



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE PEDIATRÍA DR. SILVESTRE FRENK FREUND, CENTRO
MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

TÍTULO:

FRECUENCIA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD
AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO EN ADOLESCENTES DE UN
HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE.

PRESENTA DR. FERNANDO MARTÍNEZ GALLARDO

TUTOR TEÓRICO. Dr. Leonel Jaramillo Villanueva. Psiquiatra infantil y del adolescente. Jefe de Psiquiatría, psicología y salud mental, UMAE, Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, IMSS.

TUTOR METODOLÓGICO. Dra. Yadira Betanzos Cabrera. Médico Oncólogo pediatra. Encargada del departamento de oncología pediátrica.



CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2022.



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



Dictamen de Aprobación

Comité de Investigación en Salud No. 3603
NOMINACIÓN DE INVESTIGACIÓN: CÁNCER DE CÉLULAS ESCUADROSAS

Registro INSTITUCIONAL: IF CI 00 015 042

Registro CONECTIVA: CONECTIVA 00 031 031 3057133

Fecha: **Veracruz, 18 de enero de 2022**

Mtro. Leonel Jaramillo Villanueva

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título: **Frecuencia de síntomas del espectro de ansiedad y depresión al momento del diagnóstico oncológico en adolescentes con conocimiento de la enfermedad en un hospital de tercer nivel**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Numero de Registro Institucional

R-2022-3603-001

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requiera solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dra. Rocio Cárdenas Nájera
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3603

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Frecuencia de ansiedad, depresión y conocimiento de la enfermedad al momento del diagnóstico oncológico en adolescentes de un hospital de tercer nivel.

Investigador principal

Dr. Leonel Jaramillo Villanueva. Psiquiatra infantil y del adolescente. Jefe de Psiquiatría, psicología y salud mental, UMAE, Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, IMSS. Matrícula 9639519

Correo electrónico. leonel.jaramillo@imss.gob.mx

Investigador (es) asociado (s)

Dra. Yadira Betanzos Cabrera. Médico Oncólogo pediatra. Encargada del departamento de oncología pediátrica.

Correo electrónico. yadirabc_77@hotmail.com

Dr. Jorge Martín Trejo. Hematólogo pediatra. Jefe del servicio de hematología.

Correo electrónico. jorge.martintr@imss.gob.mx

Investigador.

Dr. Fernando Martínez Gallardo

Residente de la especialidad de Psiquiatría infantil y de la adolescencia. UMAE, Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, IMSS. Matrícula 97361952

Correo electrónico. kaulitz.fer@gmail.com

Lugar de la investigación.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Avenida Cuauhtémoc 330 Colonia Doctores C.P. 06720 Alcaldía Cuauhtémoc de la Ciudad de México.

RESÚMEN.

Título: Frecuencia de ansiedad, depresión y conocimiento de la enfermedad al momento del diagnóstico oncológico en adolescentes de un hospital de tercer nivel. **Antecedentes:** Las enfermedades oncológicas en la adolescencia representan un desafío para el paciente, su familia y el equipo médico, en el que el proceso de cuidado y la toma de decisiones se transfieren de forma progresiva desde la familia al adolescente. El conocimiento del diagnóstico de la enfermedad oncológica ha suscitado gran interés ya que puede afectar entre otras a la calidad de vida, el bienestar o la adherencia al tratamiento de los pacientes. En este sentido, parece que quienes perciben como más amenazante su enfermedad, muestran más ansiedad, depresión y peor calidad de vida. Pese a su importancia, pocos estudios han abordado este concepto en la adolescencia, periodo especialmente asociado con menores tasas de adherencia al tratamiento, mayor presencia de conductas de riesgo y mayores problemas psicopatológicos. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de ansiedad, depresión y conocimiento de la enfermedad al momento del diagnóstico oncológico en adolescentes de un hospital de tercer nivel. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, longitudinal. Se invitó a los padres y a adolescentes con reciente diagnóstico de enfermedad oncológica a participar, 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 sobre su diagnóstico y, B) aquellos cuyos padres tomaron la decisión de no informar. Se realizaron 2 mediciones en el tiempo en un transcurso de 1 mes por paciente, donde se evaluó la sintomatología ansiosa y depresiva mediante los instrumentos: Inventario de Depresión Infantil (CDI) y Escala de ansiedad de Spence (SACAS), con la primera medición en la primera entrevista a los 7 días del diagnóstico, la segunda al mes del diagnóstico a través de llamada telefónica. **Resultados:** ingresaron 46 pacientes con reciente diagnóstico de enfermedad oncológica, de los cuales se excluyeron 7. Se entrevistaron 39 pacientes quienes cumplieron con los criterios de selección. El comportamiento de la ansiedad y la depresión disminuyó en relación a la disminución de la conspiración en silencio, ya que en la medición basal fue 79% quienes no fueron informados acerca de su diagnóstico siendo 54% quienes presentaron síntomas de ansiedad, y 38% quienes presentaron síntomas depresivos; en la segunda medición se encontró disminución de la conspiración en silencio siendo 51% los que al mes de seguimiento aún no habían sido informados acerca de su diagnóstico, de los cuales 44% desarrolló síntomas de ansiedad y 38% síntomas depresivos. **Conclusiones:** Nuestro estudio muestra una menor frecuencia de síntomas ansioso depresivos en los pacientes que fueron informados sobre su diagnóstico, lo cual parecería ser un factor de protección.

SUMMARY

Title: Frequency of anxiety, depression and knowledge of the disease at the time of oncological diagnosis in adolescents of a third-level hospital. **Background:** Oncological diseases in adolescence represent a challenge for the patient, his family and the medical team, in which the care process and decision-making are progressively transferred from the family to the adolescent. The knowledge of the diagnosis of oncological disease has aroused great interest since it can affect, among others, the quality of life, well-being or adherence to treatment of patients. In this sense, it seems that those who perceive their illness as more threatening show more anxiety, depression and worse quality of life. Despite its importance, few studies have addressed this concept in adolescence, a period especially associated with lower rates of adherence to treatment, greater presence of risk behaviors and greater psychopathological problems. **Objective:** To determine the frequency of anxiety, depression and knowledge of the disease at the time of oncological diagnosis in adolescents of a third-level hospital. **Material and methods:** Observational, descriptive, longitudinal study. Parents and adolescents with a recent diagnosis of oncological disease were invited to participate, to measure the effect of the diagnostic information two groups of patients were formed, A) those who were informed by the parents and / or primary caregivers about their diagnosis and, B) those whose parents made the decision not to report. 2 measurements were made over time over a course of 1 month per patient, where the anxious and depressive symptomatology was evaluated using the instruments: Childhood Depression Inventory (CDI) and Spence Anxiety Scale (SACAS), with the first measurement in the first interview 7 days after diagnosis, the second one a month after diagnosis through telephone call. **Results:** 46 patients with a recent diagnosis of oncological disease were admitted, of which 7 were excluded. We interviewed 39 patients who met the selection criteria. The behavior of anxiety and depression decreased in relation to the decrease in silent conspiracy, since in the baseline measurement it was 79% who were not informed about their diagnosis, being 54% those who presented symptoms of anxiety, and 38% who presented depressive symptoms; in the second measurement, a decrease in silent conspiracy was found, with 51% of those who at one month of follow-up had not yet been informed about their diagnosis, of which 44% developed symptoms of anxiety and 38% depressive symptoms. **Conclusions:** Our study shows a lower frequency of anxious depressive symptoms in patients who were informed about their diagnosis, which would seem to be a protective factor.

CONTENIDO

Marco Teórico	7-12
Introducción	7-11
Antecedentes	11-12
Planteamiento del Problema	13
Justificación	14-15
Pregunta de Investigación	16
Hipótesis de investigación	16
Objetivos	17
Material y Métodos	
Diseño y población de estudio	17
Variables de estudio	18
Criterios de selección	18-19
Tamaño de la muestra	19-20
Recolección de datos e instrumentos de evaluación	20-25
Análisis estadístico	27
Consideraciones éticas	27-29
Recursos	29
Conflictos de interés	29
Resultados	30-34
Discusión	35-43
Conclusiones	44
Cronograma de actividades	44
Referencias bibliográficas	44-49
Anexos	50-58

Frecuencia de ansiedad, depresión y conocimiento de la enfermedad al momento del diagnóstico oncológico en adolescentes de un hospital de tercer nivel.

MARCO TEÓRICO.

INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad. Toda enfermedad y el mismo hecho de enfermar tienen aspectos psicológicos y sociales que influyen en la aparición, manifestación, curso y pronóstico, por lo que es importante establecer relaciones entre aspectos psicológicos, sociales y biológicos como desencadenantes de una enfermedad, más que una relación única de causa-efecto^{1,2}.

Las enfermedades oncológicas en la adolescencia representan un desafío para el paciente, su familia y el equipo médico, en el que el proceso de cuidado y la toma de decisiones se transfieren de forma progresiva desde la familia al adolescente³.

EL PACIENTE ADOLESCENTE Y LA ENFERMEDAD

De acuerdo a la OMS, la adolescencia se define como la etapa de desarrollo vital, comprendida entre los 10 y los 19 años de edad que representa la transición entre la infancia y la adultez y que se caracteriza por multitud de cambios a nivel biopsicosocial⁴.

A pesar de ser un proceso de crecimiento físico y personal, en lo referente a la competencia cognitiva, social, la autonomía, autoestima e intimidad, puede convertirse en una etapa llena de complicaciones. Si se le une el diagnóstico o la presencia de una enfermedad oncológica, puede dificultarse más aún la adaptación del adolescente.⁴

El diagnóstico de una enfermedad oncológica supone cambios en los hábitos de vida, considerándose que la presencia de esta es un factor de riesgo para desarrollar un trastorno mental, destacando la ansiedad y la depresión que actúan

como un agravante de la enfermedad, siendo capaz de complicar su tratamiento y pronóstico^{5, 6}.

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 apoyo adecuado para el adolescente.

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. En general, la literatura reporta 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^{7, 8, 9, 10}.

Los pacientes experimentan un número importante de reacciones emocionales antes y después de procedimientos médicos, que pueden ser de ansiedad (producida por un miedo al dolor o incertidumbre ante el futuro), o de depresión o problemas de adaptación (según las expectativas que tuviera cada individuo) o de rebeldía (frente a un destino no deseado). Lo más común es que se tenga miedo a lo desconocido, al dolor, a la posibilidad de tener una enfermedad incurable, a la destrucción del cuerpo o a la pérdida de autonomía o miedo a la muerte^{11, 12}.

CONOCIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN POBLACIÓN ADOLESCENTE.

En los 50's y 60's, empezó en Estados Unidos el debate acerca de si los pacientes hospitalizados tenían derecho a tener información sobre su estado de salud. Se ha demostrado que un paciente bien informado es colaborador activo en su proceso de recuperación y, por tanto, la duración de su ingreso hospitalario es menor y su

educación sanitaria le permitirá reducir las visitas médicas porque la información es la condición para gozar de una buena calidad de vida. La primera vez que se reconoce explícitamente el derecho a recibir información sobre la propia enfermedad se remonta a 1973 cuando la AHA (American Hospital Association) aprueba el “Patient’s Bill of Rights”.¹³

Al decidir informar al niño o adolescente 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. 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 vivenciando o el propio malestar ante la enfermedad.¹⁴

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 y es esencial en la práctica médica moderna.¹⁴

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

La depresión y la ansiedad son las condiciones psicopatológicas que se observan con mayor frecuencia en pacientes con cáncer. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), en México, la prevalencia de la depresión es de 9.2% en población abierta, mientras que los trastornos de ansiedad se presentan en un 14.3%.¹⁵ Y esto mismo se traduce en el ambiente hospitalario.

La frecuencia global de ansiedad y depresión en pacientes adolescentes internados varía entre el 15% y el 60%. Con una prevalencia de depresión del 15% en los pacientes hospitalizados con cáncer a nivel mundial. Los síntomas más comunes son la combinación de preocupaciones excesivas, ansiedad, depresión e insomnio.¹⁶

Actualmente en México el 65% de casos detectados de cáncer infantil son en etapas avanzadas, y se estima un promedio de 2130 defunciones anuales a nivel nacional. En el resto del mundo hay un promedio de 8 millones de personas que mueren a causa de esta enfermedad. El cáncer es responsable de una de cada tres muertes prematuras por enfermedades no transmisibles.

El cáncer se considera la principal causa de muerte en todo el mundo según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015 se registró un total de 8.8 millones de defunciones. En la población infantil es poco frecuente y solo representa entre el 0,5 % y 3 % de las neoplasias malignas en el mundo, la incidencia en menores de quince años oscila entre 100 y 180 casos nuevos por cada millón de personas, reportándose que el cáncer infantil constituye la segunda causa de muerte en la población con edades entre los dos y los diecinueve años. Se presentan cerca de 160 mil casos nuevos en todo el mundo y que aproximadamente el 56% de estos niños mueren a causa de la enfermedad. En América Latina, la ocurrencia es de 128,5 casos por millón de individuos, tan solo en el 2012 en México se reportaron 1,569 casos nuevos por millón de niños y adolescentes menores de dieciocho años de cáncer infantil, con un crecimiento de 10 mil a 12 mil nuevos casos por año, dentro de los que destacan: Leucemia, Linfomas, Neuroblastomas y

Nefroblastomas, el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), atiende anualmente 2500 casos de cáncer infantil con una tasa de bajas de 22%.¹⁷

La Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) es considerada el segundo cáncer más frecuente en la edad adolescente y la principal causa de mortalidad en esta etapa, produce graves consecuencias psicológicas para los adolescentes, quienes no suelen poseer adecuadas estrategias de afrontamiento de su enfermedad.¹⁸

ANTECEDENTES

En un estudio sobre la percepción de los adolescentes sobre el ingreso hospitalario se encontró que los encuestados opinaban que se les había otorgado adecuada información sobre el motivo de su ingreso y las pruebas a realizar, pero el 17% de los adolescentes reflejaba que en algún momento del ingreso sintieron que se iba a realizar algún procedimiento sin su pleno conocimiento, por lo que la comunicación y la confianza con el paciente pudieron verse afectadas; Jedeloo et al. en su trabajo mostraban cómo los adolescentes demandaban la posibilidad de poder opinar y tener capacidad para tomar decisiones relacionadas con su cuidado¹⁹ Sin embargo, no se menciona en estos estudios el pleno conocimiento del diagnóstico de su enfermedad y como éste influye en su estado emocional.

Mismo dato observado en un estudio realizado en adolescentes hospitalizados del Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI con diagnóstico de leucemia para evaluar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes informados y no informados por padres del diagnóstico de primera vez en pacientes con leucemia, el cual mostró una frecuencia de 58.30% de adolescentes informados del diagnóstico, con frecuencia de depresión en los adolescentes con diagnóstico de leucemia de 75% con ansiedad con predominio como rasgo,²⁰

Sin embargo, sin asociar ni tomar en cuenta el resto de factores de riesgo para desarrollar un trastorno del espectro de ansiedad y/o depresión, secundario al conocimiento o desconocimiento del diagnóstico de su enfermedad y en el cual se incluyó solo un tipo de cáncer.

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.²¹

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 situación²²

En otro estudio se evidenció la comparación con los pacientes de larga estadía y los que presentaron solo días de hospitalización y enfermedades agudas, estos últimos presentaron un mayor nivel de ansiedad; y se concluye que todo niño y adolescente durante la hospitalización presenta algún grado de ansiedad y existen factores como respuesta emocional al evento de la hospitalización que contribuyen al aumento o disminución del mismo.²²

Observando como en los estudios previos el estudio de factores de riesgo ya conocidos para el desarrollo de sintomatología afectiva, dejando de lado el conocimiento de la enfermedad per se.

Los resultados de un estudio transversal de Juárez M, et al, indican que existe una correlación moderada positiva ($Sr=0.55$) entre la ansiedad y la depresión en personas que tienen diagnóstico de enfermedad oncológica. ¹⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El conocimiento del diagnóstico de la enfermedad oncológica ha suscitado gran interés ya que puede afectar entre otras a la calidad de vida, el bienestar o la adherencia al tratamiento de los pacientes. En este sentido, parece que quienes perciben como más amenazante su enfermedad, muestran más ansiedad, depresión y peor calidad de vida. Pese a su importancia, pocos estudios han abordado este concepto en la adolescencia, periodo especialmente asociado con menores tasas de adherencia al tratamiento, mayor presencia de conductas de riesgo y mayores problemas psicopatológicos.²⁴

Es fundamental la incorporación de la percepción de los niños y adolescentes sobre el ingreso hospitalario y el diagnóstico de ingreso y motivo de intervenciones médicas. Existiendo pobre evidencia de estudios que aborden el conocimiento del diagnóstico de su enfermedad.¹⁹

Podemos identificar tres líneas a considerar en la definición del problema: el desconocimiento del adolescente del diagnóstico de enfermedad oncológica, el conocimiento escaso de las intervenciones que se llevan a cabo durante su hospitalización y la sintomatología afectiva y ansiosa que se desencadena por el conocimiento de su enfermedad o el desconocimiento de su diagnóstico actual.¹²

La depresión y la ansiedad se consideran entidades autónomas en las diferentes clasificaciones diagnósticas actuales, pero en la práctica clínica ambas coexisten con frecuencia. La distinción de estos cuadros no resulta fácil, ya que ambas entidades cursan con trastornos del sueño, alteraciones del apetito, déficit de atención y concentración, cansancio, astenia, irritabilidad.¹¹

Por lo que subyace la necesidad de una actuación interdisciplinar y multiprofesional ofreciendo la posibilidad de ayudar a interpretar la enfermedad, a rentabilizarla y a llegar al fondo de la persona enferma, tratando de entender su queja para ayudarla de la forma menos traumática posible, en su proceso en la enfermedad. De ahí que la educación terapéutica de las personas con patologías susceptibles de estancias prolongadas en el medio hospitalario, así como la de sus familiares más allegados, constituya en nuestros días un importante reto en la investigación y práctica clínica.²

JUSTIFICACIÓN.

A nivel mundial anualmente se diagnostican aproximadamente 14 millones de casos nuevos de cáncer y en promedio 8 millones de personas mueren de cáncer cada año. Adicionalmente más de 25 millones de personas sobreviven durante años, tras un diagnóstico de cáncer. Para el año 2020 se esperaba más de 16 millones de casos nuevos de cáncer con 10 millones de muertes por esta enfermedad; relevantemente el cáncer infantil constituye la segunda causa de muerte en la población con edades entre los dos y los diecinueve años.

Los pacientes entre los 0 y 19 años que son diagnosticados con cáncer requieren de un seguimiento durante periodos de tiempo prolongados dado el impacto en la calidad de vida del cáncer y la posible presentación de nuevos tumores. El cáncer en adolescentes provoca grandes impactos a nivel social, emocional, familiar, entre otros, lo que genera que el adolescente que lo padece puede tener diferentes crisis durante el proceso; esto permitiría al profesional realizar intervenciones en crisis. Se ha observado en estudios previos, que la relación entre niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos varía entre 11 y 25% con distintos grados de gravedad.²⁵

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 hemato-oncológicos ocuparon el segundo lugar en prevalencia de depresión²⁶

Poco se sabe acerca de las ventajas de la comunicación del diagnóstico en el paciente adolescente; en la literatura revisada, se menciona que incluso los pacientes de 10 años muestran interés por conocer su diagnóstico.

En la mayoría de los hospitales pediátricos, como 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.²⁶

En esta misma experiencia también se ha visto que aquellos adolescentes que se les da información mostraron mejor adaptación a la enfermedad que se tradujo en cooperación y menores síntomas de ansiedad-depresión.²⁶

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 permitirá tener una visión más clara y objetiva sobre las emociones relacionadas al diagnóstico de cáncer en los adolescentes y la frecuencia de síntomas depresivos y ansiosos.

La American Psychiatric Association y Vargas et al, sugieren que elementos como la psicoeducación, vigilancia continua de la angustia, reentrenamiento de la respiración, y reestructuración cognitiva, son herramientas útiles para afrontar la enfermedad y que mientras más rápido se vea el enfermo involucrado en un proceso de apoyo integral, mejor será su capacidad de adaptación a su condición. De allí la importancia del presente estudio, no sólo porque en nuestro país existen pocas publicaciones al respecto, sino porque ahondaría en la importancia del abordaje psicoterapéutico de estos pacientes, que a pesar de ser trabajado por muchos es registrado por pocos.²⁷

TRASCENDENCIA.

Este estudio contribuirá en futuras líneas de investigación a mejorar la estancia de los pacientes pediátricos en nuestros hospitales, consiguiendo que el ingreso se viva de la manera más humanizada posible tomando en cuenta que el conocimiento o desconocimiento de su diagnóstico influye en el desarrollo de síntomas de

ansiedad o depresión y a futuro un trastorno mental que requiera atención especializada.

Con esto sería importante obtenidos los resultados del estudio, que la Pedagogía Hospitalaria y la Terapéutica, sean primordiales en el manejo especializado del adolescente hospitalizado, a fin de ofrecer una respuesta personalizada e interdisciplinaria que aborde el conocimiento de la enfermedad psico educando a los padres en el derecho a la información sobre su estado de salud, y a los pacientes sobre el tratamiento a seguir, las consecuencias que se derivarán, etc., simultáneamente, reducir la ansiedad y la sintomatología afectiva que la enfermedad ocasiona.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de ansiedad, depresión y conocimiento de la enfermedad al momento del diagnóstico oncológico en adolescentes de un hospital de tercer nivel?

HIPÓTESIS

H0: El conocimiento del diagnóstico de enfermedad oncológica en adolescentes hospitalizados en un Hospital de tercer nivel no disminuye los síntomas de ansiedad y depresión comparado con los pacientes que desconocen su diagnóstico.

H1. El conocimiento del diagnóstico de enfermedad oncológica en adolescentes hospitalizados en un Hospital de tercer nivel disminuye los síntomas de ansiedad y depresión comparado con los pacientes que desconocen su diagnóstico.

OBJETIVOS

Objetivo general. Determinar la frecuencia de ansiedad, depresión y conocimiento de la enfermedad al momento del diagnóstico oncológico en adolescentes de un hospital de tercer nivel.

Objetivos específicos.

1. Medir la proporción de individuos que enferman en un periodo de tiempo concreto con síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes con conocimiento del diagnóstico de cáncer y pacientes no informados acerca del diagnóstico.
2. Medir las frecuencias de síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes con conocimiento del diagnóstico de cáncer y pacientes no informados acerca del diagnóstico.
3. Identificar la figura que con mayor frecuencia transmite el diagnóstico, cuando no se transmite medir la frecuencia de conspiración del silencio.
4. Medir la intensidad de los síntomas de ansiedad y depresión posterior a la información del diagnóstico, y en aquellos que desconocen su diagnóstico.

METODOLOGÍA

DISEÑO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal.

Tipo de muestreo: No Probabilístico de casos consecutivos.

Población: adolescentes de 10 a 17 años con el diagnóstico de enfermedad oncológica hospitalizados en el Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Lugar de estudio. Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México, CDMX.

Lugar donde radica la población de estudio. Derechohabientes pertenecientes a la región sur de la Ciudad de México, zona conurbada y Estados de la República.

Tiempo de estudio. Se realizará de diciembre de 2021 a junio de 2022.

VARIABLES:

- Información del diagnóstico. Se considerará que el paciente fue informado cuando los investigadores comprueben por medio de la entrevista que haya recibido el nombre de la enfermedad y su gravedad, se considerará que no ha sido informado cuando desconozca diagnóstico, nombre de la enfermedad y pronóstico de esta.
- Síntomas de ansiedad. Estado emocional en el que se experimenta malestar físico y psíquico como respuesta a una amenaza real o imaginada.
- Síntomas de depresión. Sentimiento de tristeza o irritabilidad asociado a una percepción de pérdida o daño, que se puede manifestar con pensamientos de minusvalía, desesperanza, desamor, etc.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión.

- Pacientes adolescentes de ambos sexos hospitalizados en el Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, de entre 10-17 años de edad con diagnóstico de enfermedad oncológica, cuyos padres hayan sido informados del diagnóstico por los servicios de hematología y oncología del Hospital de Pediatría CMN S. XXI.

Criterios de exclusión.

- Pacientes en condiciones neurológicas y/o psiquiátricas que por el grado de severidad de su enfermedad y/o comorbilidades, no comprendan cognitiva o conductualmente su condición actual (Síndrome confusional agudo, Discapacidad intelectual, trastornos generalizados del desarrollo, deterioro cognitivo por causa médica especificada, sedación y/o parálisis cerebral, muerte encefálica).
- Trastornos mentales previos: trastornos del estado de ánimo y ansiedad previos al internamiento (1 mes previo), tratamiento actual con antidepresivos y/o ansiolíticos.
- Pacientes y familiares que no acepten participar en la investigación.

Criterios de eliminación.

- Pacientes que no contesten de manera completa los instrumentos de evaluación.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para proporciones se calculará mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}})^2 P(1-P)}{D^2}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra a determinar

P: prevalencia (proporción) esperada, en este caso valor de $p=0.025$ (25%)

D: nivel de precisión absoluta deseada (en este caso deseamos un 5%)

$Z_{1-\alpha/2}$: valor de la distribución normal asociado a un nivel de confianza de 100 (1- α) %. En este caso $95\%= 1.962$

Considerando que se desea estimar una prevalencia del 25% y se considera que esta prevalencia estaría adecuadamente estimada incluso cuando se cometiera un error de hasta 5% en la estimación, con un nivel de confianza de 95% (Z score 1.962), el tamaño de muestra es:

$$\blacksquare \frac{(1.962)^2 \cdot 0.25 \cdot (0.95)}{0.05^2} = 37 \text{ individuos.}$$

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS.

1. Se invitó a los padres de los adolescentes hospitalizados en el Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, de entre 10-17 años con enfermedad oncológica de reciente diagnóstico, para participar en el estudio con previo consentimiento y asentimiento informado, donde se explicaron los objetivos, riesgos y beneficios de participar.
2. Se brindó información relacionada con ansiedad y depresión a los padres con la finalidad de que identificaran los síntomas de sus hijos que requirieran atención por el servicio de salud mental; así como contención emocional en caso de ser necesario en los consultorios de salud mental y se realizó la captura de variables demográficas y la escala de funcionamiento familiar (APGAR) que consta de 5 reactivos con duración de 5 minutos con instrucción previa al llenado.
3. Se preguntó a los padres de familia o cuidadores principales si tomaron la decisión de informar o no informar al paciente sobre el diagnóstico de enfermedad oncológica de su hijo y la gravedad de ésta.
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 sobre su diagnóstico y, B) aquellos cuyos padres tomaron la decisión de no informar.

5. Posteriormente se solicitó a los adolescentes con previo consentimiento y asentimiento informado, la aceptación de participar en el estudio, donde se recolectó la información sobre sintomatología depresiva y de ansiedad con instrumentos de evaluación estandarizados.
6. Se realizaron 2 mediciones en el tiempo en un transcurso de 1 mes por paciente, donde se evaluó la sintomatología ansiosa y depresiva mediante los instrumentos: Inventario de Depresión Infantil (CDI) y Escala de ansiedad de Spence (SACAS), con la primera medición en la primera entrevista a los 7 días del diagnóstico, la segunda al mes del diagnóstico a través de llamada telefónica.
7. Durante el estudio los investigadores solo medimos la intervención de los propios médicos o padres (nosotros solo fuimos observadores). Así mismo, los pacientes que lo requirieron recibieron atención por los investigadores.

INSTRUMENTOS:

- **Inventario de Depresión Infantil (CDI).**

Autor: María Kovacs

Tiempo de aplicación: 10-15 minutos

Población estandarizada de aplicación: 7-17 años

Finalidad: identificación de sintomatología depresiva

Adaptación al español: Victoria del Barrio y Miguel Ángel Carrasco.

Instrumento de entrevista estructurada autoaplicada,

Las puntuaciones directas se obtienen sumando las respuestas marcadas por el sujeto de acuerdo con estas puntuaciones: La ausencia del síntoma (respuesta A) se puntúa 0, la presencia en una forma leve (respuesta B) se puntúa 1 y la presencia en una forma grave (respuesta C) se puntúa 2, por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos. El punto de corte es de 19, por lo que a partir de esa puntuación se presenta depresión. La confiabilidad del CDI oscila entre 0.71 y 0.94, lo que nos indica que entre un 71% y un 94% de las puntuaciones son verdaderas.

Consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente, por lo que a efectos de duración es como si la prueba tuviese 81 elementos. El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil.

El CDI evalúa dos escalas: **Disforia** (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y **Autoestima negativa** (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de Depresión. Puede ser contestado directamente por los niños evaluados, como autoinforme, o pueden contestarlo adultos de referencia como el padre, la madre, profesores, enfermeras o cuidadores. Cuando se aplica por este último procedimiento los ítems deben leerse en tercera persona.

Descripción e interpretación: La CDI es una de las escalas autoaplicadas más utilizadas para evaluar sintomatología depresiva en población infantil y adolescente. Esta escala fue creada a partir de la Beck Depression Inventory (Beck, 1978) para ser aplicable a población escolar. La CDI consta de 27 ítems. Cada ítem se responde en una escala de tres puntos, donde 0= ausencia del síntoma, 1= síntoma moderado, y 2= síntoma severo. La puntuación total va de 0 a 54. El manual de la escala contiene las propiedades psicométricas reportadas por el autor. En el 2004 se publicó la versión española (del Barrio y Carrasco, 2004). Se recomienda su uso en niños de 7 a 17 años. Kovacs estableció una puntuación bruta de 20 como punto de corte para indicar problemas de depresión. En España, este punto de corte se redujo a 19 (del Barrio & Carrasco, 2004) o a 17 (Canals, Martí-Henneberg, Fernández-Ballart, & Doménech, 1995).

Propiedades psicométricas: En muestras de población general se encontraron valores de alfa de Cronbach entre 0.75 y 0.94. La fiabilidad test-retest osciló entre 0.83 en un intervalo de una semana y 0.84 para un intervalo de dos semanas. En muestras clínicas, los valores de alfa de Cronbach se encontraron entre 0.71 y 0.89, y la fiabilidad test-retest varió entre 0.54 al cabo de 6 meses de seguimiento y 0.87 al cabo de una semana. Debido a que la escala CDI mide un estado más que un rasgo, el intervalo test-retest debe ser corto, entre dos y cuatro semanas. También se han obtenido correlaciones entre la CDI y otras medidas de sintomatología

depresiva autoinformada que van desde 0.56 a 0.78 con la escala Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) y entre 0.70 y 0.73 con la escala Reynolds Child Depression Scale (RCDS).

- **Escala de ansiedad de Spence (SACAS)**

La SCAS mide los trastornos de ansiedad en la niñez y en la adolescencia y ha generado mucha investigación. Esta escala ofrece ventajas sobre las demás como, sensibilidad a los cambios ejercidos por el tratamiento, capacidad para discriminar entre muestras clínicas y de población general, aplicación transcultural y, muy especialmente, apego a la clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad más comunes del DSM-IV-TR (APA, 2002).

Construida por Spence (1997) en Australia, la SCAS es un instrumento de autoinforme al que responden los niños, el cual consta de 44 ítems. Se desarrolló con la intención de investigar una gama amplia de síntomas de ansiedad en niños de población general. Los estudios realizados por su autora han corroborado la coincidencia de su estructura factorial con la clasificación propuesta originalmente por el DSM-IV (APA, 1994) de 7 trastornos de ansiedad. Seis ítems miden ansiedad de separación, 6 trastorno obsesivo-compulsivo, 6 pánico, 3 agorafobia, 6 fobia social, 6 ansiedad generalizada, y 5 miedo al daño físico. Contiene, además, 6 ítems de relleno que no se califican, ya que tiene el objeto de disminuir el impacto del sesgo negativo que produzca el listado de problemas. Se califica en una escala de 4 opciones que fluctúan entre 0 para nunca y 3 para siempre.

la SCAS ha mostrado una muy alta consistencia interna que fluctúa entre .80 (Essau et al., 2004) y .93 (Essau et al., 2004; Servera et al., 2005; Spence, 1997; Spence, Barrett, & Turner, 2003). Muris, Schmidt y Merckelbach (2000) han informado sobre su validez convergente con otros instrumentos de ansiedad, como la SCARED de Birmaher et al. (1997). Spence (1998) también encontró validez convergente con la RCMAS de Reynolds y Richmond (1978), además con el Child Behavior Checklist de Achenbach (1991), y con el Children's Depression Inventory de Kovacs (1981), que mide depresión. De acuerdo con Spence (1998), también discrimina la SCAS

entre niños con un diagnóstico de ansiedad y niños de población general, así como con niños con depresión.

Propiedades psicométricas: Está compuesta por 38 ítems referidos a síntomas de ansiedad con cuatro opciones tipo Likert: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3). Incluye, además, 6 ítems positivos de relleno para contrarrestar el sesgo negativo de los anteriores, y cuya calificación no se califica, ni se toma en cuenta en los análisis. Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos para cada ítem. A mayor puntaje, más ansiedad. Para lograr la versión en español, se empleó el procedimiento tradicional de traducción retraducción.

Fiabilidad. La consistencia interna, Alfa de Cronbach, de la SCAS fue de .88; de .81 para el factor Ataque de Pánico/Agorafobia; de .74 para ansiedad de separación; para el factor de Fobia Social, fue de .71; en el factor Miedo al Daño Físico, de .75; para el factor Trastorno Obsesivo-Compulsivo, fue de .77, y finalmente, el factor Ansiedad Generalizada, tuvo una confiabilidad de .72.

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (APGAR)

Instrumento de entrevista estructurada para padres.

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 5-10 minutos.

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. 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.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Definición operacional	NIVEL DE MEDICIÓN	CODIFICACIÓN
-Información del diagnóstico de cáncer (VARIABLE INDEPENDIENTE) (cualitativa)	Conocimiento de enfermedad oncológica caracterizada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es percibida como pérdida de la salud y cuyo efecto <i>negativo</i> es consecuencia de una alteración estructural o funcional de un órgano a cualquier nivel.	Se considerará que el paciente fue informado cuando los investigadores comprueben por medio de la entrevista que haya recibido el nombre de la enfermedad y su gravedad.	Nominal dicotómica	1.Se informa 2.No se informa.
-Síntomas de ansiedad (VARIABLE DEPENDIENTE)	La ansiedad es un sentimiento de miedo, temor e inquietud, cuya permanencia e intensidad puede evolucionar a un trastorno, el cual manifiesta síntomas que pueden interferir con las actividades diarias, como el desempeño en el trabajo, la escuela y las relaciones entre personas.	Problemas de salud mental que se relacionan con experimentar en exceso ansiedad, miedo, nerviosismo, preocupación o terror. Referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por ansiedad.	Nominal dicotómica ▪ Escala de ansiedad de Spence (SACAS) (ANEXO 2)	Codificación. 6 ítems: ansiedad de separación 6 ítems: trastorno obsesivo compulsivo 6 ítems: pánico 3 ítems: agorafobia 6 ítems: fobia social 6 ítems: ansiedad generalizada 5 ítems: miedo al daño físico. 0-39 sin ansiedad

				40 o más ansiedad
-Síntomas de depresión (VARIABLE DEPENDIENTE)	La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más, incluye sintomatología afectiva, cognitiva y conductual.	La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más que incluye estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces y/o anhedonia.	Nominal dicotómica ▪ Inventario de Depresión Infantil (CDI). (ANEXO 3)	Codificación. La ausencia del síntoma (respuesta A) se puntúa 0, la presencia en una forma leve (respuesta B) se puntúa 1 y la presencia en una forma grave (respuesta C) se puntúa 2. 0-19. sin depresión. 20 más con depresión
Datos sociodemográficos (cualitativa) -Edad -Sexo -Escolaridad -Residencia -Quien informó acerca del diagnóstico.			Nominal Entrevista clínica y obtención de datos sociodemográficos a través de un instrumento elaborado. (ANEXO 1)	Edad al momento de la aplicación. Sexo: Hombre (0) Mujer (1) Escolaridad Primaria (0) Secundaria (1) Preparatoria (2) Universidad (3) Foráneo (1) Local (2) Madre (1) Padre (2) Otro (3)
Funcionamiento familiar		Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia	Ordinal Escala de evaluación de funcionamiento familiar APGAR (ANEXO 4)	0-3 familia disfuncional 4-6 moderada disfunción familiar 7-10 familia funcional

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información. Excel versión 365. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS 26.

Se estimaron los datos observados mediante distribuciones de frecuencia, severidad, porcentaje y tablas de contingencia.

Se analizaron 2 grupos de condición de riesgo (quienes conocen su diagnóstico de enfermedad oncológica y quienes desconocen el diagnóstico) y dos momentos de medición: al momento del diagnóstico como medición basal, la segunda al mes del diagnóstico.

El análisis de resultados se realizó con cuadros de 2x2 que permiten resumir las variables de estudio. Para el análisis de las características demográficas de los participantes se realizaron cálculos de frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas como sexo y diagnóstico de enfermedad. Para las variables cuantitativas como la edad y funcionamiento familiar se realizaron cálculos de medidas de tendencia central.

Se tomaron en cuenta las probables pérdidas en el seguimiento, las cuales pueden originarse principalmente por tres razones: a) abandono del estudio, b) muerte por otra causa al evento de interés, y c) pérdidas, llamadas "administrativas", originadas por la terminación temprana del estudio por razones ajenas a las que se plantearon originalmente (ejemplo: agotamiento de la fuente de financiamiento).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Artículo 17. Investigación con riesgo mínimo: riesgo de datos a través de procedimientos comunes psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran pruebas psicológicas a individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

El entrevistador principal invitó a los padres o encargados del paciente a participar en el estudio mediante consentimiento informado y al sujeto mediante un asentimiento informado, a participar en el estudio. Le explicó después el objetivo,

riesgos y beneficios del mismo, les dio a conocer el propósito del estudio, información de contacto para preguntas relacionadas con el estudio, las condiciones de la participación, incluyendo el derecho a negarse o retirarse sin penalidad y en qué consistió su participación en caso de aceptar.

El protocolo previo a su ejecución fue evaluado por el comité de investigación del IMSS. El estudio se realizó de acuerdo con los estándares éticos del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas (2013). Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el código de Nuremberg y el informe Belmont.

El consentimiento informado se obtuvo directamente de los participantes en el estudio.

La Información de los sujetos encuestados será resguardada durante un periodo de 5 años por el investigador Dr. Leonel Jaramillo Villanueva. Psiquiatra infantil y del adolescente. Jefe de Psiquiatría, psicología y salud mental, UMAE, Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, IMSS, en su computadora que se encuentra bajo llave en la jefatura de salud mental y con clave personalizada y en caso de publicación del estudio no se identificará a los sujetos participantes.

Así mismo, este estudio corresponde a una investigación con riesgo mínimo que incluye “pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto” de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, y cuyo beneficio tendrá como futuras líneas de investigación a mejorar la estancia de los pacientes pediátricos en nuestros hospitales, consiguiendo que el ingreso se viva de la manera más humanizada posible tomando en cuenta que el conocimiento o desconocimiento de su diagnóstico influye en el desarrollo de síntomas de ansiedad o depresión y a futuro un trastorno mental que requiera atención especializada.

Durante el estudio los investigadores solo medimos la intervención de los propios médicos o padres (nosotros solo fuimos observadores). Así mismo, los pacientes y

los padres que requirieron seguimiento y manejo médico, tuvieron atención por los investigadores.

RECURSOS. Copias de instrumentos de evaluación. Presupuesto aproximado \$1000. Este costo estipulado fue financiado por el investigador Fernando Martínez Gallardo, Residente de la especialidad de Psiquiatría infantil y de la adolescencia. UMAE, Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, IMSS.

Recursos humanos. Médico residente del Hospital.

Recursos materiales. Una computadora, instrumentos de evaluación (clinimetría), entrevista clínica semiestructurada.

CONFLICTO DE INTERÉS. Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

RESULTADOS.

Durante la recolección de la muestra ingresaron 46 pacientes con reciente diagnóstico de enfermedad oncológica, de los cuales se excluyeron 7. Se entrevistaron 39 pacientes quienes cumplieron con los criterios de selección y se les aplicó entrevista semi estructurada con la hoja de datos sociodemográficos y los instrumentos de evaluación Inventario de Depresión Infantil (CDI) y Escala de ansiedad de Spence (SACAS) para determinar la frecuencia de ansiedad, depresión y conocimiento de la enfermedad al momento del diagnóstico oncológico en adolescentes, obteniendo los siguientes resultados (Ver tabla 1).

Los resultados obtenidos de esta investigación describen que el 38% (n=15) de la muestra pertenecía al sexo femenino y 62% (n=24) al sexo masculino, la edad mínima fue de 10 años y la máxima de 17 años, con escolaridad concentrada en los últimos dos años de educación primaria 18% (n=7), secundaria 46% (n=18) y nivel preparatoria 31% (n=12), 2 de ellos no escolarizados (5%), el 5% de la muestra presentó 1 comorbilidad no psiquiátrica asociada (descargas paroxísticas no epilépticas, pubertad precoz), y el 5% presentó 1 comorbilidad psiquiátrica asociada (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad).

De acuerdo al tipo de enfermedad oncológica, encontramos en el 28% (n=11) individuos con Diagnóstico de leucemia Linfoblástica Aguda, le siguen osteosarcoma osteoblástico 15% (n=6), sarcoma 8% (n=3), entre otras variedades 49% (n=19).

La comprensión del diagnóstico y del pronóstico de la enfermedad por el cuidador primario fue variable, encontrando cualitativamente múltiples formas de describir la enfermedad, sin embargo, destacan los siguientes datos: 18% (n=7) de los padres percibían la enfermedad de "mal pronóstico", 15% (n=6) describieron pensar que su hijo "se podía morir" y otro 15% (n=6) que "se iba a curar", el 13% (n=4) percibieron la enfermedad como un diagnóstico grave, mientras que otros con porcentajes menores al 2% expresaron: que la enfermedad se podía propagar, iban a requerir amputación de la extremidad, con tratamiento iba a mejorar, iba a ser una

enfermedad limitante para la vida, que requeriría un tratamiento agresivo y largo y que iban a necesitar muchos estudios.

En la escala Apgar de evaluación de funcionamiento familiar aplicado para padres, encontramos con mayor frecuencia 56% (n=21) familias funcionales, con alta frecuencia 41% (n=15) de moderada disfunción familiar, y el 3% (n=1) con familia severamente disfuncional. Mientras que, en la escala de evaluación de funcionamiento familiar para adolescentes encontramos diferencias, 67% (n=26) con moderada disfunción familiar, 23% (n=8) familia funcional, y el 10% (n=5) familia severamente disfuncional.

De los 39 encuestados, el 62% (n=24) solicitó información acerca de su diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, mientras que el 38% restante (n=15) no mostró inquietud acerca de su diagnóstico a decir de sus padres.

TABLA 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

VARIABLE	RESULTADO (M)
SEXO	MASCULINO (62%)
EDAD	M: 15 años (10-17)
RESIDENCIA	local
ESCOLARIDAD	SECUNDARIA (46%)
PRÁCTICA RELIGIÓN	Sin práctica religiosa (58%)
COMORBILIDAD	Sin comorbilidad (90%)
TIPO DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA	LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (28%)
ESTADÍO DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA	INICIAL
PRONÓSTICO	BUENO
COMPRENSIÓN DEL DX Y PX POR EL CUIDADOR PRIMARIO	MAL PRONÓSTICO (18 %)
PRINCIPAL CUIDADOR	MADRE (62%)
FIGURA QUE INFORMA DIAGNÓSTICO	MADRE (67%)
ESCALA EVALUACIÓN FAMILIAR PARA PADRES	FAMILIA FUNCIONAL (56%)
ESCALA EVALUACIÓN FAMILIAR PARA ADOLESCENTES	DISFUNCIÓN MODERADA (67%)

M = Mediana

El comportamiento de la información recibida de la medición basal a la segunda evaluación evidenció la dificultad de los padres para informar acerca del diagnóstico de enfermedad al momento de recibir la noticia, siendo 8 (21%) individuos los que recibieron información al momento del diagnóstico en la medición basal, y al mes de evaluación (segunda medición) 19 (49%) quienes habían recibido información hasta el momento.

Tabla 2. Comportamiento de los síntomas de ansiedad al mes del diagnóstico.

	<i>Con ansiedad</i>	<i>Sin ansiedad</i>	<i>Total</i>
Recibió información 19 (49%)	1 (5%)	18 (95%)	19 (49%)
No recibió Información 20 (51%)	17 (85%)	3 (15%)	20 (51%)
Total 39 (100%)	18 (46%)	21 (54%)	39 (100%)

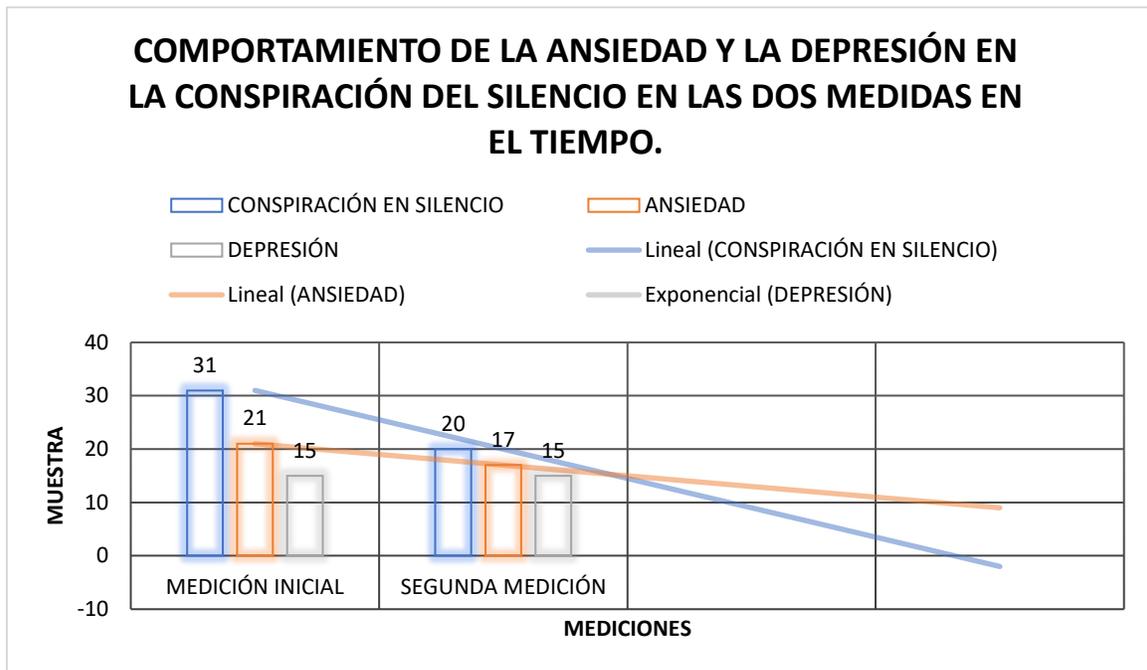
Del total de la muestra, de los 19 encuestados (49%) que recibieron información sobre su diagnóstico 18 (95%) no desarrolló síntomas de ansiedad, siendo solo 1 (5%) quienes desarrollaron síntomas de ansiedad; a diferencia de aquellos que no recibieron información, 20 (51%) individuos de los cuales 17 (85%) desarrollaron síntomas de ansiedad, solo 3 (15%) no desarrollaron síntomas de ansiedad.

Tabla 3. Comportamiento de los síntomas depresivos al mes del diagnóstico.

	<i>Con depresión</i>	<i>Sin depresión</i>	<i>Total</i>
<i>Recibió información</i> 19 (49%)	7 (37%)	12 (63%)	19 (49%)
<i>No recibió Información</i> 20 (51%)	15 (75%)	5 (25%)	20 (51%)
<i>Total</i> 39 (100%)	22 (56%)	17 (44%)	39 (100%)

En relación a la depresión, de los 19 (49%) participantes que recibieron información sobre su diagnóstico 12 (63%) no desarrolló síntomas depresivos siendo 7 (37%) quienes desarrollaron síntomas depresivos; mientras que aquellos que no recibieron información, 20 (51%), de los cuales 15 (75%) individuos desarrollaron síntomas depresivos, y 5 (25%) no presentaron síntomas de depresión.

Gráfica 1. COMPORTAMIENTO DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN LA CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO EN LAS DOS MEDIDAS EN EL TIEMPO.



El comportamiento de la ansiedad y la depresión disminuyó en relación a la disminución de la conspiración en silencio, ya que en la medición basal fueron 31 (79%) individuos quienes no fueron informados acerca de su diagnóstico siendo 21 (54%) quienes presentaron síntomas de ansiedad, y 15 (38%) quienes presentaron síntomas depresivos; en la segunda medición se encontró disminución de la conspiración en silencio siendo 20 participantes (51%) los que al mes de seguimiento aún no habían sido informados acerca de su diagnóstico, de los cuales 17 (44%) desarrolló síntomas de ansiedad y 15 (38%) síntomas depresivos.

Fue pobremente significativo el porcentaje de individuos que fueron informados y desarrollaron síntomas de ansiedad y depresión, presentando síntomas de ansiedad 1 (5%) individuo y con síntomas de depresión 7 de los estudiados (37%).

DISCUSIÓN.

La muestra reunida en nuestro trabajo se completó acorde a lo planeado, cumpliendo con el tamaño de muestra calculado. De acuerdo al objetivo general encontramos que la frecuencia síntomas de ansiedad al momento del diagnóstico es elevada cuando se desconoce el diagnóstico de enfermedad oncológica, siendo más alta que la esperada comparada con la población general (25%)^{7,8}, así mismo la frecuencia de los síntomas depresivos; con respecto al conocimiento del diagnóstico el porcentaje revela que cuando no se conoce el diagnóstico la frecuencia aumenta, siendo incluso mayor a la esperada comparado con estudios previos (20-25%)^{9, 10} y con la población general (50%)¹⁶.

Las dificultades de los padres para comunicar el diagnóstico de enfermedad aparentemente influyen sobre la presencia de estos síntomas fomentando la cultura de la conspiración en silencio principalmente debido a la dificultad para dar malas noticias, la pobre participación familiar y capacidad de afrontamiento de los problemas, y el desconocimiento acerca del diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad. El diagnóstico de enfermedad oncológica supone cambios en los hábitos de vida, considerándose que su presencia es un factor de riesgo para desarrollar un trastorno mental, destacando la ansiedad y la depresión que actúan como agravante de la enfermedad, siendo capaz de complicar su tratamiento y pronóstico^{5, 6}. Las variables que influyen en la percepción de amenaza son: la edad, principalmente comprendida en etapa adolescente cuando esta población vulnerable se encuentra en desarrollo de su autonomía y su propia identidad; sexo siendo mayor la población masculina quienes enferman de cáncer; pero mayor la población femenina quienes enferman de ansiedad y depresión; desarrollo cognitivo, diagnóstico médico con predominio en población adolescente de Leucemia Linfoblástica Aguda y Osteosarcomas de diversos tipos; duración de la hospitalización que se experimenta como un evento traumático principalmente a edades tempranas; experiencias previas con procedimientos médicos y el hospital, naturaleza y tiempo de la permanencia para la hospitalización, ajuste psicológico prehospitalario y la habilidad de los padres a fin de ser apoyo adecuado para el adolescente. ^{7, 8} Es por esto que en nuestro estudio se consideraron las variables

sociodemográficas previamente descritas para explorar estos factores considerados amenazantes y que observamos son similares a otros estudios los aquí encontrados con mayor frecuencia.

El cáncer constituye un suceso vital que provoca un fuerte impacto emocional en quienes lo padecen, una vez que el paciente es informado del diagnóstico se manifiestan un conjunto de reacciones emocionales, las cuales están estrechamente relacionadas con los recursos de afrontamiento que posee la persona, el tipo de cáncer, el apoyo social que recibe, de las condiciones materiales económicas y de vida, de modo que las respuestas reactivas se pueden dar dentro de un amplio espectro de variaciones. En una revisión bibliográfica de 80 artículos se describen los problemas psicosociales que afrontan los adolescentes con cáncer: problemas de desarrollo, respuestas iniciales al diagnóstico, el ajuste psicológico, la calidad de vida y las secuelas adversas del cáncer, los problemas de imagen corporal, la sexualidad y el cumplimiento y adherencia del tratamiento, adicionándose variables relacionadas con la dependencia psíquica, física e incluso legal, de los cuidadores principales (habitualmente los padres) y la percepción de estos apoyos sobre la enfermedad, de cómo enfrentarla y adaptarse a ella.^{28, 29} Tal como encontramos en nuestro estudio, donde los adolescentes perciben menor participación en su enfermedad y mayor disfunción familiar que lo que perciben sus padres.

El diagnóstico de cáncer demanda recursos psicológicos para su enfrentamiento que, muchas veces, no son los adecuados, donde resulta común la petición al médico por parte de los familiares de no comunicar el diagnóstico al paciente, siendo una enfermedad que socialmente se relaciona con dolor, sufrimiento y muerte, e implica un elevado nivel de estrés que se manifiesta en forma de ansiedad y/o depresión.³⁰ El momento del diagnóstico resulta un fuerte impacto emocional para el paciente y su familia ya que cambia la estructura vital de éstos e implica una importante incertidumbre en cuanto al futuro, sin embargo pocos estudios abordan la respuesta emocional al momento de recibir el diagnóstico y como este puede influir en la presencia de cuadros de ansiedad o depresión.

Algunos padres temen que sus hijos se preocupen si se les informan sobre lo que les está pasando, Sin embargo, es importante tener en cuenta que los hijos tienen una perspectiva de la vida muy diferente a la de los padres y que son observadores profesionales, pues la mayoría sospecharán que algo anda mal, pueden asumir que lo que les ocultan debe ser demasiado terrible como para que se hable al respecto y ese silencio intensifica su desasosiego y aumenta sus miedos; los aspectos claves de información del diagnóstico incluyen: información graduada según la edad del adolescente, con ritmo marcado por deseos del adolescente y libertad para preguntas, dedicar espacios relajados, eliminar sentimientos de culpa y asegurar un plan de cuidado y protección, así como clarificar la información de los cambios que conlleva y lograr una adecuada red de apoyo³¹; situación que desafortunadamente no se da en muchos escenarios nosocomiales, y que en este estudio se comprueba, ya que la población que recibió información no la recibió en los medios adecuados y necesarios, y en el resto de los individuos a pesar de haberla solicitado no se les otorgó dicha información durante el tiempo de estudio. La comunicación flexible y el hecho de hablar del sufrimiento facilita el alivio emocional y previene los sentimientos de culpa, demostrándose además que los adolescentes tienen estrategias de afrontamiento mejores de las que suponemos. Resulta más fácil contárselo al principio de la enfermedad para que puedan seguir progresivamente su evolución, sea cual sea. Los padres normalmente esperan que sean ellos los que pregunten para hablarles, pero la situación de tensión que perciben hace que no se atrevan, en muchos casos, a preguntar³¹, como en esta investigación donde el 38% de la población estudiada no solicitó información acerca de su diagnóstico, y la información a quienes se les otorgó, en su mayoría no fue al principio de la enfermedad, muchos incluso al mes de seguimiento aún no habían recibido información sobre su enfermedad a pesar de solicitarla.

Uno de los aspectos más controversiales acerca de la comunicación en la enfermedad oncológica por parte de los padres consiste en si decir u ocultar la verdad sobre el diagnóstico, en este sentido podemos mencionar diferentes modelos de comportamiento familiar dependiendo al grado de información que tiene el paciente: el que no sabe nada, el que sospecha algo, cuando nadie sabe nada, y

cuando todos lo saben,³² sin embargo, el verdadero conflicto consiste en la forma y el momento oportuno de dar la información, que hemos visto en nuestro estudio, todos los padres se enfrentan con esta dificultad cuando no se les otorga un asesoramiento previo sobre el manejo de la información y el cómo dar malas noticias; ya que el manejo de la información durante el proceso de reconocimiento de la enfermedad juega un papel fundamental en el desarrollo de la aceptación emocional y física de la misma.³³

Lo mejor es que sean la madre y/o el padre juntos quienes transmitan la información a su hijo, siempre que la situación física y emocional del paciente se lo permita. Si esto no es posible, puede hacerlo otro familiar o persona de confianza del niño. Resulta relevante destacar que en algunos casos la información debe ser adaptada según la edad y la capacidad de comprensión del adolescente, por lo que se puede optar por informar por separado y comenzando con el hijo de mayor edad para que éste pueda ayudar en la comunicación con los menores.^{31, 34} En nuestro estudio encontramos que fue el principal cuidador quien informó y este correspondía a la madre, lo que concuerda con la literatura general.

Actualmente se teme menos al cáncer y su diagnóstico es más rutinario y abierto, especialmente en sociedades como la norteamericana. Se enfrenta en general con más optimismo que en el pasado y origina una mayor demanda de información incluso en población vulnerable como son los adolescentes³³, esto incluso en nuestro estudio, sigue siendo controversial, ya que es mayor la población de individuos que no reciben la información necesaria acerca de su diagnóstico.

Estudios desarrollados en España en el 2012 demuestran que existe 64% de casos de conspiración de silencio; el 36,7% de estos casos se presenta por motivación frente a la actitud de la familia y los profesionales. Una revisión española demostró que el 13% de pacientes habían recibido información sobre su mal pronóstico y que el 24% tiene información completa sobre su situación. La evidencia demuestra que existe variación en la necesidad de información en el paciente y su familia conforme progresa la enfermedad, mientras la familia da más información el paciente pide menos información conforme progresa la enfermedad.³²

Algunas investigaciones concluyen que los adolescentes se ajustan bien a la enfermedad y tratamiento, en cambio otras investigaciones encuentran que estos niños y adolescentes tienen más riesgo de problemas del comportamiento, internalizantes y somáticos, ansiedad, pobre autoestima y sintomatología depresiva. De éstos últimos señalados, la gran mayoría demuestran correlación con la aparición de sintomatología que no llegan a cumplir criterios de trastorno, reflejando que los síntomas que aparecen con mayor frecuencia son ansiedad y estado depresivo; a pesar de esta falta de consenso en los resultados, todas coinciden que cuando menor es la información aportada a los hijos, mayor es el riesgo de aparición de problemas emocionales y comportamentales y, que una información inadecuada o irrealista es un factor de riesgo que se asocia a morbilidad psicológica y síntomas de estrés. A mayor conocimiento transmitido, se generaba mayor confianza en el niño y con ello menores conductas evitativas. Por el contrario, a mayor desconfianza, mayor hostilidad y agresividad, promoviendo peores relaciones con los padres, por lo que poseer información sobre un diagnóstico de cáncer es dar la posibilidad de decidir en cuanto a: tratamiento, evolución, calidad de vida, planificación familiar y personal, así como menor frecuencia de cuadros de ansiedad y depresión como lo muestra nuestro estudio.^{30, 31 32}

La Conspiración de Silencio o también llamada Pacto de Silencio, es una barrera en torno a la verdad, acerca de cambiar u omitir la información que se le brinda al paciente con la finalidad de protegerlo del impacto que pueda tener en su vida el saber sobre la situación de su enfermedad, la evidencia demuestra que un 80 a 90% de los pacientes sabe que tiene una enfermedad grave, y que el 70% de ellos desea hablar con su familia al respecto^{32, 35}, en esta investigación el 62% solicitó información al momento del diagnóstico siendo similar a la frecuencia de estudios mencionados previamente, y la mayoría refirió percibir miedo por algo amenazante en su vida por el hecho de estar hospitalizados sin saber el motivo.

Aproximadamente 50% de las personas con cáncer presentan una reacción normal y adaptación al inicio de la enfermedad, pacientes hospitalizados presentan trastornos de adaptación (32%), trastornos depresivos (6%), trastornos mentales

orgánicos (4%), trastornos de la personalidad (3%) y trastornos de ansiedad (2%).³³ Sin embargo, otros estudios encontraron que un 65% de los adolescentes presenta diagnóstico psiquiátrico, de ellos 46% con trastornos adaptativos, 42% con episodios depresivos y un 12% con trastorno de ansiedad generalizada, incluyendo primordialmente manifestaciones ansiosas depresivas, irritabilidad, preocupación excesiva y rabia. Siendo importante destacar que en estos estudios no se investigó el conocimiento o no del diagnóstico de enfermedad oncológica.^{36, 37, 38, 39}

Con respecto a los hallazgos: medir la proporción de individuos que enferman en un periodo de tiempo concreto con síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes con conocimiento del diagnóstico de cáncer y pacientes no informados acerca del diagnóstico, el análisis de los resultados nos indican una frecuencia de síntomas elevados de ansiedad y depresión con severidad clínica compatible a un trastorno de ansiedad y depresión para cada grupo. Observando los estudios internacionales encontramos que la depresión en pacientes con cáncer alcanza cifras del 40%, y la ideación suicida aproximadamente 10% (vinculándose a estados depresivos) de la población, información que contrasta con nuestro estudio, donde encontramos menores niveles de depresión, sin embargo, las entidades de salud han realizado un llamado a la atención integral e integrada por parte de profesionales, dirigiendo las intervenciones en la detección temprana del malestar emocional y trastornos emocionales, ya que esta población que enferma de cuadros depresivos son pacientes estudiados a largo plazo y no en etapas tempranas de la enfermedad, por lo que varias investigaciones se plantean tomar en cuenta que desde los recursos personales se deben abordar planes de intervención que no se desliguen de variables demográficas y clínicas para el aumento del apoyo social y estrategias de afrontamiento, entendiendo que, cuando se utilizan estrategias evitativas aumenta la probabilidad de generación de malestar a nivel psicológico; tal como lo es el no otorgar la información adecuada acerca de la enfermedad que padece el individuo^{30, 40}, así mismo, en estos estudios donde se evaluó la frecuencia de depresión en pacientes con cáncer, tampoco se tomó en cuenta el conocimiento del diagnóstico y la información recibida acerca de su enfermedad.

Así mismo, a mayor edad se evidencia más ansiedad y perturbación del estado de ánimo, lo que se puede observar también en nuestro estudio siendo mayor los cuadros de ansiedad y depresión en población de 15 años en adelante.⁴¹ La depresión afecta entre el 15% y el 25% de los pacientes a quienes se les diagnostica el cáncer y a sus familiares, siendo más frecuente en los adolescentes que en los niños,⁴¹ lo que corrobora nuestro estudio, ya que a pesar de ser menor la presencia de depresión en aquellos individuos que conocen la información de su diagnóstico, también el 37% de los que fueron informados desarrolló cuadros de depresión leves.

Investigaciones realizadas demuestran una baja relación entre suicidio e información de diagnóstico de cáncer,³⁰ síntoma que fue evaluado en nuestra población, donde ningún individuo presentó intento de suicidio y la ideación suicida tuvo un porcentaje bajo del 26% en la población estudiada.

En un estudio cuantitativo correlacional de 75 madres de niños con cáncer se encontró que el afrontamiento y el hablar de la enfermedad moderó las asociaciones positivas entre el cáncer con la ansiedad y la depresión, siendo menores cuando el afrontamiento activo incluía hablar del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad⁴², lo mismo que observamos en nuestro estudio ya que en la primera evaluación ante la escasa información de diagnóstico de cáncer, mayor fue el porcentaje de ansiedad y depresión, los cuales disminuyeron cuando se aumentó la cantidad de individuos que conocieron su diagnóstico.

Li y colaboradores en un estudio cualitativo descriptivo realizaron entrevistas semiestructuradas a 98 niños de 2 unidades de oncología de Hong Kong, donde concluye que existe un elevado nivel de ansiedad inicial, más de la mitad de los niños presentaron síntomas depresivos durante la estancia hospitalaria, sin embargo, todos los niños expresan tristeza y preocupación aunque no necesariamente desarrollen un trastorno, mismo resultado presentamos en nuestro estudio.⁴³

En otro estudio cuantitativo correlacional y otro estudio similar se aplicaron cuestionarios de ansiedad y depresión a 65 participantes y se observó que existe

una relación negativa estadísticamente significativa entre la ansiedad y el tiempo de diagnóstico^{44, 45}, lo que si contrastó en nuestro estudio ya que al mes de diagnóstico cuando se les comunicó acerca de su enfermedad la ansiedad disminuyó significativamente y en aquellos no informados aumentó, pasando de ser cuadros de ansiedad moderada a cuadros de ansiedad severa.

En relación a los resultados obtenidos la hipótesis planteada cumple la predicción donde se observa que el conocimiento del diagnóstico de enfermedad oncológica en adolescentes hospitalizados en un Hospital de tercer nivel disminuye los síntomas de ansiedad y depresión comparado con los pacientes que desconocen su diagnóstico; por lo que parecería que la información del diagnóstico juega un papel protector para disminuir la aparición de ambos trastornos afectivos. Se requiere hacer un análisis comparativo con una población mayor para demostrar el tamaño del efecto por lo que sería pertinente hacer estudios que evalúen el fenómeno y comportamiento de los síntomas a los tres meses con el fin de ver la persistencia de los síntomas y poder determinar su importancia como trastorno mental que pudiera influir en el pronóstico del paciente.

Los niños con cáncer que reciben quimioterapia han mostrado estar más expuestos a la depresión que los niños sanos o que padecen otras enfermedades crónicas, así mismo, problemas como la ansiedad son más comunes en el momento del diagnóstico y la depresión suele ser más común luego del primer año,⁴¹ por lo que tal vez el tiempo de seguimiento en nuestro estudio es corto, para identificar si realmente estos cuadros de ansiedad y depresión persisten en el tiempo o se desarrollan posterior al año de diagnóstico en aquellos pacientes que no fueron informados o que a pesar de la información de su enfermedad desarrollarán síntomas de ansiedad y depresión que integren un trastorno mental, sin embargo, este estudio tiene la fortaleza de evaluar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en momentos iniciales del diagnóstico de la enfermedad y la frecuencias de los mismos una vez teniendo conocimiento del diagnóstico de enfermedad oncológica, que otros estudios no han incluido.

Por lo que concluimos que la salud mental y la física tienen una relación bidireccional observando la importancia de conocer las manifestaciones psicológicas y emocionales que se pueden presentar en el transcurso del tratamiento, así como los trastornos mentales en estos adolescentes, como parte del proceso de adaptación, lo que nos muestra la necesidad de un abordaje multidisciplinario, donde lo psicosocial juegue un papel fundamental, para de esa manera evitar que las manifestaciones o reacciones psicológicas consideradas normales para la situación, se conviertan en trastornos mentales, con las consecuencias que esto conlleva, como por ejemplo una mayor dificultad para adaptarse a la enfermedad y una importante disminución en la calidad de vida de estos adolescentes, lo que hace énfasis en la prevención y el apoyo psicológico desde el momento del diagnóstico.

Como beneficios se espera que con este estudio los psicólogos y psiquiatras que trabajan en esta área puedan evaluar precozmente las necesidades psicosociales, el tratamiento de las alteraciones psicológicas asociadas a la enfermedad neoplásica, orientación a los familiares, rehabilitación psicológica y social de pacientes con padecimientos oncológicos, apoyo a pacientes y familiares, y mejorar las habilidades comunicativas y la interacción de los miembros de los equipos de salud con pacientes y familiares, y sobre todo fomentar la adherencia al tratamiento desde el inicio del diagnóstico de su enfermedad.

Así mismo, se espera que este estudio sirva como preámbulo para futuras investigaciones, una vez conocida la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adolescentes que conocen el diagnóstico de su enfermedad, ahora se pueda estudiar si realmente existe relación clínicamente significativa entre la frecuencia de los trastornos de ansiedad y depresión y el conocimiento de la enfermedad oncológica, mismo que los autores pretendemos continuar ampliando el tiempo de seguimiento de los individuos estudiados.

CONCLUSIONES.

Nuestro estudio muestra una menor frecuencia de síntomas ansioso depresivos en los pacientes que fueron informados sobre su diagnóstico, lo cual parecería ser un factor de protección.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	JUL 21	AG 22	SEPT 21	OCT 21	NOV 21	DIC21	ENE 22	FEB22	MAR 22	AB 22	MAY 22	JUN 22	JUL 22	AG 22
Recuperación de información	X	X	X											
Diseño de protocolo	X	X												
Aplicación de instrumento de evaluación				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Organización de datos						X	X	X	X	X	X	X	X	
Revisión de datos											X	X	X	
Resultados												X	X	
Análisis de resultados													X	
Discusión													X	
Conclusión														X
Envío														X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. López Ibor MI. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *An Med Interna (Madrid)* 2007; 24: 209-211.
2. Hernández Pérez, Encarnación, Rabadán Rubio, José Antonio, *La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada.* Perspectiva Educativa, Formación de Profesores [Internet]. 2013; 52 (1): 167-181.

3. Inostroza Quezada Carolina, Correa Venegas María Loreto, Besoain Arrau Carolina, Reinoso Medinelli Alejandro, Velarde Lizama Macarena, Valenzuela Mujica María Teresa et al. The transition process from pediatric to adult services: A perspective from hospitalised adolescent sufferers of chronic diseases. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2016 Abr [citado 2021 Abr 19]; 87(2): 110-115
4. Gómez-Rico, Pérez-Marín, & Montoya-Castilla, 2014; Pérez-Marín, Gómez-Rico, & Montoya-Castilla, 2015.
5. Pérez-Marín et al., 2015; Quitmann, Bullinger, Sommer, Rohenkohl, & Da Silva, 2016.
6. Laura Lacomba-Trejo, Selene Valero-Moreno, Sara Casaña-Granell, Marián Pérez-Marín, & Inmaculada Montoya-Castilla. Enfermedad crónica pediátrica: estudio comparativo de los niveles de ansiedad, depresión y autoestima. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* Vol. 5. Nº. 3, septiembre 2018, pp48-53.
7. 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.
8. 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.
9. López C Minijay, Salas G Ruth. Importance of family support, psycho-social and community in adolescent with diagnosis of steosarcoma. *Comunidad y Salud* [Internet]. 2015 Dic [citado 2021 Abr 19]; 13(2): 60-65. 32932015000200008&lng=es.
10. Butragueño Laiseca Laura, González Martínez Felipe, Oikonomopoulou Niki, Pérez Moreno Jimena, Toledo del Castillo Blanca, González Sánchez María Isabel et al. Percepción de los adolescentes sobre el ingreso hospitalario: Importancia de la humanización de los hospitales infantiles. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2016 Oct [citado 2021 Abr 18]; 87(5): 373-379.
11. López Ibor MI. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *An Med Interna (Madrid)* 2007; 24: 209-211.

12. José de Jesús Vargas Flores, Erick García Sánchez, Edilberta Joselina Ibáñez Reyes. ADOLESCENCIA Y ENFERMEDADES CRÓNICAS: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA TEORÍA DE LA DIFERENCIACIÓN Vol. 14 No 1 marzo de 2011. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Profesionales Iztacala Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 14, (1), 2011.
13. Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado (Sèrie A- Document A 2-25/86-14 abril de 1986) URL disponible en: <http://www.cnice.mecd.es/proyectos/aulahosp/derechos.htm> [consulta 12 sept. 2005].
14. Spinetta JJ. The sibling of the child with cancer. En: Spinetta JJ. Living with childhood cancer. St. Louis USA: Mosby; 1981. p. 172-175.
15. Mariel A. Juárez Castelán, Mario E. Rojas Rusell, Juan Jiménez Flores y Edgar Jiménez Hernández. Relación entre Depresión y Ansiedad en Pacientes con Enfermedades Crónicas: Un Estudio Transversal Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM Vol.5, No.10. 2015.
16. Méndez V. Intervención emocional y conductual para el niño con cáncer y su familia. Gamo 2010; 4 (3): 60-64.
17. Ruiz Pérez, J. et al. Análisis e incidencias del Cáncer Infantil en México con aplicación de Minería de Datos. Número Especial de la Revista Aristas: Investigación Básica y Aplicada. ISSN 2007-9478, Vol.6, Núm. 12. Año 2018.
18. Ezquerro Lillo, P. Estudio observacional: Estrategias de afrontamiento de los adolescentes con Leucemia Linfoblástica Aguda: diferencias entre el primer diagnóstico y la recidiva. UNESCO:32 Medicina:3207 Patología:320713 Oncología UNESCO::61 Psicología::6102 Psicología del niño y del adolescente
19. Butragueño Laiseca Laura, González Martínez Felipe, Oikonomopoulou Niki, Pérez Moreno Jimena, Toledo del Castillo Blanca, González Sánchez María Isabel et al. Percepción de los adolescentes sobre el ingreso hospitalario: Importancia de la humanización de los hospitales infantiles. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2016 Oct [citado 2021 Abr 18]; 87(5): 373-379.

20. López Jaime m. "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". unidad de investigación en salud de la UMAE hospital de pediatría CMN siglo XXI. 2015.
21. 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.
22. BucherR, RodavalhoJC, Ferreira TC. Influences and psychological structures in breast cancer. *Acta PsiquiatrPsicol Am Lat* 1986; 24 (3): 32-34
23. Colina C. nivel de ansiedad y factores asociados a la hospitalización de niños y adolescentes. 2018, 24 (3): 32-33-
24. Valero-Moreno Selene, Lacomba-Trejo Laura, Casaña-Granell Sara, Prado-Gascó Vicente Javier, Montoya-Castilla Inmaculada, Pérez-Marín Marian. Propiedades psicométricas del cuestionario de percepción de amenaza de la enfermedad crónica en pediatría. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2020.
25. Silva Osorio L, et al. Intervención en crisis en adolescentes con cáncer y familiares que los acompañan en el proceso. Universidad Cooperativa de Colombia Primeros auxilios psicológicos (PAP) Faculta de psicología 2018-II.
26. Ramírez S. Ponce J. Prevalencia de depresión asociada a enfermedad crónica en escolares y adolescentes. Tesis de Pediatría. HPCMN SXXI. 2005
27. American Psychiatric Association. *Psychiatric Self Assessment and Review. Autoevaluación y actualización.* Barcelona España 2000.
28. Cabrera Macías, Yolanda, López González, Ernesto, López Cabrera, Ernesto, & Arredondo Aldama, Bárbara. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127. Recuperado en 27 de julio de 2022,
29. Pintado, M Factores de resiliencia en niños y adolescentes con cáncer y su relación con el género y la edad, *Ciencias Humanas y de la Conducta, Ciencia Ergo Sum*, 2017, vol. 24, núm. 2, Julio-Octubre, ISSN: 1405-0269

30. Medina-Pérez V, Gil-Pérez P, Abeledo-Alfonso A. La conspiración de silencio: derecho del paciente con cáncer a conocer la verdad. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2017 [citado 2022 Jul 25]; 7(1)
31. Guillén Guillén, Elena , & Ruíz Fernández, M^a Isabel , & Gordillo Montaña, M^a José , & Gordillo Gordillo, M^a Dolores (2014). PROCESOS ONCOLÓGICOS, COMUNICACIÓN FLEXIBLE EN LA FAMILIA. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1),79-85.
32. Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. Conspiracy of silence: a barrier in the physician, patient and family communication. Nataly R. Espinoza-Suárez 1,2,a, Carla Milagros Zapata del Mar3,b, Lina Andrea Mejía Pérez4,c *Rev Neuropsiquiatr* 80 (2), 2017
33. *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)* 2000; 46 (3). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras José de Jesús Almanza-Muñoz,* , ** Jimmie C Holland*** artículo de revisión.
34. González-M.(2019). Significación del duelo en niños frente a una enfermedad oncológica en la ciudad de Cali (Trabajo de grado Psicología). Universidad de San Buenaventura Colombia, Facultad de Psicología, Cali
35. *REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD* 2018, VOL. 9, NO. 2, 230-236 <https://doi.org/10.20318/recs.2018.4501> Conspiración de silencio: ¿ayuda o agonía? Conspiracy of silence: aid or agony? Noelia Manjón Tortolero. Departamento de Periodismo y Comunicación Audiovisual, Universidad Carlos III de Madrid, España
36. RODRIGUEZ, Valentina; SANCHEZ, Claudia; ROJAS, Nilda y ARTEAGA, Reina. Prevalencia de trastornos mentales en adolescentes con cáncer. *Rev. venez. oncol.* [online]. 2009, vol.21, n.4, pp.212-220. ISSN 0798-0582.
37. LOPEZ IBOR, M. I.. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *An. Med. Interna (Madrid)* [online]. 2007, vol.24, n.5, pp.209-211. ISSN 0212-7199.

38. Ansiedad y Depresión en Pacientes Oncológicos 1 Relación entre niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos Autores Andrea Carolina Jaimes Tami Laura Lorena Ramírez Rodríguez Angie Paola Romero Mejía Universidad Cooperativa de Colombia Programa Psicología Bucaramanga 2020.
39. Cavuşoğlu H. Depression in children with cancer. *J Pediatr Nurs.* 2001; 16(5):380-5.
40. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 2019, vol. 38, núm. 5, ISSN: 0798-0264 PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto 484 Artículos Desafíos terapéuticos y funciones de las redes de apoyo en los esquemas de intervención del cáncer □erapeutic challenges and functions of support networks in cancer intervention schemes Jesús-Oreste Forgiony-Santos
41. Velásquez Silva, Sandra, & Zuluaga Sarmiento, Lina (2015). FACTORES RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER Y PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN SU DETECCIÓN. *Duazary*, 12(2),164-173.
42. Miller KS, Vannatta K, Compas BE, Vasey M, McGoron KD, Salley CG, Gerhardt CA. The role of coping and temperament in the adjustment of children with cancer. *J Pediatr Psychol.* 2009 Nov-Dec; 34(10): 1135-43.
43. Li HC, Chung OK, Chiu SY. The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial wellbeing. *Cancer Nurs.* 2010 Jan-Feb; 33(1):47-54.
44. Cabrera P, Urrutia B, Vera V, Alvarado M, Vera P. Ansiedad y depresión en niños diagnosticados con cáncer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 2005; 10(2): 115-124.
45. Kersun LS, Rourke MT, Mickley M, Kazak AE. Screening for depression and anxiety in adolescent cancer patients. *J Pediatr Hematol Oncol.* **2009 Nov; 31(11):835-9.**

ANEXO 1

HOJA DE REGISTRO.

Folio. _____

Fecha. _____

1. Datos sociodemográficos.

Edad. _____	Sexo. _____	Nivel de escolaridad. _____
-------------	-------------	-----------------------------

Lugar de residencia. _____

Tel. (casa) _____ Celular. _____

2. Antecedentes de importancia.

Antecedentes heredo familiares.	ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS Y/O PSIQUIÁTRICAS. _____
	ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS. _____
	ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS. _____

Antecedentes personales no patológicos.	Con quien vive. _____
Antecedentes personales patológicos.	Enfermedades diagnosticadas. _____ Cirugías previas, fracturas, transfusiones, TCE. _____
TIPO DE FAMILIA.	

3. Información acerca del diagnóstico.

Fecha de diagnóstico de enfermedad. _____

Tipo de enfermedad oncológica. _____

Quién le informó. MADRE () PADRE () OTRO ()

Primera reacción de los padres. _____

Primera reacción del paciente. _____

ANEXO 2.

Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS- P)

SU NOMBRE..... FECHA.....

NOMBRE DE SU HIJO/A.....

Debajo tiene una lista de ítems que describen a los niños. En cada ítem señale la respuesta que mejor describe a su hijo. Por favor, conteste a todos los ítems.

1	Hay cosas que preocupan a mi hijo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
2	A mi hijo le da miedo la oscuridad	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
3	Cuando mi hijo tiene un problema se queja de tener una sensación extraña en su estómago	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
4	Mi hijo se queja de tener miedo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
5	Mi hijo tendría miedo si se quedara solo en casa	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
6	Mi hijo siente miedo cuando tiene que hacer un examen	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
7	A mi hijo le da miedo usar aseos públicos	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
8	Mi hijo se preocupa por estar lejos de mí/nosotros	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
9	A mi hijo le da miedo hacer el ridículo delante de la gente	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
10	A mi hijo le preocupa hacer mal el trabajo de la escuela	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
11	A mi hijo le preocupa que algo malo le suceda a alguien de nuestra familia	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
12	Mi hijo se queja de que de repente siente que no puede respirar sin motivo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
13	Mi hijo tiene que comprobar que ha hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave)	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
14	A mi hijo le da miedo dormir solo.	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
15	A mi hijo le cuesta ir al colegio por las mañanas porque se siente nervioso o con miedo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
16	Mi hijo tiene miedo de los perros	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
17	Mi hijo no puede dejar de pensar en cosas malas o tontas	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
18	Cuando mi hijo tiene un problema se queja de que su corazón late muy fuerte	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
19	Mi hijo de repente empieza a temblar sin motivo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
20	A mi hijo le preocupa que algo malo pueda sucederle	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
21	A mi hijo le da miedo ir al médico o al dentista	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
22	Cuando mi hijo tiene un problema se siente nervioso	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
23	A mi hijo le dan miedo los lugares altos (por ejemplo, estar en lo alto de un acantilado)	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre

24	MI hijo tiene que pensar en cosas especiales (por ejemplo en números o palabras) para evitar que le pase algo malo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
25	A mi hijo le da miedo viajar en coche, autobús o tren	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
26	A mi hijo le preocupa lo que otras personas piensan de él	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
27	A mi hijo le da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques)	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
28	De repente mi hijo tiene mucho miedo sin motivo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
29	A mi hijo le dan miedo los insectos o las arañas	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
30	MI hijo se queja de sentirse mareado o débil de repente sin motivo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
31	A mi hijo le da miedo tener que hablar delante de sus compañeros de clase	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
32	MI hijo se queja de que de repente su corazón empieza a latir muy rápido sin motivo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
33	A mi hijo le preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
34	MI hijo tiene miedo de estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas)	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
35	MI hijo tiene que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarse las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado)	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
36	A mi hijo le molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en su mente	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
37	MI hijo tiene que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
38	A mi hijo le daría miedo pasar la noche lejos de casa	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre

39 ¿Hay algo más que realmente le dé miedo a su hijo? Sí No

Escriba qué es y señale con qué frecuencia tiene miedo a eso:

.....	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
.....	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
.....	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
.....	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre

ANEXO 3.

7.6 CUESTIONARIO - CDI-

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

1. Estoy triste de vez en cuando.
 Estoy triste muchas veces.
 Estoy triste siempre.
 2. Nunca me saldrá nada bien
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
 Las cosas me saldrán bien
 3. Hago bien la mayoría de las cosas.
 Hago mal muchas cosas
 Todo lo hago mal
 4. Me divierten muchas cosas
 Me divierten algunas cosas
 Nada me divierte
 5. Soy malo siempre
 Soy malo muchas veces
 Soy malo algunas veces
 6. A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 Me preocupa que me ocurran cosas malas.
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
 7. Me odio
 No me gusta como soy
 Me gusta como soy
 8. Todas las cosas malas son culpa mía.
 Muchas cosas malas son culpa mía.
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
 9. No pienso en matarme
 pienso en matarme pero no lo haría
 Quiero matarme.
 10. Tengo ganas de llorar todos los días
 Tengo ganas de llorar muchos días
 Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
 11. Las cosas me preocupan siempre
 Las cosas me preocupan muchas veces.
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
 12. Me gusta estar con la gente
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 No quiero en absoluto estar con la gente.
 13. No puedo decidirme
 Me cuesta decidirme
 Me decido fácilmente
 14. Tengo buen aspecto
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
 Soy feo
 15. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
 16. Todas las noches me cuesta dormirme
 Muchas noches me cuesta dormirme.
 Duermo muy bien
 17. Estoy cansado de cuando en cuando
 Estoy cansado muchos días
 Estoy cansado siempre
 18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 Muchos días no tengo ganas de comer
 Como muy bien
 19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
-

20. Nunca me siento solo.
 Me siento solo muchas veces
 Me siento solo siempre
21. Nunca me divierto en el colegio
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
 Me divierto en el colegio muchas veces.
22. Tengo muchos amigos
 Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
 No tengo amigos
23. Mi trabajo en el colegio es bueno.
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24. Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
 Soy tan bueno como otros niños.
25. Nadie me quiere
 No estoy seguro de que alguien me quiera
 Estoy seguro de que alguien me quiere.
26. Generalmente hago lo que me dicen.
 Muchas veces no hago lo que me dicen.
 Nunca hago lo que me dicen
27. Me llevo bien con la gente
 Me peleo muchas veces.
 Me peleo siempre.

"Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, luego coloca una marca como una 'X' en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti"

ANEXO 4.

Escala de Evaluación Familiar (APGAR Family)

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Funcionalidad familiar	2 = Casi siempre	1 = Algunas veces	0 = Casi nunca
1. Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando algo le está perturbando.			
2. Está satisfecho (a) del modo en que su familia discute asuntos de común interés y de cómo comparten los problemas para resolverlos.			
3. Encuentra que su familia acepta el que usted asuma nuevas actividades o haga cambios en su estilo de vida.			
4. Está satisfecho (a) del modo en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos, tales como enojo, pena y amor.			
5. Está satisfecho (a) con la cantidad de tiempo que su familia y usted comparten juntos.			

Fuente: Delvecchio G M, Silkstein G. et. al. "The Family Apgar Index: A study o construct validity. The Journal of family practie. 1979 8(3): 577-582. / Kane R, Kane R. "Evaluación de las necesidades en los ancianos", Madrid: Fundación: Caja de Madrid, 1993:163-164. / ENEP "ZARAGOZA" "Manual para el Uso y llenado del Expediente Clínico Orientado por Problemas de la ENEP Zaragoza", Material Didactico. / Torres G M, Marcos G M, Arteaga M M. "Valoración Social" en: Guillén LF, Pérez del Molino M J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson, 1994:94.

ANEXO 5.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA CMN SIGLO XXI

Protocolo aprobado por el comité local de investigación y ética del hospital. Registro No: _____

Ciudad de México a _____ del _____ 2021

Se les invita a usted y a su hijo (a) _____ a participar voluntariamente en el estudio de investigación, "***Relación entre el conocimiento del diagnóstico de enfermedad oncológica y la frecuencia de síntomas del espectro de ansiedad y depresión en adolescentes hospitalizados del Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI.***"

Antes de que usted y su hijo decidan participar en el estudio, por favor lea este consentimiento cuidadosamente y haga todas las preguntas que tenga para asegurarse de entender los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta carta.

El objetivo del estudio es: Comparar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes hospitalizados en el Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI con conocimiento del diagnóstico de enfermedad oncológica y pacientes no informados acerca del diagnóstico.

Se me ha explicado que nuestra participación consistirá en: Proporcionar información sobre datos personales, como nombre, edad, escolaridad, diagnóstico, si el paciente conoce el diagnóstico de su enfermedad.

Mi hijo (a) contestará el Cuestionario de Depresión Infantil que tiene una duración aproximada de 10 minutos y la Escala de Ansiedad de Spence que tiene una duración aproximada de 15 minutos, instrumentos que son auto-cuestionarios.

Yo, padre de familia, contestaré la Escala de Funcionamiento Familiar APGAR FAMILIAR, la cual consta de 5 preguntas con una duración aproximada de 5 minutos.

Se les solicitará el llenado de estos instrumentos de evaluación al inicio posterior a aceptar el consentimiento informado firmado a los 7 días del diagnóstico, al mes y a los 3 meses del diagnóstico.

Procedimientos del estudio:

Después de leerse el consentimiento informado, habiéndose aclarado las dudas y haberlo firmado, se procederá a la obtención de datos generales y a la aplicación de los cuestionarios mencionados. Los datos se manejarán de manera anónima, exclusivamente por los investigadores principales, de modo que ni su hijo ni usted serán identificados en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio. Los resultados de los cuestionarios se comentarán con ustedes, si así lo solicitan. En caso de encontrar ansiedad y/o depresión, serán informados oportunamente y su paciente recibirá la atención necesaria por el servicio de Salud Mental de este Hospital si ustedes así lo deciden, este servicio se encuentra en el área de la consulta externa del 2º piso, en los consultorios del 19 y 21, teléfono 56276938.

Los riesgos y beneficio del estudio incluyen:

Los posibles riesgos e inconvenientes, derivados de la participación de su hijo (a) son: el tiempo que le tomará en contestar el cuestionario o reacciones de preocupación, misma que son poco frecuentes y se atenderán de forma inmediata por él investigador en caso de que se presenten; el beneficio será la contribución al conocimiento científico y la atención oportuna de Salud Mental para quienes presenten ansiedad o depresión, o tengan riesgo de desarrollarla.

Aceptación de participación:

Declaramos que se nos ha informado sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. Entendemos que conservamos el derecho de retirar a nuestro hijo (a) del estudio en cualquier momento en que lo consideremos conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibe nuestro hijo (a) o nuestra familia por parte del Instituto.

Los investigadores responsables del estudio son el Dr. Leonel Jaramillo Villanueva y el Dr. Fernando Martínez Gallardo, ambos se pueden localizar en consulta externa de Salud Mental, de lunes a viernes de 8 a 14 horas. En caso de dudas, favor de comunicarse a la comisión nacional de ética, al número 5487- 2760

Nombre y firma del padre o tutor

Testigo nombre y firma

Nombre y firma del Investigador Responsable

Testigo nombre y firma

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA CMN SIGLO XXI**

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha _____

Por medio de este formato se te invita a participar en este estudio con el objetivo de identificar y comparar la frecuencia del desarrollo de algún trastorno de ansiedad y/o depresión en adolescentes con reciente diagnóstico de enfermedad. Si aceptas participar, se llevarán a cabo las siguientes actividades:

Se te darán dos cuestionarios para que los leas y contestes con apoyo del entrevistador, de acuerdo a lo que tú sientes y piensas: la escala de Ansiedad de Spence y el Cuestionario de Depresión Infantil, el tiempo aproximado de respuesta está calculado de 20 a 30 minutos.

Los beneficios para participar en este estudio son:

Después de analizar los resultados de cada cuestionario, en caso de encontrar síntomas de ansiedad y/o depresión, si estás de acuerdo se te enviará al servicio de Salud Mental con la finalidad de evaluar si es necesario que recibas tratamiento para mejorar tus síntomas.

Los posibles riesgos o inconvenientes, para ti, únicamente radican en el tiempo que se requiere para el llenado del cuestionario y la preocupación por responderlo, ten en cuenta que tu ayuda aportará para la obtención de conocimiento científico.

Toda la información que nos proporciones será usada con respeto y confidencialidad.

Las dudas que tengas en relación con este estudio y tu participación serán respondidas por: Dr. Leonel Jaramillo Villanueva y el Dr. Fernando Martínez Gallardo. Nos puedes encontrar en consulta externa de Salud mental de 8 a 14:00 horas.

Si aceptas participar por favor anota tu nombre a continuación:

Nombre del paciente: _____

Nombre y firma del testigo: _____

Nombre, firma y matricula del investigador responsable: _____

