

11241  
2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TITULO

ADAPTACION PSICOSOCIAL Y CALIDAD DE VIDA DE MENORES CON  
CANCER Y SU RELACION CON LA DEPRESION EN SUS MADRES.

ALUMNO

JESUS ANTONIO ACOSTA LOPEZ

TUTOR TEORICO

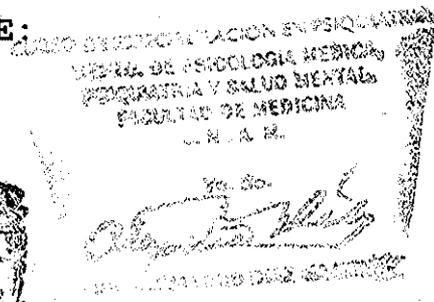
DR. JUAN MANUEL SAUCEDA GARCIA  
Jefe Dpto. Salud Mental  
Hospital de Pediatría CMN SXXI

TUTOR METODOLOGICO

DRA. MA. LUISA CUEVAS URIOTSEGUI  
Adscrita al servicio de  
investigación médica en  
Epidemiología clínica

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

" ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA "



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

México D.F.

Año: 2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

\* CON CARIÑO PARA MI FAMILIA Y COMPAÑEROS  
DE ESPECIALIZACIÓN, EN ESPECIAL PARA  
MI ESPOSA Y COMPAÑERA ARACELY RODRIGUEZ  
MARQUEZ POR TOLERAR LA SEPARACIÓN EN  
EL TIEMPO Y LA DISTANCIA.

\* MANIFIESTO MI GRATITUD POR SU  
ASESORAMIENTO Y APOYO EN LA  
REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO A MIS  
MAESTROS Y TUTORES DURANTE EL CURSO  
DE LA ESPECIALIZACIÓN.

## INDICE

- I ANTECEDENTES
- II OBJETIVOS
- III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- IV MATERIAL Y METODOS
- V REULTADOS
- VI DISCUSIÓN
- VII ANEXOS
- VIII BIBLIOGRAFIA

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la relación que existe entre la calidad de vida, y la adaptación psicosocial de menores con cáncer y su relación con la depresión materna.

**MÉTODOS:** El estudio se efectuó en 30 pacientes de 9 a 17 años, 21 hombres y 9 mujeres portadores de cáncer inactivo, así como en sus madres, en la consulta externa de Oncología del H.P. C.M.N. S. XXI. Se excluyó a los niños con actividad tumoral. La ausencia de actividad tumoral se determinó mediante clínica, fórmula blanca con ausencia de basófilos y radiografías de rastreo de metástasis óseas. Se les aplicó la escala de Columbia (CIS) para la adaptación psicosocial, y el APGAR familiar para medir la funcionalidad familiar. A las madres se les aplicó el cuestionario de Depresión de Beck y el instrumento para medir la calidad de vida. Los análisis estadísticos fueron descriptivos de tendencia central, tablas de frecuencia y porcentaje y pruebas no paramétricas (estadístico exacto de Fisher).

**Resultados:** Este estudio reportó una frecuencia del 26.7% de sintomatología depresiva en las madres, y en los pacientes una adaptación psicosocial deficiente en el 43.3% con prueba exacta de Fischer ( $p = 0.018$ ), con calidad de vida afectada o mala en el 50%. La tendencia de relación de la depresión de la madre con la adaptación psicosocial del paciente, no significativo así como en el funcionamiento de la familia, al tratar de establecer la calidad de vida del paciente con la depresión de la su madre, se encontró estadísticamente significativa con lo cual se comprobó la hipótesis principal del estudio.

**Palabras clave:** Depresión, calidad de vida, funcionamiento de la familia, adaptación psicosocial, cáncer.

## ANTECEDENTES

Las enfermedades crónicas dan origen a incapacidades, pérdida de eficiencia laboral, necesidad de cuidado médico, y tal vez plenitud de vida. Afectan todas las esferas de la existencia: la escuela, el trabajo, las obligaciones sociales, la vida familiar. La enfermedad no es un accidente, es una alteración vital(1).

Las neoplasias en pediatría, tanto como su tratamiento, han sido asociadas con un número de secuelas a largo plazo que afectan el bienestar de los pacientes ya curados, considerando la intensidad de los tratamientos actuales y la vulnerabilidad del crecimiento del niño. Ante esta circunstancia, uno de los aspectos que más preocupa a los médicos es el bienestar biopsicosocial del individuo y su familia(2).

La valoración del funcionamiento psicosocial es frecuentemente utilizada para complementar la información médica, pues revela el impacto de la enfermedad sobre el paciente. La pérdida de la función está generalmente relacionada a los efectos acumulativos del proceso de enfermedad sobre el estado físico, psicológico y social. En este tipo de pacientes es necesario conocer su calidad de vida, entendiéndose por ésta a los factores necesarios para que el paciente con enfermedad crónica pueda desempeñar las actividades de su vida diaria en el ámbito familiar y social con el mejor estado físico y mental posible que le permita su enfermedad(3).

El concepto de calidad de vida no puede ser descrito fácilmente ya que se refiere a un sistema de valores, estándares o perspectivas, que varían de persona a persona, grupo a grupo y de lugar a lugar(4).

En general, el concepto de calidad de vida ha sido utilizado para reunir una serie de componentes de una percepción subjetiva de bienestar tales como: funcionamiento de la vida diaria, productividad, desempeño social, capacidad intelectual y estabilidad emocional(5).

En los pacientes con enfermedad crónica se ha encontrado que el funcionamiento familiar se encuentra alterado, y esto es entendible ya que un paciente pediátrico depende de los padres para su atención y traslado, para su manejo médico, limita el desempeño de las funciones diarias de los individuos del núcleo familiar, lo que repercute en el

terreno económico, en el social y puede generar conflictos intra familiares(4).

Por otro lado, la familia es una unidad biopsicosocial y tiene un comportamiento como tal frente a la salud y la atención sanitaria, de manera que, mediante la transmisión de creencias y de valores de padres a hijos, todo el proceso que acontece desde que se reconoce una enfermedad hasta que se cura o desaparece está influida por las decisiones que se adoptan en el seno del grupo familiar(6).

Se define a la familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones, y es por tanto normofuncional. Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno(7).

El equilibrio funcional de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias, y este hecho puede producir manifestaciones patológicas en algún miembro de la familia y producir una crisis familiar(8).

La prevalencia de los trastornos depresivos, en la ciudad de México incluyendo los episodios depresivos y la distimia, durante la vida de la población adulta de 18-65 años, es de 12% (9). En EE.UU., estudios en el área de captación epidemiológica de Los Ángeles, California, mostraron en México-americanos una tasa de 3.8% en hombres y 6.3% en mujeres. Se encontraron resultados similares en estudios de Puerto Rico(10, 11).

En Santiago de Chile dieron un 11.3% de prevalencia de depresión durante la vida de las personas por arriba de 15 años. En Concepción se observaron resultados similares (12, 13).

Otros estudios han reportado la prevalencia de los episodios depresivos que varían de 2.6% a 5.5% en los hombres y de 6.0% a 11.8% en las mujeres(14). La edad de presentación con más frecuencia es de los 20 a 30 años, en promedio de 2 mujeres por cada hombre(9).

Entre las condiciones asociadas a la presencia de enfermedad médica crónica han destacado la disfuncionalidad familiar y la presencia de trastornos depresivos en primer grado y el alcoholismo y abuso de sustancias en segundo grado la depresión materna ha sido identificada como factor de riesgo para la presencia de cuadros depresivos en sus hijos(15).

Diversos estudios han mostrado que hay un mayor riesgo, al menos dos veces más, entre los familiares de primer grado de los probandos con depresión, que en los familiares de los controles(16,17).

Así mismo los hijos de los padres con depresión, presentan un incremento de hasta 3 veces más probabilidades de sufrir algún tipo de trastorno específico, principalmente depresión, en comparación con los niños controles normales (18).

Los adultos deprimidos frecuentemente muestran pobres habilidades como padres, así como otros defectos en el funcionamiento social. A mayores niveles de sintomatología depresiva en el adulto, hay una asociación significativa con la presencia y severidad de sintomatología psíquica en los niños(19,20).

La disfunción familiar y la psicopatología infantil están muy en relación una con la otra; la sobreprotección, rechazo o psicopatología de la madre con frecuencia están directo o indirectamente relacionada con dificultades en los roles familiares y en el cuidado de los hijos(21).

Un estudio sobre la importancia que tiene el funcionamiento familiar en la adaptación de madres de niños con cáncer reporta que a mejor funcionamiento de la familia será menos la Psicopatología que presenta la madre. Así mismo, la posibilidad de que la salud en la familia se vea alterada tiene una influencia directa sobre los recursos intra psíquicos y la adaptación materna(22).

En otro estudio realizado en Tennessee se encontró una prevalencia de depresión en madres de niños con cáncer de un 7 a 8%, empleando la escala de Beck. También se estudió las relaciones conductuales que existía en esos niños hacia sus madres, con las escalas para depresión y conducta del niño e inventario de depresión para niño(23).

## JUSTIFICACION

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de todas las edades de diferentes países, y ha sido reconocida como un problema de salud pública(24,25,26,27).

En nuestro medio, gran parte del apoyo social funcional y estructural se encuentra en la familia. La salud mental y los problemas psíquicos se han relacionado con la función familiar(28).

Desde 1969 contamos con estudios que sugieren que el cáncer provoca un impacto adverso en el ajuste psicológico de los niños y sus familiares(29). Posteriormente, en 1986, otros trabajos continúan reportando que los niños con cáncer presentaron significativamente más problemas psicológicos que otros niños de la comunidad(30). Estudios recientes arrojaron datos que sugieren que las diferencias del número de problemas psicológicos experimentados por niños con cáncer con otros de la comunidad eran relativamente pequeños(31,32,33,34). Parece que existen relaciones triangulares y bidireccionales entre la salud mental, apoyo social y función familiar; no obstante, éstas todavía no han sido suficientemente esclarecidas (35).

Se debe explorar ante la presencia de una enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares que afecten la dinámica familiar, ya que la cooperación y participación de todos los miembros de la familia es indispensable para alcanzar de nuevo el equilibrio psicológico familiar(36).

Aunque algunos resultados son consistentes con reportes de que a largo tiempo de enfermedad, la prevalencia de problemas psicológicos en niños con cáncer y sus padres es similar a los encontrados en los niños de la comunidad en general, también se sabe que la enfermedad incrementa considerablemente el distres experimentado por niños y padres durante el periodo inmediato posterior al diagnóstico de cáncer(37). Por lo que es conveniente continuar investigando cuál es la circunstancia del desajuste psicológico en los padres de los niños con cáncer.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Los factores socioeconómicos, adaptación psicosocial, calidad de vida y la función familiar de menores favorecen depresión en la madre de esos niños con cáncer inactivo?

## **HIPOTESIS**

La depresión de la madre de niños con cáncer inactivo se favorece por los factores socioeconómicos, la adaptación psicosocial, la calidad de vida y el funcionamiento familiar del menor.

## **OBJETIVO**

Determinar si los factores socioeconómicos, adaptación psicosocial, calidad de vida y funcionamiento familiar del menor favorecen la depresión en la madre del niño portador de cáncer que este sin actividad tumoral.

## TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es de tipo prospectivo observacional y transversal.

### Descripción de variables:

#### ° VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Calidad de vida del paciente.
- Adaptación psicosocial del paciente.
- Nivel socioeconómico de la familia.
- Enfermedad oncológica (cáncer)

#### ° VARIABLE DEPENDIENTE:

- Depresión de la madre.

### Definición de variables:

**DEPRESION:** - Entidad clínica caracterizada por un conjunto de signos y síntomas en la que predomina un estado de ánimo deprimido y pérdida de interés o placer en casi todas las actividades; afectivamente hay tristeza, abulia, desesperanza, ansiedad, sentimiento de culpa, de vergüenza y auto desprecio, irritabilidad. En el área cognitiva hay dificultad para concentrarse, disminución del rendimiento intelectual, incapacidad para afrontar o resolver problemas cotidianos, pesimismo, ideas de minusvalía, auto reproches, indecisiones o dudas exageradas, fallas para hacer un juicio realista sobre si mismo, pensamientos obsesivos, ideas de culpa, vergüenza. Conductualmente con aspecto de abatimiento, faltas al trabajo, intensos de suicidio, retardo psicomotor, inhibición en actividades físicas y en el habla o inquietud e hipermovilidad, tendencia al alcoholismo y abuso de fármacos.

En el área psicofisiológica con alteración en el patrón de sueño, cambios del apetito, cambios en el peso corporal, disminución de energía, del deseo sexual, constipación, cefalea, mareos, halitosis. Hay deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Puede oscilar desde el deterioro leve en la actividad hasta la severidad con mayor presentación de síntomas y haber

empeorado significativamente si se compara con el estado de ánimo previo al síndrome. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte de día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. Los síntomas depresivos de la madre en este estudio fueron medidos mediante el inventario de depresión de Beck(38,39).

**CALIDAD DE VIDA:** - Este concepto no se puede describir con facilidad, ya que se refiere a un sistema de valores, estándares o perspectivas, que varían de persona a persona, grupo a grupo y de lugar a lugar, por lo que se toma como una percepción subjetiva de bienestar del: Funcionamiento de la vida diaria, productividad, desempeño social, capacidad intelectual y estabilidad emocional. La calidad de vida fue medida con el cuestionario de Arias - Gómez y cols. (3,4,5).

**ADAPTACION PSICOSOCIAL:** - El funcionamiento psicosocial se define como "los roles que desempeña el individuo, en este caso el paciente, en su interacción con otros individuos dentro del medio ambiente en que se desenvuelve". Este desempeño de roles lo lleva a cabo en las distintas áreas de su vida: Ocupacional, social, sexual, económico y familiar. La adaptación psicosocial del niño fue medida con el cuestionario de Columbia (CIS) (40,41).

**NIVEL SOCIOECONOMICO:** - Las características socioeconómicas son difíciles de establecer ya que están caracterizadas por la existencia de problemas conceptuales; la discusión como para retomarlas superficialmente, esta fuera del alcance de este trabajo. Aquí los que se intenta correlacionar son aspectos de salud de los individuos - estado de salud, utilización de servicios, resultado de algún tratamiento - con algunas de las características socioeconómicas. El nivel socioeconómico fue medido con el índice de nivel socioeconómico(42).

**ENFERMEDAD ONCOLOGICA:** - Es un termino genérico que se utiliza para caracterizar el crecimiento anormal de células que puede invadir tejidos normales o diseminarse a distancia, denominadas metástasis. Presencia de enfermedad crónica sobre la base del diagnóstico oncológico, de acuerdo con criterios establecidos por la clasificación internacional de enfermedades (C.I.E) y confirmado mediante pruebas de laboratorio y radiográfico según registros del hospital de pediatría C.M.N. SXXI, y consignados en el expediente clínico(43).

## MATERIAL Y METODOS

### UNIVERSO Y MUESTRA:

El estudio se efectuó en un grupo de pacientes pediátricos portadores de enfermedad oncológica no activa y sus madres, en la consulta externa del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, que pertenece al tercer nivel de atención, siendo su área de influencia la zona sur del D.F. y los hospitales regionales correspondientes a nivel nacional (Querétaro, Morelos, Guerrero y Chiapas). Los pacientes fueron entrevistados en el área de Oncología. La población estudiada fue la que asistió a la consulta externa del servicio de oncología, que estuvieron en control de vigilancia de algún tipo de cáncer en el lapso comprendido de Junio, Julio y Agosto de 1999.

La muestra consistió de 30 pacientes con el Dx de cáncer, que estén sin manifestaciones clínicas ni de gabinete o laboratorial de actividad tumoral, que acudan acompañado por su madre.

### CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes de 9 a 17 años de edad, sexo masculino o femenino, con padecimiento oncológico diagnosticado previamente y que actualmente no tenga actividad tumoral, corroborado mediante la exploración clínica, por laboratorio y/o radiográfico, bajo vigilancia en la consulta externa de Oncología del Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS.
- Las madres de los niños estudiados.

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Niños portadores de cáncer menores de 9 años o mayores de 17 años.
- Niños con cáncer y actividad tumoral.
- Niños con cáncer que no acuden con sus madres

## CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Niños con cáncer que no respondieron manera adecuada a las escalas.
- Madres que no respondieron de manera adecuada a las escalas

## INSTRUMENTOS:

### \* Inventario de depresión de Beck:

Aplicado a la madre.

Esta escala es auto aplicable, evalúa la intensidad del cuadro depresivo de acuerdo con 21 categorías de síntomas o manifestaciones conductuales somáticas características de la depresión.

Para su aplicación el entrevistador entrega una copia del inventario al paciente, quien de manera personal elige la opción que mejor le defina en ese momento. Su respuesta tiene una estimación numérica entre 0 y 3 asignada en cada rubro donde el valor de calificación es directamente proporcional a la severidad del síntoma.

El inventario de Beck se presenta como sigue: Este cuestionario consta de grupos de afirmaciones; el paciente debe leer cada afirmación cuidadosamente, escogiendo una afirmación, en cada grupo, que describa de mejor manera como se ha sentido ya sea la semana pasada, incluso hoy, y encerrar en un círculo el número al lado de las afirmaciones que escogió. El paciente debe leer todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección.

Los resultados de la escala se evalúan como sigue: 0 a 9 no hay depresión, de 10 a 16 depresión leve, de 17 a 29 depresión moderada, y de 30 a 63 depresión grave(44).

En tres estudios reportados, cumplen los requisitos psicométricos mínimos necesarios para ser utilizada como instrumento de evaluación de la depresión demostrando la validez de contenido, de criterio y de constructo siguiendo el procedimiento de análisis de reactivos, confiabilidad por consistencia interna, estabilidad temporal (test-retest), validez de constructo y validez discriminante.

La estandarización del inventario de depresión de Beck se realizó en la ciudad de México. La traducción y adaptación del instrumento de evaluación psicológica siguió los lineamientos internacionales establecidos. En una muestra de 1508 entre 15 y 65 años.

La confiabilidad por consistencia interna obtenida fue: alfa de Crohnbach = 0.87,  $P < 0.000$ . El análisis factorial mostró que la versión mexicana, al igual que la original, se compone de tres factores. Obteniéndose las tablas normativas para estudiantes y población general.

Se evaluó la validez concurrente entre el índice de depresión de Beck y la escala de Zung en una muestra de 120 personas con diagnóstico de depresión entre 17 a 72 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue:  $r = 0.70$ ,  $P < 0.000$ .

En otro estudio se evaluó la validez concurrente en estudiantes de bachillerato, entre el inventario de depresión de Beck y la escala de Zung en una muestra de 546, de 15 a 23 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue:  $r = 0.65$ ,  $P < 0.000$ .

**\* Apgar familiar:**

Aplicado al niño.

Es una escala unidimensional, en la que se identifica un solo factor, auto aplicable que se expresa en 5 ítems que miden aspectos de la función familiar.

Apgar se utiliza para recordar los cinco componentes de la función familiar que miden: Adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.

Para su aplicación el entrevistador entrega una copia al paciente, quien de manera personal elige la opción que mejor le corresponda en ese momento. Su respuesta tiene una estimación numérica donde la inicial corresponde a la situación menos deseable y tiene el menor valor, la última que es la condición ideal tiene mayor valor.

Las opciones por cada respuesta varían entre 0, 1 y 2 donde el valor de calificación es inversamente proporcional a la severidad del funcionamiento familiar.

El cuestionario Apgar familiar se presenta como sigue: El cuestionario consta de un grupo de afirmaciones; el paciente debe leer cada afirmación cuidadosamente, escogiendo una afirmación en cada grupo, que describe de mejor manera como ha funcionado en las diferentes áreas desde el momento de la enfermedad incluyendo hoy y marcar en el paréntesis la respuesta que escogió. El paciente debe leer todas las frases en cada grupo antes de hacer la elección.

Los resultados de la escala se evalúan como sigue: Buena función familiar cuando, según el paciente, la familia es

capas de adaptarse, cooperar, desarrollarse, estar afectivamente estable y mantener la capacidad resolutive y esto se traduce en una calificación máxima posible, de 6 a 10 puntos se considera funcional a la familia. De 5 puntos o menos se considera disfuncional a la familia(36).

El análisis de la validez y confiabilidad del cuestionario de función familiar (Apgar-Familiar). Este estudio se realizó en una muestra de 656, de una edad de 14 o más años. La versión en castellano que se utilizó fue la derivada de la traducción y retrotraducción de la escala original en inglés. El cuestionario se probó de manera piloto en 20 pacientes al azar.

La realización del test-retest para medir la confiabilidad de cada ítems por separado y de la escala en su conjunto, siendo el coeficiente para la escala, en las dos formas de administración (con entrevistador y autoadministrador), superiores al 0.75 recomendado por Streiner. Los coeficientes de correlación intraclase de los 5 ítems del Apgar-familiar fueron superiores a 0.55, tanto si eran autocomplementados como con entrevistador; los de la escala fueron 0.86 y 0.81 respectivamente. El tiempo de latencia entre test-retest fue de 6 a 24 días (DE=3.47) y en el segundo caso 6 a 42 días (DE = 3.50).

La consistencia interna observó que todos los ítems contribuyen a mejorar el coeficiente de correlación ítems-escala, con un alfa de Cronbach de 0.84, y ningún ítems incrementaba el alfa cuando era extraído de la escala. La correlación ítems-escala varió de 0.61 a 0.71.

La validez de constructo mediante el método de los grupos extremos; aplicación de la escala que se valida a dos grupos que con una hipótesis previa posee o no el rasgo que se esta estudiando, con un intervalo de confianza del 95% ( $P < 0.001$ ).

**\* Instrumento para medir la calidad de vida por medio del desempeño diario en pacientes pediátricos:**

Aplicado a la madre.

Esta escala es auto aplicable, evalúa los diversos componentes del estado funcional o desempeño del niño para inferir un nivel de calidad de vida de acuerdo con 22 categorías que miden: Independencia, desempeño en el núcleo familiar, desempeño escolar y necesidades de atención médica.

Para su aplicación el entrevistador entrega una copia del instrumento al paciente, quien de manera personal elige la opción que mejor le corresponda a su hijo en ese momento. Su respuesta tiene una estimación numérica: La inicial

corresponde a la situación ideal y tiene el mayor valor, la última, la condición menos deseable tiene el valor mínimo.

Las opciones por cada respuesta varían entre 3 y 4 donde el valor de calificación es directamente proporcional a la severidad de desempeño.

El instrumento de calidad de vida se presenta como sigue: Este cuestionario consta de grupos de afirmaciones; la madre debe leer cada afirmación cuidadosamente, escogiendo una afirmación, en cada grupo, que describa de mejor manera como ha funcionado en las diferentes áreas desde el momento de la enfermedad, incluso hoy, y encerrar en un círculo el número al lado de las afirmaciones que escogió. El paciente debe leer todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección.

El resultado de la escala se evalúa como sigue: Buen desempeño que es la capacidad del paciente para cumplir con las actividades que realizaban en el momento de la evaluación y esto se traduce con una calificación mayor de 35 puntos. Mal desempeño cuando el paciente no realiza las actividades que habitualmente cumple en el momento de la aplicación del cuestionario y la calificación debe corresponder a menos de 35 puntos(3).

Esta prueba fue validada en el Hospital de Pediatría del CMN SXXI IMSS en donde se realizó un piloto para analizar cada uno de los ítems por la fórmula para medir el poder discriminatorio y con aquellos que mostraron capacidad discriminatoria (68%) teniendo como punto de corte para valorar disfunción en la calidad de vida una puntuación de 35.

La consistencia interna se calculó por el índice de reproducibilidad por área mediante el alfa de Cronbach.

Fue analizada y validada a través del análisis de factores (validez de constructo), en esta medición de 5 factores juntos explican el 91.46% de la varianza total de los datos. La medida de adecuación muestra de KMO fue de 0.568 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue de 0.000 ( $P < 0.001$ ), también se realizó la prueba de bondad de ajuste con una significancia del 0.51%.

Se realizó en análisis de regresión logística multivariado con los 5 factores creados como una variable independiente y de acuerdo a los valores obtenidos por la Razón de Momiors (OR) ó valores de riesgo, las áreas que presentan menor calidad de vida son: necesidad de atención médica (OR=21.91,  $P=0.1$ ) con 80% de precisión, desempeño social (OR=13,  $P=0.02$ ) con 70% de precisión, desempeño escolar (OR=9.7,  $P=0.3$ ) con 76% de precisión, desempeño familiar (OR=5.8,  $P=0.03$ ) con 70% de precisión y la independencia (OR=13.19,  $P=0.005$ ) con 76% de precisión.

\* Índice de nivel socioeconómico.

Aplicado a la madre.

Esta escala es auto aplicable, evalúa el nivel socioeconómico mediante índices contruidos de manera ordinal y tricotómicos especialmente sensible para medir diferencias al interior de una población que, por definición, es homogénea. Consiste en la construcción de un índice complejo a partir de información de 6 variables socioeconómicas. En primer lugar se construyo un índice de nivel de hacinamiento a partir de variables " Número de personas en la vivienda" y "Número de cuartos en la vivienda". Este índice, junto con las variables "Material del piso de la vivienda", "Disponibilidad de agua potable" y "Forma de eliminación de excretas", dio lugar al índice de condiciones de vivienda que junto con la "Escolaridad del jefe de familia", conformaron el índice de nivel socioeconómico.

Para su aplicación el entrevistador entrega una copia del índice a la madre, quien de manera personal elige la opción que mejor le defina en ese momento. Cada una de las variables tiene 3 categorías en un nivel de medición ordinal. Con excepción de "Forma de eliminación de excretas", que conserva su carácter ordinal aun cuando solo tiene dos categorías. Los valores atribuibles a cada categoría es de 2 para la más positiva, 1 para la intermedia y 0 para la que indica la situación más deteriorada; en el número de personas por cuarto (no hacinado = 1.5) califica con 2, (semí hacinado = 1.6 a 3.5) califica con 1, (hacinado = 3.6 y más) califica con 0.

El nivel de escolaridad se califica como sigue: 2 o bueno (7 años y más), 1 o regular (4 a 6 años) y 0 o malo (hasta 3 años).

El instrumento de Nivel Socioeconómico se presenta como sigue: Este cuestionario consta de grupos de afirmaciones; el paciente debe leer cada afirmación cuidadosamente, escogiendo una afirmación, en cada grupo, que describa de mejor manera las condiciones de la casa y nivel escolar de su jefe de familia desde el momento de la enfermedad y marcar en el paréntesis correspondiente la afirmación que más crea correcta. El paciente debe leer todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección. Los resultados de la escala se evalúan como sigue: El puntaje máximo es de 12 puntos para la combinación en la que se concentran todas las categorías positivas y 0 cuando se concentran todas las negativas, donde el valor total es directamente proporcional al mejor nivel socioeconómico (43).

La calidad del índice de nivel socioeconómico ha sido puesta a prueba a través de técnicas que miden su validez y se puede afirmar que se trata de una medida válida y confiable.

Primero se construyo un índice complejo a partir de 6 variables socioeconómicas como índice de condiciones de vivienda que se conformo junto con la escolaridad del jefe de familia en el Índice de Nivel Socioeconómico siendo ordinal y tricotómico, especialmente sensible para medir diferencias en el interior de una población que por definición es sumamente homogénea. A este índice se le hizo un ejercicio de validez interna correlacionando el índice con cada uno de los indicadores que lo conforman. El objetivo es confirmar que todos ellos están midiendo parte de la variable compleja y que cada uno mida una parte diferente. El coeficiente que se utilizó fue el gamma y los resultados obtenidos, fueron, respectivamente, de 0.69, 0.77, 0.58, 0.70, y 0.92. El segundo tipo de validación fue de carácter externo consistió en correlacionar el índice con otras variables socioeconómicas, para evidenciar la capacidad de discriminación del índice de nivel socioeconómico encontrando la diferencia porcentual entre los niveles de un 31.7% conformando la bondad del índice de nivel socioeconómico.

**\* Columbia Impairment Scale: CIS**

Aplicado a la madre y al paciente.

Este instrumento mide el grado de adaptación psicosocial del niño y es auto aplicable. Consta de 13 reactivos y proporcionara una medición global de las funciones psicosociales durante la ultima semana.

Este instrumento comprende de 4 áreas que son: Relaciones interpersonales, Psicopatología mayor, Funcionamiento en la escuela y Empleo del tiempo libre.

Los reactivos al ser contabilizados dan una puntuación que va del 0 al 52.

Este instrumento esta diseñado en dos versiones, una que es contestada por el niño y otro que es contestado por la madre del niño.

La traducción utilizada para este estudio fue la oficial, la cual esta validada por su autor quien la puso a prueba en hispanohablantes de la ciudad de Nueva York y Puerto Rico en un estudio multicéntrico en donde se detecto que la consistencia interna era elevada con una prueba realizada de prueba - re prueba para evaluar la confiabilidad siendo ésta adecuada. La validez de ésta prueba concurrente se evaluó comparando los registros de las pruebas en 2 ocasiones diferentes.

En esta prueba el punto de corte adecuado para considerar que existe una disfunción psicosocial es igual o mayor de 15(45).

Para la estandarización de la escala de Columbia (CIS) se realizó en una muestra de 182 niños de 9 a 17 años, realizada como prueba piloto para muestra la consistencia interna entre el CIS y la escala de apreciación global en niños dividiéndolo en tiempo 1 y tiempo 2. En el primero con 14.7 días (DE=8.4) y en la segunda ocasión con 19.0 días (DE= 13.5). La correlación 1 versus 2 en los padres fue con alfa de Crohnbach con resultados de 0.85 y 0.89 respectivamente y en la versión para niños fue de 0.70, 0.78 respectivamente. Con un coeficiente de correlación interclase de 0.89 para padres y 0.63 para niños.

La validez de constructo se evaluó con el método estadístico de Pearson correlacionando el CIS con otros 10 indicadores de disfunción psicosocial con una  $P < 0.01$  en el primer tiempo y  $P < 0.001$  en el tiempo dos.

El análisis discriminatorio se realizó con el test-retest siendo en los dos tiempo para ver el grado de confiabilidad quedando en la puntuación de igual o más de 15 con la combinación de Wilk's.

## **METODOS:**

El residente de psiquiatría obtuvo, de parte de los oncólogos, la información sobre el paciente: diagnóstico y actividad o no-actividad tumoral, tomando como criterios de no-actividad tumoral las siguientes características: Para el Linfoma no Hodgkin, que no haya tumoración palpable y exámenes de laboratorios hemático con basofilos de  $< 0 = 1$ . En el Rabdomiosarcoma, no-tumor local o palpable, sin síntomas pulmonares y por gabinete los Rx de tórax que no haya imagen tumoral. Los Germinomas pineal no-tumoración local y por laboratorio con Basofilos  $< 0 = 1$ . Tumoración testicular no-tumor palpable con gabinete de Rx AP tórax no-imagen tumoral. Linfoma Hodgkin no-tumor palpable local con basofilos  $< 0 = 1$ . Acto seguido, el residente entrevistó al paciente con cáncer no activo y a su madre. Los cuestionarios mencionados se respondieron en el momento posterior a la consulta de oncología, otorgándose el material necesario para realizarlo y dando las explicaciones pertinentes a la madre y al paciente.

## **ANALISIS ESTADISTICO:**

Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos de tendencia central(media).

Tablas de frecuencia y porcentaje.

Pruebas no paramétricas (Estadístico exacto de Fisher).

Tablas de contingencia para correlación entre factores y depresión.

## **CONSIDERACIONES ETICAS:**

El estudio no implicó ningún riesgo a los pacientes ni a sus madres. La información se consideró confidencial y se requirió la colaboración voluntaria de los pacientes y sus madres para la realización del estudio. Los pacientes y sus madres que requirieron atención psiquiátrica fueron referidos al Departamento de Salud Mental del Hospital de Pediatría para su tratamiento correspondiente.

## **RECURSOS PARA EL ESTUDIO:**

Recursos humanos: Médicos asesores y residente que realizaron y verificaron la aplicación de los cuestionarios y diagnósticos clínicos, psiquiátricos y no psiquiátricos.

Recursos materiales: Material suficiente con relación a los cuestionarios impresos para aplicarse a los pacientes que acuden a la consulta de oncología, consulta externa del H. P. C.M.N. S. XXI. 1).- Inventario de Beck. 2).- Instrumento de calidad de vida por medio del desempeño diario en pacientes pediátricos. 3).- Índice de nivel socioeconómico. 4).- Apgar Familiar. 5).- Columbia Impairment Scale (CIS). 7).- Laboratorios: biometría hemática completa con diferencial y 8).- Gabinete para no-actividad tumoral; Rx de tórax y de huesos largos.

## RESULTADOS

### a) Descripción de la muestra:

Se estudiaron 30 niños con enfermedad oncológica en vigilancia terapéutica y a sus madres, el rango de edad de los niños fue de 9 a 17 años. En la tabla # 1 se muestran la media y la desviación estándar y los datos demográficos relevantes y en la tabla 2.

Tabla # 1 media y desviación estándar

Edad	X = 12.77	D.E. 2.24
------	-----------	-----------

Tabla # 2 Descripción de los pacientes por edad y sexo.

Edad.	Masculinos.	Femeninos.	Total.
< 12 a.	7(23.3%)	4(13.3%)	11(36.6%)
=>12 a.	14(46.6%)	5(16.6%)	19(63.3%)
			30(100%)

Todos los niños estaban diagnosticados con alguna enfermedad oncológica. La distribución y el diagnóstico se muestra en la tabla # 3.

Tabla #3 Frecuencia diagnóstica de los pacientes estudiados.

DIAGNOSTICO	PACIENTES	PORCENTAJE
Linfoma no Hodgkin	20	66.7%
Rabdomiosarcoma.	4	13.3%
Linfoma Hodgkin	2	6.7%
Linfoma cutáneo	1	3.3%
Germinoma Pineal	1	3.3%
Tumor de Wilms	1	3.3%
Tumor Testicular	1	3.3%
Total	30	100%

Los pacientes se dividieron en niveles socioeconómicos (malo, regular y bueno) determinado por el índice de nivel socioeconómico, al que se le realizó un análisis multivariado para determinar la frecuencia y el porcentaje valido mostrados en la tabla #4.

Tabla #4 combinación de indicadores para la conformación del índice de nivel socioeconómico

	hacinamiento		Piso de vivienda		Agua potable		excusado		Escolaridad	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Malo	3	10	1	3.3	4	13.3	0	0	2	6.7
Regular	12	40	15	50	5	16.7	0	0	7	23.3
Bueno	15	50	14	46.7	21	70	30	100	21	70
Total	30		30		30		30		30	

Se encontró que 26.7 % (n=8) de las madres presentaron síntomas depresivos y tuvieron una puntuación alta en la escala de Beck (media de 19.2, con un rango de puntuación de 10 como mínimo y 31 como máximo).

La mitad de los pacientes (n =15) fueron calificados por el índice de calidad de vida con una puntuación baja (Mala calidad de vida).

De los 30 niños con cáncer estudiados 70% (n=21) fueron del sexo masculino y 30% (n=9) del sexo femenino, siendo el 36.7% de ellos menores de 12 años. Analizado con la prueba exacta de Fisher obteniéndose una p=0.018. El linfoma tipo no Hodgkin fue el que se presentó con mayor frecuencia (66.7%).

El linfoma no Hodgkin fue el tipo de cáncer que más se presentó en los niños obtuvo un 50% con disfunción psicosocial; en comparación con los otros tipos de cáncer en donde el 30% si la presentaron y 70% no. La asociación se analizó con la X<sup>2</sup> de Pearson con una p = 0.2 no significativa, un O.R. de 2.3 e intervalo de confianza de 0.47 a 11.69.

La disfunción psicosocial; en comparación con los otros tipos de cáncer se presentó en el 43.3%, encontrándose que la disfunción fue más frecuente en el sexo femenino que en el masculino, se analizó con la t de Student (p <0.001) y con la prueba exacta de Fisher (p<0.018) significativos, con un O.R.=8.7, con un intervalo de confianza de 1.4 y 55 (estos últimos muy dispersos probablemente al pequeño número de la muestra).

En relación a los familiares ellos detectaron en un 14 niños (46.6%,  $X = 7.63$ ) una disfunción psicosocial y 16 niños sin esta (53.4%,  $X = 19.43$ ). La correlación de Pearson entre pacientes y sus familiares fue de  $p < 0.001$ , así como la  $t$  de Student con una  $p = 0.001$  igualmente significativa

estadístico

	edad	CIS niño	CIS mama	Beck	Apgar familiar	Calidad de vida	Nivel socioecono.
N	30	30	30	30	30	30	30
media	12.77	14.87	13.30	7.93	8.23	15.0	8.03
mediana	14.00	13.00	11.00	5.50	8.00	15.0	8.50
Varianza	5.01	49.29	48.91	72.62	2.12	54.37	3.55
Mínimo	9	3	1	0	5	39	2
Máximo	16	30	33	31	10	66	10

#### b) Correlaciones.

- se utilizó la correlación de Pearson y tablas de contingencia entre depresión y calidad de vida, adaptación psicosocial, funcionamiento familiar y nivel socioeconómico.

La correlación que hay entre la depresión de la madre con la calidad de vida de hijo en donde se encontró a 7 mamás con depresión con mala calidad de vida (verdaderos positivos) y 1 deprimida con buena calidad de vida (falsos negativos), 14 no deprimidas con buena calidad de vida (falsos positivos), 8 no deprimidos con mala calidad de vida (verdaderos negativos) con un estadístico exacto de Fisher  $p = 0.018$ .

Calidad de vida		No deprimidos	Deprimidos	Total
Buena	Recuento	14	1	15
	% calidad de vida	93.3%	6.7%	100.0%
	% depresión	63.6%	12.5%	50.0%
	% total	46.7%	3.3%	50.0%
Mala	Recuento	8	7	15
	% calidad de vida	53.3%	46.7%	100.0%
	% depresión	36.4%	87.5%	50.0%
	% total	26.7%	23.3%	50.0%
Total	Recuento	22	8	30
	% calidad de vida	73.3%	26.7%	100.0%
	% depresión	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	73.3%	26.7%	100.0%

En cuanto a la depresión de la madre con relación a la funcionalidad del niño; de un total de 8 deprimidas solamente 3 correspondieron a disfuncionalidad del paciente con un estadístico exacto de Fisher no significativo.

Funcionalidad del niño		No deprimidos	Deprimidos	Total
Normal	Recuento	12	5	17
	% funcionalidad	70.6%	29.4%	100.0%
	% depresión	54.5%	62.5%	56.7%
	% total	40.0%	16.7%	56.7%
Disfunción	Recuento	10	3	13
	% funcionalidad	76.9%	23.1%	100.0%
	% depresión	45.5%	37.5%	43.3%
	% total	33.3%	10.0%	43.3%
Total	Recuento	22	8	30
	% funcionalidad	73.3%	26.7%	100.0%
	% depresión	100.0%	100.0%	100.0%
	% total	73.3%	26.7%	100.0%

Al correlacionar a los grupos de depresión con el Apgar o funcionamiento familiar, de lo esperado, solamente un paciente consideraba disfuncional a su familia que correspondió con depresión materna, con estadístico no significativo de Fisher.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## DISCUSIÓN

Entre los resultados relevantes de este estudio, destaca la frecuencia de sintomatología depresiva (26.7%) en las madres de los pacientes estudiados. Sabemos que cuando uno de los hijos tiene cáncer, es lógico que sus progenitores sufran alteraciones emocionales. Mientras algunos estudios indican que eventualmente ellos enfrentan adecuadamente la situación estresante y desempeñan bien sus labores cotidianas (Sawye 1997), otros han encontrado que los progenitores siguen sufriendo síntomas depresivos aunque hayan desaparecido la actividad tumoral en el hijo y el tratamiento haya concluido.

En este estudio se utilizó el cuestionario de Beck que, como sabemos, no hace diagnósticos precisos y sólo informa de la profundidad de la sintomatología depresiva. Aún considerando tal limitación, es posible afirmar que la frecuencia de síntomas depresivos en las madres de los niños con cáncer en esta muestra es elevada. No podemos afirmar que tal situación apareció después de que su hijo fue diagnosticado, pero es lógico suponer que aunque los síntomas depresivos hayan estado presentes desde antes, las vicisitudes relacionadas de la enfermedad oncológica del niño seguramente contribuyeron a la aparición y/o exacerbación de tal sintomatología.

Respecto a la calidad de vida de los pacientes, es de llamar la atención que aún estando fuera de actividad tumoral, la calidad de vida fue pobre en la mitad de la muestra ( $n = 15$ ), y al tratar de establecer la relación entre la calidad de vida del niño con cáncer y la depresión de su madre, se encontró una correlación estadísticamente significativa ( $P = 0.018$ ) mediante el empleo de la prueba estadístico exacto de Fisher, con el cual se comprobó la principal hipótesis planteada en el estudio. Es posible que, por lo menos en parte, la depresión materna responda a las múltiples limitaciones producidas por la enfermedad del niño, aunque ésta se encuentra relativamente controlada, sin actividad tumoral durante los últimos meses.

Esto apoya la idea de que los trastornos afectivos en los progenitores se asocian con las probables disfunciones psicológicas de los hijos, así como la conveniencia de proporcionar atención terapéutica al sistema familiar. (9)

Por lo que se refiere a la adaptación psicosocial de estos pacientes, este estudio reveló que, con el empleo de la escala de Columbia (CIS), existe una adaptación psicosocial deficiente en una elevada proporción 43.3% ( $n=13$ ) en opinión de los propios pacientes, y 46.6% ( $n =14$ ) en opinión de las madres ( $P = 0.0001$ , mediante la  $X^2$  de Pearson).

Esto nos habla de la gran frecuencia con que el funcionamiento psicosocial del niño con cáncer se ve afectado aunque la enfermedad se encuentre bajo control. Tal frecuencia de desadaptación psicosocial resalta al compararla con la previamente reportada en los hermanos sanos de niños con cáncer, que fue de 26.7% (46)

Los problemas de adaptación psicosocial pueden estar parcialmente relacionados con el déficit cognitivo que resulta de los efectos iatrogénicos de la radiación y la quimioterapia que reciben muchos de los menores con cáncer. Sin olvidar que es común observar grados variables de invalidez emocional aún en los niños curados de enfermedades oncológicas como producto del estrés inherente a la enfermedad misma, lo procedimientos de diagnósticos y de tratamiento, las hospitalizaciones, el descenso en el rendimiento escolar y en la convivencia con los padres.

Si bien se observó una tendencia a relacionar la depresión de la madre con la adaptación psicosocial del paciente, y el funcionamiento de la familia no se pudo corroborar tal correlación debido quizá a lo pequeño de la muestra.

La mayor parte de las familias estudiadas pertenecían al nivel socioeconómico bueno o regular, solo 3 de las 30 familias vivían en hacinamiento y 4 carecían de agua potable intra domiciliarias.

De tal manera que no se puede atribuir a la influencia de la pobreza el bajo nivel de adaptación psicosocial de estos pacientes.

La mayor parte de los niños 90% (n = 27) calificaron de bueno el funcionamiento de sus familias, cifras muy elevadas que quizá más bien refleja el apoyo que muy probablemente recibe el niño enfermo de sus familiares y no indica tanto la presencia de buenas relaciones en la familia.

Uno se pregunta si la mayor frecuencia de desadaptación psicosocial en las niñas en comparación de los niños pueda deberse a factores socioculturales en el sentido de que los niños varones tienden a recibir trato preferencial en una sociedad como la nuestra donde persisten actitudes "machistas". Y también sobresale el hecho de que la adaptación psicosocial fue mejor en los niños de 12 años o más que en los menores, quizá debido a que éstos cuentan con recursos psicológicos menos eficientes que los mayores debido a inmadurez cognitiva.

## CONCLUSIONES

- 1.- En las madres de niños con cáncer inactivo la sintomatología depresiva es elevada (26.7%).
- 2.- La calidad de vida de los niños con cáncer inactivo tiende a ser baja, aunque la enfermedad se encuentre inactiva. En esta muestra, la mitad de los pacientes tenían una calidad de vida deficiente (50.0%).
- 3.- La adaptación psicosocial de los niños con cáncer inactivo tiende a ser baja, en opinión de sus madres (46.6 %) y de los propios pacientes (43.3 %).
- 4.- No se encontró correlaciones entre el nivel socioeconómico, la disfunción familiar del niño con cáncer y los síntomas depresivos en la madre.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Lolas F. Perspectivas biopsicosociales sobre la enfermedad crónica. Salud Mental 1988; 11(3):19-24.
- 2.-Jonsson B. Assessment of quality of life in chronic disease. Acta paediatr Scand 1987; 337: 164-169.
- 3.-Arias-Gómez J, Hernandez - Hernández D, Benítez-Aranda H, Villasís-Bernaldez-Ríos R, Martínez-García MC. Un instrumento para medir la calidad de vida por medio del desempeño diario en pacientes pediátricos con leucemia. Gac Méd Méx 132(1): 19-27.
- 4.- Perrin JM. Mac Lean WE. Niños con enfermedades crónicas: Formas para evitar disfunciones. Clin Ped NA 1988; 6: 1465-1481.
- 5.-Christiansen ChH. Schwartz RK. Baebes Kj. Selfcare: Evaluation and menagement en: Delisa JA: Rehabilitation Medicine. Principles and practice. Philadelphia JB. Lippincot 1988: 95-115.
- 6.- Fuentes Biggi J. El sistema, la comunicación y la familia En: Suárez T; Rogero GF. Paradigma sistémico y terapia de familia. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría 1983.
- 7.- De la Revilla L. Disfunción familiar. Aten Primaria 1992;01:582.583.
- 8.-De la Revilla L. Porqué es necesaria la atención primaria En: De la Revilla L. Eds. Conceptos e instrumentos de la Atención primaria. Barcelona Ed. Doyma 1994; 1-6.
- 9.-Caraveo J, Colmenares E, saldivar G. Estudio clínico epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud Mental 1999; 22:02-17.
- 10.-Karno M, Hough RL, Burnam MA, Escorar JI, Imbers DM, Santana F, Boyd JH: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican-Americans and Non-Hispanic Whites in Los Angeles. Arch Gen Psychiatry 1987;44:695.701.
- 11.-Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martinez R, Sesman M, Guevara LM; The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. Arch Gen Psychiatry 1987;44:727-735.

- 12.-Riseco P, Escobar B, Vicente B, Vielma M, Saldivia S, Cruzat M, Medina E, Cordero ML, Vicente M: Prevalencia de la vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Santiago. Rev Psiquiatría (Chile), IX 1994;(4): 186-193.
- 13.- Vivence B., Riseco P., Vielma M, Uribe M, Boggiano G, Torres S: prevalencia de la vida de algunos trastorno psiquiátricos en la provincia de Concepción. Rev Psiquiatría (Chile) 1992; IX(1):1059-1060.
- 14.-Lehtinen V, Joukama A: Epidemiology of depression: Prevalence, risk factors and treatment situation. Acta Psychiatr Scand, 1994; 337 (89):7.10.
- 15.-Puckering C: Annotation: maternal depression. J Child Psychol Psychiatr 1989; 30(6):807-817.
- 16.-Puig AJ, Goetz D, Dacies M, Kaplan T, Davies S, Ostrow L, Asnis L, Twomwy J, Iyengar S, Ryan ND: A controlled family history study of prepubertal major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry 1989; 46(5):406-418.
- 17.- Weissman MM, Kid KK, Prusoff BA: Variability in rates of affective disorders in relatives of depressed and normal probands. Arch Gen Psychiatr. 1982; 32: 1397-1403.
- 18.- Weissman MM, Gershon ES, Kid KK, Prusoff BA, Lecman E, Dibble E, Hamovit J, Thompson WD, Pauls DL, Guroff JJ: Psychiatric disorders in the relatives of provands with affective disorders. Arch Gen Psychiatr. 1984; 41:13-21.
- 19.-Angold A: Childhood and adolescent depression. Brit J Psychiatry; 1988: 39:601-617.
- 20.- Caraveo J, Medina ME, Villatoro J, Rascon ML; La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. Salud Mental 194; 17(2): 56-60.
- 21.-Sauceda JM, Foncerrada M: Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. Rev Méd IMSS (Méx.) 1985; 23:129-166.
- 22.-Shapiro J, Perez M, Warden MJ: The importance of family functioning to caregiver adaptation in mothers of child cancer patients: Testing a social ecological model. J Paediatr Oncol Nurs 1998; 15(1):47-54.

- 23.-Mulhern RK, Fairclough DL, Smith B, Douglas SM: Maternal depression, assessment methods, and physical symptoms affect estimates of depressive symptomatology among children with cancer. *J Paediatr Psychol.* 1992; 17:313-326.
- 24 .-Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS: The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National comorbidity survey. *Am J Psychiatry.* 1994,151:979-986.
- 25.- Cross- National collaborative Group: The changing rate of major depression: cross-National comparisons. *JAMA.* 1992; 268: 3098-3105.
- 26.-Regier DA, Boyd JH, Burke JDC, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ: One-Month prevalence of mental disorders in the United States: Based on five epidemiologic catchments area sites. *Arch Gen Psychiatry,* 1988; 45:977-986.
- 27.-Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA; Rogers SW, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware J: The functioning and well-being of depressed patients: Results from the medical Outcomes Study. *JAMA,* 1989; 262 914-919.
- 28.-McNabb R: Family function and depression. *J Fam Prac;* 1983 169-170.
- 29.- Binger CM, Ablin AR, Fecerstein RC, Kushner JH, Zoger S, Mikkelsen C: Childhood leukemia: Emotional impact on patient and family. *N Engl J Med;* 1969; 20:414-418.
- 30.- Mulhern RK, Wassman AL, Friedman AG, Fairclough D: Social competence and behavioral adjustment of children who are long-term survivors of cancer. *Paediatric* 1989; 83:18-25.
- 31.- Sawyer M, Crettenden A, Toogood I: Psychological adjustment of families of children and adolescents treated for leukemia. *Am J Paediatr Hematol Oncol* 1986; 8: 200-207.
- 32.-Sawye MG, Antonoiu G, Nguyen A-MT, Toogood I, Rice M, Baghurs P: Prospective study of the psychological adjustment of children with cancer. *Am J Paediatr Hematol Oncol* 1995; 17: 39-45.

- 33.-Sawye MG, Antoniou G, Toogood I, Rice M, Baghurst P: A prospective study of the psychological a adjustment of parent and families of children with cancer. J Paediatr Child Health 1993;29: 352-356.
- 34.- Brown RT, Kaslow NJ, Hazzard AP, et al: Psychiatric and family funtioning in children with leukemia and their parentes. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992; 31: 495-502.
- 35.-Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P: Validez y fiabilidad del cuestionario de la función familiar. Apgar Familiar. Atención Primaria 1996; 18(6).
- 36.-Horwitz N, Florenzano R, Ringeling I: Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana 1985; 98: 144-154.
- 37.- Sawye MG, Antoniou G, Toogood I, Rice M: Childhood cancer: A two-year prospective study of the psychological adjusment of children and parents. J Am Acad Child Adolecs. Psychiatry 1997; 36(12):1736-1746.
- 38.- Allen F. (president): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV; first published in the United States By American Psychiatric Association, Washington, D:C: 1994.
- 39.- Sartorius N. (principal) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for research . Organización Mundial de la Salud, 1992.
- 40.-Valencia M: Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados. Psiquiatría 1988; 4(1) 71-96.
- 41.- Valencia M, Rojas E, Ruiz V: Desarrollo de un esquema teórico para evaluar el funcionamiento social: Integración de sistemas y elaboración de conceptos. Instituto Mexicano de Psiquiatría 1985:1-28
- 42.- Bronfman M, Guiscafre H, Castro V, Castro R, Gutiérrez G: La medición de la desigualdad: Una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra. Archivos de Investigación Médica (Méx.) 1988; 19(4): 351-360.
- 43.- Harrison: Medicina Interna décima edición. Ed Mc Graw-Hill tomo I.

44. - Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R: La estandarización del inventario de la depresión de Beck para Residentes de la ciudad de México. Salud Mental 1998; 21(3): 26-31.

45.- Bird R, Shaffer D, Fisher P: The Columbia Impairment Scale (CIS): Pilot findings on a measure of global impairment for children and adolescents. International J. Of Methods in Psychiatric Research; 1993; 3: 167-176.

46.- Saucedo JM., Cuevas ML., Estrada AM. Adaptación psicosocial y calidad de vida en pacientes pediátricos con cáncer. Tesis de diplomación en psiquiatría Hospital de Pediatría C.M.N. S.XXI:2000.

47.- Lucila T. Factor Análisis. SPSS for Windows 1999; version 9.0