adolescentes y la frecuencia de síntomas depresivos- ansiosos en ambos grupos. También nos arrojó información útil para hacer futuras intervenciones, pues nos permitirá conocer los principales temores del paciente y su familia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es posible que la información del diagnóstico de leucemia realizado por cuidadores primarios de pacientes adolescentes repercute en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, favorezca el funcionamiento familiar, comparados con aquellos pacientes en condiciones similares que no tienen la información sobre su diagnóstico.

¿Conocer el diagnóstico de leucemia disminuye los síntomas de ansiedad y depresión?

¿Conocer el diagnóstico de leucemia favorece el funcionamiento familiar?

¿La frecuencia de ansiedad y depresión en el paciente repercute en el funcionamiento familiar?

OBJETIVO GENERAL.

Comparar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes adolescentes informados por el cuidador primario del diagnóstico de leucemia y paciente adolescentes no informados y su relación con el funcionamiento familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Conocer la frecuencia de padres que informarán el diagnóstico de leucemia a sus hijos adolescentes.
- Conocer los principales síntomas de depresión en adolescentes asociados a la información del diagnóstico de leucemia por padres.
- Conocer los principales síntomas de depresión en adolescentes asociados a la no información del diagnóstico de leucemia.
- Conocer los principales síntomas de ansiedad en adolescentes asociados a la información del diagnóstico de leucemia.
- Conocer los principales síntomas de ansiedad en adolescentes asociados a la no información del diagnóstico de leucemia.
- Determinar la funcionalidad familiar de los adolescentes informados por padres del diagnóstico de leucemia.
- Determinar la funcionalidad familiar de los adolescentes no informados por padres del diagnóstico de leucemia.
- Describir la cohesión familiar de los adolescentes informados por padres del diagnóstico de leucemia.
- Identificar la adaptabilidad familiar de los adolescentes no informados por padres del diagnóstico de leucemia
- Describir la cohesión familiar de los adolescentes no informados por padres del diagnóstico de leucemia.
- Identificar la adaptabilidad familiar de los adolescentes informados por padres del diagnóstico de leucemia.

MATERIAL Y METODOS.

Diseño de Estudio.

a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: Prospectivo.

d) Según la interferencia del investigador en el fenómeno que analiza: DESCRIPTIVO.

Universo del estudio y Ubicación temporal y espacial de la población:

La investigación se realizó en pacientes adolescentes de ambos sexos, mayores de 10 años y menores de 16 años 11 meses años que acudieron al servicio de Hematología del Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI; que contaron con el diagnóstico reciente de leucemia, sin importar el tipo y estadio que se trate, en el periodo que correspondió del 1 de Noviembre del 2015 al 20 de Febrero del 2016.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

- a) Ambos géneros
- b) Edad de 10 a 16 años 11 meses
- c) Pacientes con diagnóstico reciente de leucemia (<15 días) a partir de la información del diagnóstico a padres por el servicio de Hematología del Hospital de Pediatría CMN S. XXI.
- d) Familiares y pacientes que firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- a) Trastornos del estado de ánimo y ansiedad previos al internamiento por parte del paciente y/o los padres (un mes previo).
- b) Tratamiento actual con antidepresivos y/o ansiolíticos.
- c) Trastornos generalizados del desarrollo.
- d) Estado confusional agudo.
- e) Discapacidad intelectual.
- f) Discapacidad física.

Criterios de eliminación:

- a) No finalización de registro.
- b) Nula colaboración en el estudio.

Tabla de variables.

VARIABLE	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA
EDAD	Cuantitativa continua	Tiempo transcurrido en años y meses, de la fecha de nacimiento hasta la fecha actual.	Razón	años
SEXO	Cualitativa nominal Dicotómica	Fenotipo biológico masculino o femenino.	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
ESCOLARIDAD ADOLESCENTES	Cualitativa nominal Politómica	Nivel de escolaridad de pacientes adolescentes	Nominal	1. Preescolar 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato
NIVEL ESCOLAR DE LOS PADRES	Cualitativa nominal Politómica	Nivel de escolaridad alcanzado por Padres.	Nominal	1. Preescolar 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura
TIPO DE FAMILIA	Cualitativa nominal Politómica	Una familia es un conjunto de personas unidas por lazos de parentesco.	Nominal	1. F. Nuclear 2. F. Extensa 3. F. Desintegrada 4. F. Reconstruida 5. F. Monoparental
FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA	Cualitativa Ordinal	Características de la familia cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia para resolver problemas sea aceptable y armónica.	Ordinal (APGAR familiar)	1. Normofuncional 2. Disfuncional leve 3. Disfuncional grave
INFORMACION DEL DIAGNOSTICO	Independientes Cualitativa nominal Dicotómica	Se considerará que el paciente fué informado cuando los investigadores comprueben por medio de la entrevista que haya recibido el nombre de la enfermedad y su gravedad	Nominal	1. Se informa 2. No se informa
ANSIEDAD	Dependiente Cualitativa Nominal Dicotómica	Estado emocional en el que se experimenta malestar físico y psíquico como respuesta a una amenaza real o imaginaria.	Nominal (STAIC)	1. Con ansiedad 2. Sin ansiedad
ANSIEDAD SINTOMAS	Dependiente Cualitativa Nominal Politómica	Referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por ansiedad.	Nominal (STAIC)	1. Temor 2. Tranquilidad 3. Preocupación 4. Evitación 5. Somatización 6. Tristeza
ANSIEDAD ESTADO	Dependiente Cualitativa Nominal Dicotómica	Estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo. Suma de Factores 1. Temor 2. Tranquilidad	Nominal STAIC	1. Ansiedad Estado Afirmativo 2. Ansiedad Estado Negativo
ANSIEDAD RASGO	Dependiente Cualitativa Nominal Dicotómica	Característica de Personalidad relativamente estable (a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones). Tendencia del sujeto a	Nominal STAIC	1. Ansiedad Rasgo Afirmativo 2. Ansiedad Rasgo Negativo

		reaccionar de forma ansiosa. Suma de factores: 3. Preocupación 4. Evitación 5. Somatización 6. Ira y Tristeza		
DEPRESION	Dependiente Cualitativa Nominal Dicotómica	Sentimientos de tristeza o irritabilidad asociado a una percepción de pérdida o daño, que se puede manifestar con pensamientos de minusvalía, desesperanza, desamor, etc...	Nominal Escala de Birlenson para Trastorno Depresivo Mayor en Niños y Adolescentes (DSRS).	1. Con depresión 2. Sin depresión
DEPRESION	Dependiente Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Me interesan las cosas tanto como antes 2. Duermo muy bien 3. Me dan ganas de llorar 4. Me gusta salir con mis amigos 5. Me gustaría escapar, salir corriendo 6. Me duele la panza 7. Tengo mucha energía 8. Disfruto la comida 9. Puedo defenderme por mí mismo/a 10. Creo que no vale la pena vivir 11. Soy bueno para las cosas que hago 12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes 13. Me gusta hablar con mi familia 14. Tengo sueños horribles 15. Me siento muy solo 16. Me animo fácilmente 17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo 18. Me siento muy aburrida	Nominal Escala de Birlenson para Trastorno Depresivo Mayor en Niños y Adolescentes (DSRS).	1. Puntuación > 14 clínicamente significativa. 2. No significativa
COHESION	Dependiente Cualitativa nominal politémica	Como se llevan en la familia en cuanto a la unión.	Nominal (FACES III)	Por amplitud de clase de Cohesion: 1. No relacionada: de 10 a 34 2. Semirelacionada: de 35 a 40 3. Relacionada: de 41 a 45 4. Aglutinada: de 46 a 50.
ADAPTABILIDAD	Dependiente Cualitativa nominal politémica	Si hay o no cambio de roles.	Nominal (FACES III)	Por Adaptabilidad de amplitud de clase: 1. Rígida de 10 a 19 puntos 2. Estructurada de 20 a 24 3. Flexible de 25 a 28 4. Caótica de 29 a 50.

Análisis estadístico

Los datos se capturaron y analizaron en el paquete estadístico SPSS. Se realizó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central).

Procedimiento

1. Los padres de los adolescentes del servicio de Hematología del Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI con leucemia de recién diagnóstico fueron invitados por el servicio de salud mental, para participar en el estudio.
2. A los familiares que aceptaron participar en el estudio se les pidió el consentimiento informado, se brindó psicoeducación acerca del manejo de la información sobre el diagnóstico así como contención emocional en caso de ser necesario en los consultorios de salud mental. Se realizó la captura de variables demográficas, se aplicó la escala de APGAR conformado por cinco reactivos y FACES III de 20 reactivos con duración de 20 minutos para evaluar funcionamiento familiar, para la aplicación de los instrumentos de evaluación se dio una instrucción previa al llenado y se les acompañó durante el mismo.
3. Se preguntó a los padres de familia o cuidadores principales la decisión de informar a sus hijos del diagnóstico de leucemia o de no informar.
4. Para medir el efecto de la información del diagnóstico, se formaron dos grupos de pacientes: a) aquellos que fueron informados por los padres y/o cuidadores principales y b) aquellos cuyos padres o cuidadores principales tomaron la decisión de no informar.
5. Tras la decisión de los padres se solicitó a los adolescentes el asentimiento informado previa aceptación a participar en el estudio. Donde se les dió dos instrumentos de medición autoaplicables que evaluó síntomas de ansiedad (STAIC) conformado por 18 reactivos, con duración aproximada de 20 minutos; y síntomas depresivos (DSRS) conformado por 18 reactivos, con duración aproximada de 20 minutos. Para la aplicación de los instrumentos de evaluación se dió una instrucción previa al llenado y se les acompañó durante el mismo.

Recursos Humanos.

El estudio se llevó a cabo con la participación del residente de Paidopsiquiatría quien aplicó los instrumentos de evaluación antes mencionados y capturó los datos en un programa de cómputo.

ASPECTOS ETICOS.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, título segundo, capítulo I, artículo 17, el protocolo representó nivel II de riesgo (investigación con riesgo mínimo) por el uso de procedimientos psicológicos comunes (aplicación de cuestionarios) de carácter prospectivo.

Este protocolo se amparó sobre los principios adoptados por la 18 Asamblea médica Mundial, Helsinki, Finlandia, en Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Venecia Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica mundial, Hong Kong de 1989:

- El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas deberá formularse claramente en un protocolo experimental que será presentado a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador.
- La investigación biomédica que implica a seres humanos deberá ser realizado únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente.
- Todo proyecto de investigación que implique a personas deberá basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros.
- Se respetará siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad.
- Se adoptarán todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y su personalidad.
- Nos abstendremos a la realización de proyectos que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Suspendemos toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.
 - Cada posible participante será informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear.
 - Las personas serán informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Se obtendrá el consentimiento informado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, la autorización del pariente responsable sustituirá a la de la persona. Siempre y cuando el menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.

- En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe tener la libertad de utilizar un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico, si a juicio del mismo ofrece una esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
- Los posibles beneficios, riesgos y molestias de un nuevo procedimiento deben sopesarse frente a las ventajas de los mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
- Todo paciente, inclusive los de un eventual grupo de control, deberán tener la seguridad de que se le aplica el mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico confirmado. El investigador deberá suspender la investigación si se estima que su continuación podría ser dañina para las personas.

- En investigaciones en el hombre, el interés de la ciencia y la sociedad jamás debe prevalecer sobre consideraciones relacionadas con el bienestar de las personas.

Se ha previsto el apoyo psicológico o farmacológico si fuera necesario, por el servicio de salud mental para ambos grupos de pacientes, los que fueron informados y los que no fueron informados sobre su diagnóstico. En el caso de que los padres de familia o cuidadores principales tomaran la decisión de no informar a su hijo(a) el diagnóstico de cáncer, y posteriormente cambiaran esta opinión; se les informara de la importancia que representa para su hijo(a) el que sean ellos los que proporcionan, e incluso si el adolescente es quien solicita o les pide su diagnóstico, los padres procederán a informar guiados por el servicio de salud mental.

RESULTADOS.

Se recabaron datos de 5 pacientes adolescentes que aceptaron participar en el estudio y firmaron su carta de asentimiento informado, los Padres dieron su consentimiento asentándolo en la carta de consentimiento informado, la media de edad de los pacientes es de 13 años. La distribución por sexo 80% masculino (4), 20% femenino (1). La escolaridad de los adolescentes se distribuye de la siguiente manera: 60% (3) cursa tercer grado de secundaria y 40% (2) sexto grado de primaria.

En lo concerniente a los Padres la edad promedio es de 38.6 años, el nivel escolar 40% (2) con licenciatura, 40%(2) con secundaria completa y 20% (1) bachillerato completo.

La información del diagnóstico de leucemia por medio de los Padres: 60% (3) informaron el diagnóstico a su hijo y 40% (2) no informaron.

Inventario de ansiedad estado-rasgo. EL 60% (3) de los pacientes presentaron ansiedad estado y 40% (2) pacientes ansiedad rasgo. La distribución de ansiedad estado en adolescentes informados fué de 33.3% (1) y ansiedad rasgo en el 66.7% (2) de los adolescentes informados, el predominio de ansiedad estado en adolescentes no informados fué del 100% (2) y no se observó ansiedad rasgo en los adolescentes no informados. (Tabla 1). El factor temor estuvo presente en el 100% (3) de los pacientes, este factor nos orienta hacia un estado emocional de inestabilidad donde el grado de confusión y percepción de amenaza es significativo produciendo ansiedad, del tipo **Ansiedad Estado**.

El factor preocupación se presentó en el 66.% (2) de los pacientes informados de su diagnóstico y en el 50% (1) de los no informados. El factor evitación y somatización se exteriorizó en el 100% (2) de los adolescentes no informados de su diagnóstico y en el grupo de los adolescentes informados el factor evitación y somatización se distribuyó en el 33.3% y 66.7 respectivamente.

No se detectaron pacientes con depresión en ninguno de los grupos de adolescentes, el puntaje más alto obtenido en la escala DSRS fué de 11 puntos, ni por medio de la entrevista clínica semiestructurada en base a los criterios del DSM-IV TR. La distribución de respuestas por reactivos de acuerdo a cada grupo se muestra en la tabla 2.

En lo referente a la tipología familiar 80% (4) son familias nucleares, 20% (1) familia desintegrada.

La funcionalidad familiar determinada por el APGAR familiar reporta: 60% (3) familias son normofuncionales, disfunción leve 20% (1) y disfunción grave 20% (1).

En la funcionalidad familiar de los adolescentes informados se observa la siguiente distribución: 33% (1) familia normofuncional que informa, 100% (1) de la familia con disfunción leve comunicó el diagnóstico y 100% (1) de la familia con disfunción grave también informó el diagnóstico.

Funcionalidad familiar de los no informados: 67% (2) familias normofuncionales decidieron no comunicar el diagnóstico a sus hijos. (gráfico 1).

En la valoración de la dimensión cohesión familiar; las familias no relacionadas, semirrelacionadas, y relacionadas se presentaron en un porcentaje del 33.3% (1 familia) respectivamente en el grupo de los informados, y 50% (1) familia relacionadas y 50% (1) aglutinada se observaron en el grupo de los adolescentes no informados. (Tabla 3). En la adaptabilidad familiar del grupo de adolescentes informados, el 66.7 % (2) de las familias se mostraron flexibles y 33.3% (1) familia caótica. En el grupo de los no informados la familia flexible y caótica tuvo una distribución del 50% (1) respectivamente. (Tabla 4).

Clasificando a las familias en los siguientes tipos: Familia 1 Relacionada caótica, con alta cohesión y alta adaptabilidad la clasifica como familia extrema. Familia 2 semirrelacionada - flexible, baja cohesión alta adaptabilidad, la califica como familia de rango medio, familia 3 aglutinada – flexible, con alta cohesión y alta adaptabilidad equivale a una familia extrema Familia 4 Relacionada-Caótica, con alta cohesión y alta adaptabilidad la clasifica como familia extrema. Familia 5 No relacionada-Flexible, con baja cohesión y alta adaptabilidad la califica como familia extrema. (Tabla 5).

DISCUSION.

Siendo la familia el soporte más poderoso al que pertenece un individuo y la que proporciona el medio más conveniente para la crianza a través de diversas funciones como la jerarquía. El establecimiento de límites, la presencia de alianzas, los roles, actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar. La presencia de flexibilidad para garantizar la autonomía e independencia de los integrantes de la familia para procurar tanto el crecimiento individual de éstos como el mantenimiento del sistema y si se favorece la continuidad y también la adaptabilidad ante las demandas de cambio internas (las propias del desarrollo) como las externas [las ambientales] (46). Tiene importancia describir los mecanismos de los cuales se sirve la familia para mantenerse funcional ante la presencia de la enfermedad como se describe en la tesis de López JM (41), en donde se estudiaron 12 familias con la escala APGAR familiar. De las familias que informaron el diagnóstico de leucemia a su hijo adolescente se observaron normofuncionales el 50% (4) familias, con disfunción grave 100% (3) familias, del grupo que no informó su diagnóstico resultaron normofuncionales 50% (4) familias y 1 familia con disfunción leve 100%. Los resultados son similares a los que se muestran en el estudio actual donde las familias que informaron su diagnóstico al paciente resultaron 33% (1) familia normofuncional, 100% (1) familia con disfunción leve y 100% (1) de la familia con disfunción grave. La funcionalidad familiar de los no informados: 67% (2) familias normofuncionales decidieron no comunicar el diagnóstico a sus hijos. En la literatura Aquiahuatl Méndez, et al., (41). Reportó funcionalidad familiar de acuerdo con APGAR familiar. Familia funcional, 77.2% (n=61); familias con disfunción moderada, 22.8% (n=18); no se encontraron familias con disfunción grave.

En el presente estudio se aplicó la escala FACES III para poder evaluar las dos dimensiones adaptabilidad y cohesión familiar que nos permita explicar como la familia se sirve de diversos mecanismos que le permiten reestructurarse para mantenerse funcional ante un evento estresor como lo es el diagnóstico reciente de leucemia en un integrante adolescente, se evaluaron 5 familias tipificándose el 80% como familia extrema, y el 20% como familia de rango medio. Difiriendo de un estudio previo realizado por Aquiahuatl Méndez, et al; (42). En donde se describe la funcionalidad familiar de acuerdo con FACES III fue: familia balanceada, 51.9% (n=41); familia en rango medio, 36.7% (n=29); y familia extrema 11.4% (n=9).

Este resultado orienta que si bien los mecanismos que está esgrimiendo la familia por ejemplo adaptabilidad caótica, cohesión aglutinada, semirrelacionada o no relacionada no son los más efectivos para mantenerlas balanceadas, les ha permitido mantenerse funcionales como se corrobora con el APGAR. Sin embargo sería importante que se realizaran mediciones en la posteridad en los diversos estadios de la enfermedad, para

identificar oportunamente a las familias que requieran apoyo psicoterapéutico y podérselo brindar en tiempo adecuado. Una debilidad de este estudio es que no se comparó la funcionalidad familiar de acuerdo al ciclo vital de la familia. (Formación, matrimonio, extensión, contracción o disolución). Para poder identificar si la familias que se identificaron con disfunción leve y grave, ya la presentaban antes de la enfermedad de su hijo.

Con respecto a los síntomas de ansiedad y depresión los resultados obtenidos en este estudio, comparado con el previo de López JM. (2014) en donde la frecuencia de ansiedad-estado se observó en adolescentes informados en un 28% contra 33% del actual, y en el del grupo de no informados fué de 20% contra el 100% del grupo no informado que se reporta en el presente estudio. La ansiedad rasgo se presentó en el 71.4% del grupo informado contra el 66.7% del grupo informado del actual estudio, en el grupo no informado se observó en el 80% y en el actual no se presentó ya que en el 100% de este grupo predominó como ansiedad estado. Sugiriendo que siendo la ansiedad una emoción que experimentamos como respuesta ante situaciones de miedo que nos resultan nuevas o amenazantes, nos ayuda a enfrentarnos a situaciones estresantes, siendo regulada a través de diversos mecanismo psicológicos ya se de defensa o de afrontamiento, para poderse adaptar a la condición que la genera, podría ser un área de exploración para otros estudios donde se evalúen los mecanismos de los cuales se sirve el adolescente para poder afrontar la situación amenazante o que le genera estrés y poder resolverlo en un tiempo adecuado y no evolucionar hacia un trastorno de ansiedad. Desafortunadamente este rubro no puede compararse con la literatura internacional ya que no se han reportado estudios donde se describa una frecuencia de ansiedad-estado para pacientes con diagnóstico reciente de Leucemia en cualquiera de sus estadios.

En lo referente a los síntomas de depresión los cuales no se observaron en ninguno de los dos grupos del presente estudio, a diferencia de lo observado por López JM (41), en donde el 77% de los adolescentes informados y el 22% del grupo no informado presentaron trastorno depresivo. Podría explicarse por que se han venido realizando diversas actividades psicoeducativas, sesiones de apoyo, visitas continuas durante la hospitalización del paciente para identificar tempranamente factores de riesgo para trastornos afectivos. En este estudio no se valoró los estilos y estrategias de afrontamiento del que el adolescente se sirve para manejar los estresores a los que está expuesto en el ambiente hospitalario, que nos permitiría identificar si las estrategias de afrontamiento son adaptativas y resolutivas que le permiten sobrellevar la enfermedad sin que se presente un cuadro clínico de depresión en la etapa inicial de la enfermedad pero obliga a darles seguimiento para poder identificar si presentan depresión de acuerdo a la evolución de la enfermedad o en relación al tratamiento que se utilice (esquema de quimioterapia, esteroides, hospitalización prolongada).

LIMITACIONES.

Una de las limitaciones de este estudio es que no se integró una muestra aleatoria, el tamaño de la muestra es muy pequeño lo que no permite ser concluyentes con los resultados, en parte debido a que somos un hospital de concentración y estamos a expensas de las referencias que nos hagan de otros estados o unidades de segundo nivel. Con respecto a la ansiedad habría sido conveniente describir el uso de fármacos esteroideos o esquema de quimioterapia, en correlato temporal con la presencia de ansiedad-estado, que si bien no era el objetivo de este estudio nos daría un marco de referencia para futuras investigaciones.

CONCLUSIONES.

Los resultados sugieren que no hay diferencias significativas en ansiedad estado-rasgo, ni en la funcionalidad familiar, en los adolescentes evaluados, sin embargo este resultado debe tomarse con cautela ante el tamaño de la muestra de este estudio, ya que para la diferencia que se pretende contrastar sea observable y no achacable al azar la muestra debería tener un tamaño mayor mínimo de 63 sujetos, para no incurrir en un error de tipo II.

El conocimiento de los factores que contribuyen a la presencia de un trastorno ansioso o depresivo, es apremiante para los especialistas involucrados en la atención del paciente en edad pediátrica ya que de considerarlos se podrán realizar medidas preventivas que se reflejen en la incidencia de estos trastornos o en el caso de estar presente estos trastorno como comorbilidad en los paciente no se refleje en un mal apego terapéutico o hasta el propio abandono del tratamiento.

De ahí la importancia de la participación del especialista en Salud Mental (Psicología y Paidopsiquiatría), en la evaluación y seguimiento de los pacientes del servicio de Hematología, para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos coexistentes que puedan desempeñar un factor de mal pronóstico en la evolución de la enfermedad hematológica de base.

BIBLIOGRAFIA.

1. Rivera LR. Panorama del niño con enfermedades malignas en México. *Acta Pediátr Mex.* 2003; 24(4):217-19.
2. SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico de cáncer en niños y adolescentes en México, 2011.
3. González NJ. Psicopatología de la adolescencia. DF, México: Edic. El Manual Moderno; 2011.
4. Suris JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Arch Dis Child* 2004; 89 (10): 938-942.
5. Michaud P, Suris J, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare provision. *Archives of Disease in Childhood.* 2004; **89 (10)**: 943-949.
6. Petrillo M, Sanger S. Emotional Care of Hospitalized Children. Philadelphia, USA: Lippincot; 1990.
7. Cárdenas EM, Feria M, Vázquez J; et al. Guía Clínica para los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes. Ed. S Berenzon, J del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías clínicas para la atención de los trastornos mentales 2010.
8. De la Peña F, Lara MC, Cortés J, Nicolini H, et al. Traducción al español y validez de la Escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental* 1996; 19 (3 suppl): 17-23.
9. Lemos L, Filho M, Segurado A, et al. Impacto de la Evaluación Preanestésica sobre la Ansiedad y la Depresión de los Pacientes Quirúrgicos con Cáncer. *Rev Bras Anestesiol* 2009; 56 (2) : 78-84.
10. Cárdenas EM, Feria M, De la Peña F; et al. Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes. Ed. S Berenzon, J del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías clínicas para la atención de los trastornos mentales 2010.
11. Caraveo y Anduaga JJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: Algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental* 2007; 30 (1): 48- 55.
12. Martínez OA, Fernández AC, Navarro MI; et al. Guía Clínica. Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de Ansiedad. Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro 2011.
13. Castrillón-Moreno DA, Borrero CP. Validación del Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 17 años. *Acta Colombiana de Psicología* 2005; 13: 79-90.
14. Cohn F, Lazarus RS. Coping with the stress if illness. En: Stone GC, Cohn F, Adler N, et al. *Health Psychology: A handbook.* Washington, EUA: Jossey & Bass; 1979. P. 217-254.
15. Stiefel F, Razavi D. Common psychiatric disorders in cancer patients: Anxiety and acute confusional states. *Cancer.* 2008; 24:233-239.
16. Méndez V. Intervención emocional y conductual para el niño con cáncer y su familia. *Gamo* 2010; 4 (3): 60-64.
17. Michaud P, Suris J, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare

- provision. Archives of Disease in Childhood. 2004; **89 (10)**: 943-949.
18. Bucher R, Rodavalho JC, Ferreira TC. Influences and psychological structures in breast cancer. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 1986; 24 (3): 32-34.
 19. Yeo M, Sawyer S. Chronic illness and disability. BMJ 2011; 26:721-723.
 20. Holland JC. Radiotherapy. En: Holland JC, Rowland JH. Handbook of Psychooncology. Oxford University Press. New York; 1990. p. 137-145.
 21. Lesko LM, Ostroff JS, Holland JC. Long term psychological adjustment of acute leukemia survivors: impact of bone marrow transplantation versus conventional chemotherapy. Psychosom. Med 1992; 54 (1): 30-47.
 22. Mendoza LA. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en la Atención Primaria. Arch en Medicina Familiar 2006; 8 (1): 27-32.
 23. Florenzzano UR. La familia como factor de riesgo, Adolescentes y Familia en Chile. Creces 19927: 24-34.
 24. Bradley E, Hallemeier AG, Fried TR, et al. Documentation of Discussions about Prognosis with Terminally Patients. Am J Med 2011; 111 (3): 218-223.
 25. Spinetta JJ. The sibling of the child with cancer. En: Spinetta JJ. Living with childhood cancer. St. Louis USA: Mosby; 1981. p. 172-175.
 26. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999; 1 (2):45-57.
 27. Chávez-Aguilar V, Velasco-Orellana O. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev. Med. IMSS(Mex)1994;32: 39-43.
 28. Seffield VK. Programa de Cuidados Paliativos de la Fundación Mainetti. Conspiración de Silencio. Madrid, España: Edic. AMN; 1994.
 29. Alaszewski A, Horlick-Jones T. How can doctors communicate information about risk more effectively?. BMJ 2003; 227: 27.
 30. Parker PA, Baile WF, Moor C, et al. Breaking Bad News About Cancer: Patient's preferences for communication. J Clin Oncol 2001; 19 (7): 2049-2056.
 31. Tates K, Meeuwesen L. Doctor–parent–child communication. A review of the literature: Soc Sci Med 2011; 6 (52): 839-851.
 32. Van-Dulmen AM. Children's Contributions to Pediatric Outpatient Encounters. Pediatrics 1998; 102 (3): 563-568
 33. Young B, Dixon-Woods M, Windridge K, et al. Managing communication with young people who have a potentially life threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents. BMJ 2010; 326:305.
 34. Back AL, Arnold RM, Baile WF, et al. Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. Cancer J Clin 2005; 55 (3):164-177.
 35. Alejos C M, Araoz C LM, Castañeda Ch. AM, Ansiedad Estado rasgo, en niños y adolescentes durante la hospitalización. Cancer 2010; 116 (21): 5063-5074
 36. Ramírez S. Ponce J. Prevalencia de depresión asociada a enfermedad crónica en escolares y adolescentes. Tesis de Pediatría. HP CMN SXXI. 2005
 37. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
 38. World Health Organization: International Classification of Diseases, 10th Revisión (ICD-10. Geneva, World Health Organization, 1992)
 39. Spielberg, C d. Theory and research on anxiety. Anxiety and Behavior. New York:

Academic Press (1966).

40.Khalifa AS, Bishry Z, Tantawy AG, et al. Psychiatric morbidity in Egyptian children with acute lymphoblastic leucemia and their providers. *Hematol Ocol Stem Cell Ther* 2014; 7(2): 76-84.

41.López JM. (2014). Frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes del hospital de Pediatría CMN siglo XXI que conocen su diagnóstico de leucemia en comparación con adolescentes que lo desconocen. Una evaluación a corto plazo. Tesis de Especialidad. Universidad Nacional Autónoma de México.

42.Aquihuatl MS, Gutiérrez GI, Vázquez C E. Funcionalidad familiar en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. *Aten Fam.* 2015;22(1):7-9.

43.Ferrer HP, Miscán RA, Pino JM, Pérez SV. Funcionamiento Familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en Familias con un Niño que presenta retardo Mental. *Rev enferm Herediana.* 2013;6(2):51-58.

44.Olson, D H, Sprenkle D, Russell C. Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.

45.Ponce RE, Gómez CF, Terán TM, Irigoyen CA, Landgrave IS. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria* 2002. Diciembre. 30 (10): 624-630

46. Saucedo GJ, Psicología de la vida en familia: una visión estructural. *Revista Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social (México)*, Vol. 29, Núm. 1, 1991, 6167.

TABLAS Y GRAFICOS.

Tabla 1. Distribución de Ansiedad estado-rasgo en pacientes con diagnóstico reciente de Leucemia.

		INFORMACION DEL DIAGNOSTICO		Total
		SE INFORMA	NO SE INFORMA	
ANSIEDAD	ANSIEDAD ESTADO	1	2	3
	PORCENTAJE	33.3%	100.0%	60.0%
	ANSIEDAD RASGO	2	0	2
	PORCENTAJE	66.7%	0.0%	40.0%
Total		3	2	5
		100.0%	100.0%	100.00%

Tabla 2. Respuestas por reactivos de la escala Birleson para depresión de acuerdo a cada grupo.

DSRS.		INFORMADOS (n=3)	NO INFORMADOS (n=2)
1. Me interesan las cosas tanto como antes	Siempre	3	2
	A veces	0	0
	nunca	0	0
2. Duermo muy bien	Siempre	2	1
	A veces	1	1
	nunca	0	0
3. Me dan ganas de llorar	Siempre	0	0
	A veces	2	2
	nunca	1	0
4. Me gusta salir con mis amigos	Siempre	3	2
	A veces	0	0
	nunca	0	0
5. Me gustaría escapar, salir corriendo.	Siempre	1	0
	A veces	0	1

	nunca	2	1
6. Me duele la panza	Siempre	0	0
	A veces	2	0
	nunca	1	2
7. Tengo mucha energía	Siempre	1	2
	A veces	2	0
	nunca	0	0
8. Disfruto la comida	Siempre	2	2
	A veces	1	0
	nunca	0	0
9. Puedo defenderme por mi mismo	Siempre	3	2
	A veces	0	0
	nunca	0	0
10. Creo que no vale la pena vivir	Siempre	0	0
	A veces	0	0
	nunca	3	2
11. Soy bueno para las cosas que hago	Siempre	2	1
	A veces	1	1
	nunca	0	0
12. Disfruto las cosas tanto como lo hacía antes.	Siempre	3	2
	A veces	0	0
	nunca	0	0
13. Me gusta hablar con mi familia	Siempre	1	1
	A veces	2	1
	nunca	0	0
14. tengo sueños horribles	Siempre	0	0
	A veces	1	0
	nunca	2	2
15. Me siento muy solo	Siempre	0	0
	A veces	1	0
	nunca	2	2
16. Me animo fácilmente	Siempre	3	1
	A veces	0	1
	nunca	0	0
17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo	Siempre	0	0
	A veces	1	0
	nunca	2	2
18. Me siento muy	Siempre	0	0

aburrido	A veces	3	1
	nunca		

Tabla 3. Cohesión familiar de acuerdo al FACES III.

			INFORMACION DEL DIAGNOSTICO		Total
			SE INFORMA	NO SE INFORMA	
COHESION	NO RELACIONADA	Familia	1	0	1
		Porcentaje	33.3%	0.0%	20.0%
	SEMIRRELACIONADA	Familia	1	0	1
		porcentaje	33.3%	0.0%	20.0%
	RELACIONADA	Familia	1	1	2
		porcentaje	33.3%	50.0%	40.0%
	AGLUTINADA	Familia	0	1	1
		porcentaje	0.0%	50.0%	20.0%
Total		De Familias	3	2	5
		Total de porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%

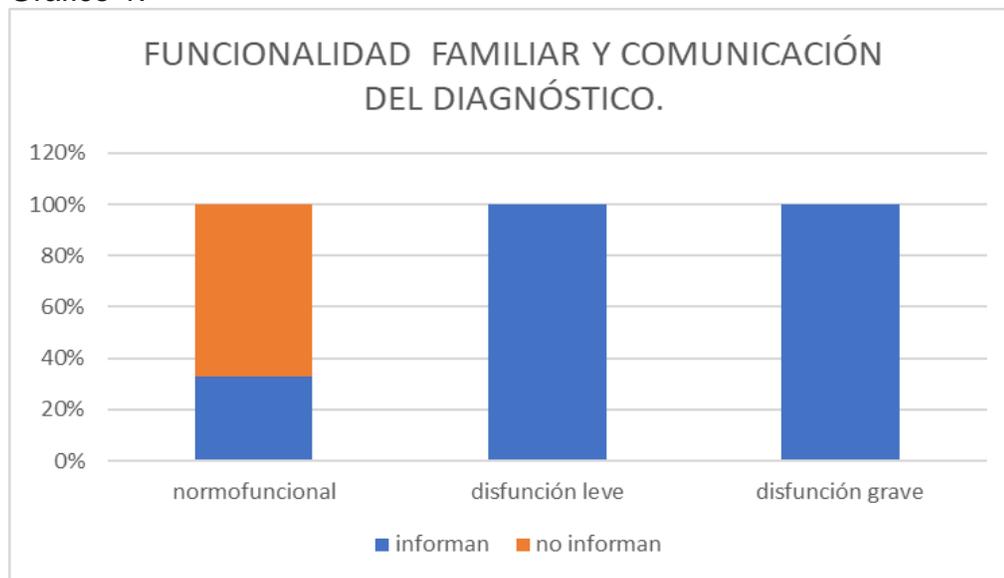
Tabla 4. Adaptabilidad familiar de acuerdo al FACES III.

			INFORMACION DEL DIAGNOSTICO		Total
			SE INFORMA	NO SE INFORMA	
ADAPTABILIDAD	FLEXIBLE	Recuento	2	1	3
		porcentaje	66.7%	50.0%	60.0%
	CAOTICA	Recuento	1	1	2
		porcentaje	33.3%	50.0%	40.0%
Total		Recuento	3	2	5
		total	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 5. Clasificación de las familias de acuerdo al FACES III.

Familia	Tipo de dominio	Mecanismo	Clasificación
1	Relacionada caótica	Alta cohesión alta adaptabilidad	Familia Extrema
2	Semirrelacionada Flexible	Baja cohesión alta adaptabilidad	Familia Rango Medio
3	Aglutinada Flexible	Alta cohesión Alta adaptabilidad	Familia Extrema
4	Relacionada Caótica	Alta cohesión Alta adaptabilidad	Familia Extrema
5	No relacionada Flexible	Baja cohesión Alta adaptabilidad	Familia Extrema

Gráfico 1.



ANEXOS

1. Criterios diagnósticos Episodio Depresivo Mayor (DSM-IV-TR)

A.	<p>Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <p>(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.</p> <p>(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.</p> <p>(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicómotores casi todos los días.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).</p> <p>(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).</p> <p>(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.</p>
B.	Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto
C.	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
D.	Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).
E.	Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.
Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.	

2. Criterios Diagnósticos Trastorno Ansiedad Generalizada (DSM-IV TR)

A.	Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre un amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongue por mas de 6 meses.
B.	Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
C.	La ansiedad y preocupación se asocian a tres o mas de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido mas de 6 meses) Nota: En los niños solo se requiere uno de estos síntomas. <ol style="list-style-type: none"> 1. inquietud o impaciencia 2. fatigabilidad fácil 3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco 4. irritabilidad 5. tensión muscular 6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar el sueño o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador
D.	El centro de la ansiedad y de las preocupaciones no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en publico (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples quejas físicas (como en el trastorno por somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno de estrés postraumático.
E.	La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
F.	Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de animo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.
Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.	

Anexo 3. Escala de Birleson.

**Anexo
DSRS**

Instrucciones: Por favor responde honestamente cómo te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias

	Siempre	Algunas veces	Nunca
1. Me interesan las cosas tanto como antes			
2. Duermo muy bien			
3. Me dan ganas de llorar			
4. Me gusta salir con mis amigos			
5. Me gustaría escapar, salir corriendo			
6. Me duele la panza			
7. Tengo mucha energía			
8. Disfruto la comida			
9. Puedo defenderme por mí mismo			
10. Creo que no vale la pena vivir			
11. Soy bueno para las cosas que hago			
12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes			
13. Me gusta hablar con mi familia			
14. Tengo sueños horribles			
15. Me siento muy solo			
16. Me animo fácilmente			
17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo			
18. Me siento muy aburrido			

4. INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO RASGO (STAIC).

NOMBRE:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

FECHA:

INSTRUCCIONES: Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES EN GENERAL**, no sólo en este momento. No hay respuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras **GENERALMENTE**.

	Siempre	A veces	Nunca
1. Me siento angustiado	1	2	3
2. Me encuentro confuso	1	2	3
3. Me siento molesto	1	2	3
4. Tengo miedo	1	2	3
5. Me encuentro descansado	1	2	3
6. Estoy relajado	1	2	3
7. Me siento calmado	1	2	3
8. Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
9. Me preocupan cosas que puedan ocurrir	1	2	3
10. Me preocupo demasiado	1	2	3
11. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
12. Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
13. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
14. Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16. Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
17. Me encuentro molesto	1	2	3
18. Siento ganas de llorar	1	2	3

5. FACES III.

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija. Recuerde no hay respuestas correctas o incorrectas.

No	DESCRIBA A SU FAMILIA	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	Cuando se toma una decision importante, toda la familia está presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie.					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es dificil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

COHESION			PUNTAJE OBTENIDO.
	10 a 34	No relacionada	
	35 a 40	Semirrelacionada	
	41 a 45	relacionada	
	46 a 50	aglutinada	
ADAPTABILIDAD	10 a 19	Rígida	
	20 a 24	Estructurada	
	25 a 28	Flexible	
	29 a 50	Caótica	

6. APGAR Familiar.

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACION TOTAL.			

7. Consentimiento y asentimiento informado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y HOSPITAL DE PEDIATRÍA
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Protocolo aprobado por el Comité de Investigación y Ética del hospital, registro R-2014-3603-37
México D.F, a _____ de _____ 2015

Por medio de la presente carta estamos invitando a su hijo(a) a participar en el estudio: “Frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes del hospital de Pediatría CMN siglo XXI que conocen su diagnóstico de leucemia en comparación con adolescentes que lo desconocen. Una evaluación a corto plazo”.

Para que su hijo(a) participe es necesario contar con la autorización tanto de su hijo como de usted. El estudio se realizará en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional, Siglo XXI, y tiene el propósito de evaluar síntomas de ansiedad y depresión en pacientes del servicio de Hematología que conozcan su diagnóstico de Leucemia contra los que los desconocen

Procedimientos: Si usted y su hijo aceptan participar en el estudio, se le pedirá que conteste las preguntas del cuestionario, los Padres responderán un cuestionario sociodemográfico, y dos escalas de funcionalidad familiar. Los adolescentes responderán el cuestionario de ansiedad y depresión.

Posibles riesgos y beneficios: Los riesgos de contestar el cuestionario están asociados con preocupación o incomodidad relacionada con la información proporcionada. Su colaboración ayudará a enriquecer el conocimiento científico y en caso de encontrarse algún trastorno de ansiedad o depresión, su niño podrá recibir el beneficio del tratamiento.

Privacidad y confidencialidad: La información que nos proporcione, será guardada de manera confidencia por los investigadores, nadie más tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante su participación en este estudio, al menos que usted lo autorice. Sólo proporcionaremos su información si fuera necesario para proteger sus derechos o su bienestar (por ejemplo si llegara a sufrir algún daño físico o si llegara a necesitar cuidados de emergencia), o si lo requiere la ley. En caso de que los resultados de este estudio se publiquen o se presenten en conferencias, no se revelará la identidad de su hijo (a).

Declaración de consentimiento informado: Se me ha explicado en qué consiste este estudio, he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me han dado la oportunidad de hacer preguntas, y han sido contestadas a mi satisfacción. Se me otorgó una copia de este formato.

Estoy de acuerdo en que mi hijo (a) participe en la investigación que aquí se describe.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse al Tel. 5627-6900 ext. 22304 con la Dra. Onelia Heredia Hernández, en el Hospital de Pediatría del HCMN Siglo XXI ó al celular 5540516406. También podrá comunicarse a comisión nacional de ética, al número 5487 2760

Nombre y firma del padre o tutor.

Nombre y firma del investigador.

Firma testigo 1

Firma testigo 2

Firma del encargado de obtener el consentimiento informado. Les he explicado el estudio de investigación a los padres y he contestado todas sus preguntas. Considero que comprendió la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento a participar en este estudio de investigación.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y HOSPITAL DE PEDIATRÍA
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Protocolo aprobado por el comité de investigación y ética del hospital, registro: R-2014-3603-37

Fecha: _____

Te estamos invitando a participar en un estudio de investigación llamado: “Frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes del hospital de Pediatría CMN siglo XXI”. El estudio tiene el objetivo de saber si estas pasando por una etapa de depresión o ansiedad. Tu participación consiste en llenar dos cuestionarios de 18 preguntas cada uno. Las Posibles molestias son preocupación o incomodidad al llenar el cuestionario.

Si cuando empieces a participar en el estudio tienes alguna duda, puedes preguntarme todo lo que quieras saber. Aunque ahora decidas participar, si después no quieres continuar puedes irte del estudio cuando tú quieras y nadie se enojará contigo.

Si decides participar en el estudio y firmar esta hoja, yo la guardaré junto con el consentimiento informado de tus padres. *Si tú no estás de acuerdo en participar nadie te puede obligar.*

Si quieres participar te pido que por favor pongas una (√) en el cuadrado de abajo que dice “si acepto participar”. Y escribe tu nombre.

Nombre del menor: _____

FIRMA DEL MENOR _____

Acepto participar

No acepto participar

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse al Tel. 5627-6900 ext. 22 303 con la Dra. Onelia Heredia Hernández, en el Hospital de Pediatría del HCMN Siglo XXI ó al celular 2462985056. También podrá comunicarse a Comisión Nacional de Ética, al número 5487 2760.

Colaboradores: Dra. Isabel Medrano Ortiz de Zárate, Médico Psiquiatra adscrita al servicio de Salud Mental del Hospital de Pediatría CMN SXXI. Teléfono 56 27 69 00 ext. 22 303