



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

"FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PADRES DE  
PREESCOLARES CON PATOLOGÍA HEMATOONCOLÓGICA DEL  
HOSPITAL DE PEDIATRÍA CMNSXXI"

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

PRESENTA: DR FRANCISCO SALAZAR MARTÍNEZ

ASESORES:  
DR LEONEL JARAMILLO VILLANUEVA  
DR HÉCTOR J. GONZÁLEZ CABELLO



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.

MEXICO, D.F. OCTUBRE 20011  
**INDICE**

<b>INTRODUCCION</b>	
ANTECEDENTES.....	3
JUSTIFICACION.....	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
HIPOTESIS.....	21
OBJETIVOS.....	22
<b>MATERIAL Y METODOS</b>	
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	23
LUGAR O SITIO DEL ESTUDIO.....	23
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	23
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	24
DEFINICION DE VARIABLES.....	25
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	26
ANALISIS ESTADISTICO.....	26
ASPECTOS ETICOS.....	27
FACTIBILIDAD.....	28
<b>RESULTADOS</b> .....	29
<b>DISCUSION</b> .....	34
<b>CONCLUSIONES</b> .....	36
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	37
<b>ANEXOS</b> .....	39

## INTRODUCCIÓN

La depresión y ansiedad en padres de hijos con enfermedades hematooncológicas están matizadas y fuertemente influenciadas por el miedo que la sociedad proyecta en dicha enfermedad. Su diagnóstico, suscita una imagen de soledad, abandono y desamparo. Es una marca sobre las relaciones habituales del paciente, su vida laboral, su vida personal y familiar en general. (1).

A partir del momento en que en una familia se diagnostica una enfermedad oncológica en uno de sus miembros, se produce una crisis que afecta a todos sus integrantes, entiéndase ésta como expresión de contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afrontan y ponen a prueba la organización familiar (2).

La noticia del diagnóstico es uno de esos acontecimientos que genera una crisis y estado de duelo en pacientes y familiares, con un consecuente curso patológico o un afrontamiento saludable, según las características de cada uno de estos individuos y de sus grupos familiares correspondientes. Las respuestas de la familia a esa situación dependen de una estructura previa de funcionamiento, de las experiencias acumuladas de afrontamientos a eventos importantes y una serie de mitos, creencias y tradiciones que se desarrollan y establecen alrededor del suceso. Como no todas las familias y sus miembros responden de manera similar ante este acontecimiento, el fenómeno llamado claudicación familiar, la que se define como la incapacidad de los miembros para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente (3).

Considerando lo antes dicho y apreciando el inmenso valor que para la práctica profesional adquiere la prevención de este fenómeno de claudicación, decidimos dedicar nuestro estudio a precisar la frecuencia con la que se presentan la ansiedad y depresión en padres de pacientes preescolares con patología oncológica, para así crear estrategias que prevengan la aparición de este fenómeno y sus efectos sobre el tratamiento del paciente.

## **ANTECEDENTES**

Una vez superado el primer año de vida, las tasas de mortalidad disminuyen de manera muy importante, para volver a incrementarse en las etapas más avanzadas de la vida. En 2002 de los fallecimientos de menores de 15 años, 7 de cada 10 fueron de menores de un año de edad. Según el Consejo Nacional de Población, la tasa de mortalidad infantil para 2002 fue de 21.4, en niños de 1 a 4 años, los accidentes fueron causa de una cuarta parte de las muertes, las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, del 12.5%; enfermedades infecciosas intestinales, 9.7%; infecciones respiratorias, 8.0%; y tumores malignos, 6.1 por ciento.

Por otra parte, entre la población de 5 a 14 años, los accidentes fueron causa de una de cada tres muertes y los tumores malignos ocasionaron 15.1% de las defunciones. Constituyendo así la tercera causa de muerte en pacientes menores de 15 años (4).

El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas, con crecimiento y división fuera de los límites normales, con capacidad para invadir otros tejidos a través de las metástasis por propagación a distancia, ya sea por continuidad, vía linfática o hematogena.

Dentro de las enfermedades neoplásicas más comunes según lo expuesto por el reporte de mortalidad por cáncer en niños derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del 2005 y adaptando dicha información a la edad pediátrica de nuestro estudio entre las entidades más frecuentes se encuentran las siguientes (5):

**LEUCEMIAS:** Son las neoplasias malignas mas frecuentes en la edad pediátrica y se definen como: Expansión clonal y afección de una etapa específica en la hematopoyesis (Linfoide o Mieloide). El pico máximo de

incidencia es de los 2 – 5 años y corresponden al 25 a 30% de causa de cáncer en niños.

**LINFOMAS:** Los linfomas están constituidos por la proliferación maligna de células de linaje linfocítico, aunque se restringen a tejido linfoide como ganglios, placas de Peyer y bazo, pueden involucran a la médula ósea, hueso y SNC. Se presenta con pico máximo de incidencia entre las edades de 5-14 años. La modalidad terapéutica mas efectiva es la quimioterapia.

**TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:** Los tumores del SNC son frecuentemente encontrados en la infancia con una incidencia de 35 por cada 1000 en menores de 15 años de edad. Son el segundo grupo mas común de neoplasias malignas de la infancia. Representan el 20%. La mayoría de los tumores del 60-70% se originan en células de la glia y no tienden a enviar metástasis fuera del SNC. Se les clasifica por su localización en:

Lesiones supratentoriales

1. Hemisferio cerebral: Glioma, ependimoma y meningioma de bajo y alto grado. Tumor neuroectodérmico primitivo.
2. Quiasma : Craneofaringioma, adenoma pituitario
3. Región pineal: Pineoblastoma, pineocitoma, tumor de células germinales.

Lesiones infratentoriales

1. Fosa posterior: Meduloblastoma, glioma mas frecuentemente de bajo grado, ependimoma, meningioma.
2. Tumores de tallo cerebral: Gliomas de bajo y alto grado, tumor neuroectodérmico primitivo.

Para su tratamiento se emplean: Quimioterapia, cirugía y radioterapia, la cual se requiere en la mayoría de los pacientes con tumores de alto grado requieren radioterapia para lograr control de la enfermedad, sin embargo con importantes efectos sobre el aprendizaje y el crecimiento (6).

**TUMOR DE WILMS:** Es el tumor renal mas común de la infancia y representa el 6% de los tumores malignos en la edad pediátrica. Ocurre entre los 12 y 36 meses, con 90% de los casos antes de los 7 años. La escisión quirúrgica mediante la ureteronefrectomía es el tratamiento de elección (8).

**NEUROBLASTOMA:** Se origina en células primordiales de la cresta neural que origina la médula y los ganglios simpáticos, tiene una amplia variedad de presentaciones, destacando los síndromes paraneoplásicos. Es el tumor sólido extracraneal mas común en la infancia, 75% de los pacientes tiene menos de 4 años al momento del diagnóstico (7). El tratamiento inicial es quirúrgico, con administración posterior de quimioterapia (8).

**HEPATOMA:** Las neoplasias primarias hepáticas son raras y representan 1-2% de todos los tumores malignos de la infancia. Dos terceras partes de estos son hepatoblastoma. Los tipos mas comunes son el hepatoblastoma y hepatocarcinoma. Ocurre en niños pequeños, con 80% de los casos reportados antes de los 3 años. La más efectiva modalidad de tratamiento es la resección completa, pero solo es posible en 40-50% de los pacientes. La QT juega un papel primordial para la erradicación de las metástasis subclínicas en enfermedad con resección completa (6).

**RETINOBLASTOMA:** Tumor maligno de la retina neural embrionaria. Edad media: 23 meses, el crecimiento del tumor puede ser intraocular de tipo endofítico o exofítico, causando desprendimiento de retina, combinado con desarrollo de glaucoma lo que origina la oclusión del tejido trabecular o por neovascularización del iris. El tratamiento depende de la extensión intra y extraocular y las modalidades terapéuticas son: Quimioterapia Sistémica, radioterapia externa y enucleación: Cuando no existen posibilidades de visión útil (6).

## **FAMILIA**

Se denomina así a un grupo humano constituido por personas con vínculos conyugales o consanguíneos que cohabitan durante ciertos espacios temporales, estableciendo relaciones afectivas. El sistema familiar se subdivide en unidades más pequeñas denominadas subsistemas, regidas por algunas reglas de interacción que no son válidas para el sistema en su conjunto. Así, los padres – subsistema parental – interactúan entre sí de un modo distinto a como lo hacen con sus hijos – subsistema filial – y los hermanos poseen una serie de reglas interaccionales que no se aplican a los padres. La familia, según Lauro Estrada, como todo organismo vivo tiene una historia, un nacimiento y un desarrollo. Se reproduce, declina y llega a morir. En cada uno de estos pasos se enfrenta con diferentes tareas, estableciendo el ciclo vital de la familia (9).

Funciones básicas de la familia, se describe así a las funciones mínimas que deben ser satisfechas por el núcleo familiar y dentro de ellas se encuentran las siguientes:

Función económica: se cumple si los integrantes de la familia satisfacen las necesidades básicas materiales.

Función educativa: se cumple si algún miembro de la familia no presenta comportamientos aceptados socialmente.

Función afectiva: se cumple si los miembros de la familia expresan o evidencian signos de satisfacción afectiva con su familia.

Función reproductiva: se cumple si las parejas han planificado su descendencia y se expresa ajuste sexual en ellas, así también se refieren a la satisfacción sexual (10).

Se denomina normofuncional a una familia cuando es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Cuando una familia no puede ejercer sus funciones, utilizamos el término de disfuncional. Toda familia presenta dificultades

cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases de su ciclo vital. Por lo tanto, la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos (11).

Existen tres tipos de relaciones familiares, reconocidas en base a las percepciones de los miembros de la familia con respecto a la cohesión, expresividad y capacidad para resolver conflictos. De ellas dos tipos tienen buen funcionamiento: La familia de apoyo caracterizada por altos niveles de cohesión y resolución de conflictos, toleran las diferencias de opinión y tratan constructivamente el conflicto a través de la comunicación efectiva. Tienen bajos niveles de morbilidad psicosocial y parecen no requerir terapia profesional durante el duelo.

Entre los altamente funcionales y pobremente funcionales está un tipo que exhibe moderada cohesión, pero todavía son propensas a la morbilidad psicosocial. Su funcionamiento ha sido llamado "intermedio" y tiende a deteriorarse bajo la tensión de muerte y pérdida.

La terapia de duelo enfocada a la familia está basada en la observación de que las familias disfuncionales y las intermedias presentan mayor morbilidad psicosocial durante los cuidados paliativos y la muerte (12).

## **DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Y EL IMPACTO EN LA FAMILIA**

El diagnóstico de una enfermedad hematooloncológica en uno de los miembros del grupo, se torna en un hecho no esperado, que al aparecer provoca cambios vivenciados por todos como algo negativo. Será un momento importante en la familia que definirá su crecimiento y enriquecimiento como grupo, o su total disfunción.

La familia es el pilar básico en la producción de cuidados del paciente crónico, sin su participación activa difícilmente se podrán alcanzar todos los objetivos, ya sean curativos o paliativos. De acuerdo a cómo se comporte el apoyo y el

soporte familiar, podremos predecir cómo será la adaptación del enfermo, así como la aceptación del tratamiento y las complicaciones que puedan ir surgiendo.

La mayoría de los aspectos traumáticos del cáncer que los padres enfrentan durante el diagnóstico y tratamiento como: Saber que su hijo tiene cáncer, empatizar con el dolor del niño, saber que podría morir, las hospitalizaciones en cuidados intensivos y en las salas de urgencias, constituyen un reto para la adaptación positiva a la enfermedad (1).

El duelo se presenta como una reacción natural de los individuos, en este caso ante la pérdida de la salud del hijo en cuestión, esta puede mejorar en forma espontánea y originar una adecuada canalización del dolor o traducirse en disfunción familiar. El diagnóstico por sí mismo condiciona stress psicosocial extremo de acuerdo a las escalas para evaluar la intensidad del stress psicosocial del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM III-R) (13).

El duelo constituye el conjunto de conductas que se producen en el superviviente cuando tiene lugar la ruptura del vínculo de apego, debido a la muerte de la otra persona o bien a la pérdida de la salud de la misma. No existe consenso acerca de cual es la duración normal de un duelo y no debe juzgarse como patológico sólo por su duración, sino que para ello deberá acompañarse de disfunción severa, fenómenos mentales y conductas patológicas identificadas.

El proceso de la muerte ha sido estudiado por psicólogos, sociólogos, médicos y otros profesionales. El modelo propuesto por Kubler-Ross en 1969 para interpretar el proceso es el más conocido. Supone cinco estadios por los que pasaría el paciente hasta llegar a una etapa final de aceptación de la muerte, situación análoga a la que presentan los padres por la pérdida de la salud del hijo:

1. La negación y el aislamiento.
2. La fase de ira.
3. Fase de pacto.

4. La depresión preparatoria.

5. Aceptación

Este es un intento artificial de esclarecer el síndrome del duelo normal que no deben entenderse como fases rígidamente sucesivas aunque guarden un cierto orden, por el contrario, estas fases se sobreponen en ocasiones o sufren avances y retrocesos, lo que en la práctica clínica crea dificultades para poder delimitar con claridad en cual nos encontramos. No todos los duelos van a sufrir una evolución normal con una progresión hacia la superación, sino que un porcentaje de las personas va a presentar evoluciones patológicas (14).

## **DUELO FAMILIAR**

Las interrelaciones entre los miembros de la familia son importantes para la superación de la crisis desencadenada por la pérdida y en ella juegan un papel primordial los siguientes factores:

Funcionalidad familiar: Funcionamiento familiar previo, es decir, grado de cohesión entre sus miembros, nivel de comunicación, de adaptabilidad, de flexibilidad en los roles, expresión emocional adecuada y manejo de los conflictos.

Grado de apoyo entre sus miembros. Familias cohesionadas y con soporte social intacto muestran mejor pronóstico que las aisladas en lo afectivo (12).

Los padres y madres reportan cambios positivos en ellos mismos, en sus relaciones y metas posterior al tratamiento del cáncer en sus hijos, los adolescentes y sus padres también notan cambios benéficos en como ellos tratan otros y como los miembros de familia y otros los tratan (15).

En las familias disfuncionales tienen altos niveles de morbilidad psicosocial, incluyendo la depresión clínica. De las familias de pacientes que reciben el cuidado paliativo, el 15 el %-20 % es disfuncional, y el índice se incrementa al 30 % durante la fase inicial de pérdida (16). Un estudio realizado en un hospital pediátrico de Ohio reportó que las madres presentan mayor estrés que los padres en los siguientes 12 meses posteriores al diagnóstico, así también hay mayor frecuencia de conflictos familiares que en madres de hijos sanos,

sugiriendo el diagnóstico de la enfermedad impacta en el funcionamiento familiar y la autopercepción de los padres, especialmente durante el primer año posterior al diagnóstico (17).

Aunque parece obvio que los niveles medidos en una familia debieran alcanzar un nivel óptimo después de una intervención psicológica, los resultados podrían no ser los esperados, ya que los parámetros evaluados no son necesariamente específicos como metas de las intervenciones en cuanto a funcionalidad de la familia como la mejora en la comunicación, percepción de cercanía afectiva, etc. (1).

Entre las alteraciones psicológicas mas frecuentemente descritas en familiares de pacientes que tienen diagnóstico de enfermedad oncológica son los trastornos del humor en los que destaca la depresión y los trastornos secundarios a situaciones estresantes de los cuales destaca la ansiedad, así como el trastorno de estrés postraumático. Considerando la comorbilidad de ansiedad y depresión, cuya coexistencia en personas que cumplen los criterios diagnósticos del DSM IV de ansiedad generalizada y depresión mayor; de ellas una de cada cuatro madres desarrolla trastorno de estrés postraumático (18). Es importante señalar que esto no solo ocurre en enfermedad hemato-oncológica, ya que por ejemplo en el caso de padres de niños con diagnóstico de cáncer la prevalencia de estrés postraumático es menor que en padres de niños en quienes se diagnostica diabetes tipo 1 (15).

Dentro de la bibliografía hispana consultada no se encontraron reportes de la evaluación de psicopatología en padres de pacientes pediátricos con enfermedad oncológica. En la literatura americana no se encontraron datos referentes al grupo etario de nuestro estudio. Si bien se ha reportado en las series consultadas donde se evalúan en general los padres de pacientes en todas las edades pediátricas y refieren que la ansiedad y la depresión están presentes con mayor frecuencia al momento del diagnóstico llegando hasta el 32 y 35%; se reporta que **un año después del diagnóstico** los niveles de ansiedad y depresión son: **12.3% y 11.1% respectivamente** (19), mostrando un nuevo incremento a los 5 años posteriores al diagnóstico reportándose entre

10-30% en ambos casos, lo cual se asocia al temor por la recurrencia de la enfermedad en casos de pacientes en vigilancia o bien por la recurrencia y mala respuesta en tratamiento en casos de pacientes con recaída (20). Utilizando análisis de regresión multivariada, se encontró que la ansiedad durante el tratamiento de la enfermedad oncológica es un predictor significativo de la presencia de estrés postraumático para madres, pero no para padres, estando esto asociado al tiempo transcurrido desde el término del tratamiento (21). Sin embargo el periodo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad podría no explicar las variaciones en las reacciones de estrés o el miedo relacionado con la enfermedad, la edad del niño en el diagnóstico y la situación del tratamiento en el momento de la evaluación sobrepasan al tiempo transcurrido desde el diagnóstico como predictores de la ansiedad paterna (22) Para las madres se han identificado como factores de riesgo asociados a estrés postraumático grave : ansiedad rasgo, funcionalidad familiar previa, la presencia de secuelas y el intervalo de 5-9 años del momento de diagnóstico , mientras que para los padres la presencia de ansiedad rasgo es el factor relacionado mas significativo (23). Las madres de niños con diagnóstico de cáncer tienen bajo riesgo de presentar estrés postraumático de inicio tardío. La mayoría de los padres muestran tendencia a ajustarse en forma adecuada después de la fase inicial del duelo; mientras que las madres continúan experimentando reacciones de estrés que interfieren con sus ajustes personales e interpersonales. Las madres con puntuaciones elevadas de ansiedad y antecedentes de eventos estresantes en su vida, son particularmente vulnerables. En este caso, las pruebas existentes no se encuentran estandarizadas, con puntos de corte óptimos, por lo que incrementa la sensibilidad a expensas de la especificidad, aún en el caso de la escala SCID-PTSD la cual ha sido usada como “estándar de oro”. Por lo que las pruebas utilizadas para tamizaje, no son prácticas ya que identifican a individuos en riesgo aunque no tengan el trastorno, ocasionando evaluaciones subsecuentes innecesarias y costosas (15), motivo por el cual no se incluirá en este estudio.

Cabe señalar que la asociación entre las alteraciones psiquiátricas y la edad del diagnóstico para sobrevivientes al cáncer, tiene una relación directamente proporcional, tanto en el paciente como en sus padres (24). Es conocido que la radioterapia craneal es un factor de riesgo inmediato y tardío para el desarrollo de secuelas funcionales en los pacientes, aunque es inusual en muchas formas de cáncer pediátrico es parte del tratamiento estándar en tumores del sistema nervioso central y se ha observado que el uso de esta modalidad terapéutica incrementa el estrés paterno. Mientras que en los pacientes con tumores óseos, los tratamientos quirúrgicos radicales, la limitación funcional y las alteraciones renales consecutivas al tratamiento, motivo por el cual en algunos estudios se ha categorizado el diagnóstico, dando a estas neoplasias el término de “cáncer de la infancia con complicaciones” . Por lo anterior los padres de niños con tumores óseos y del sistema nervioso requieren información individualizada y medidas de apoyo no solo durante el tratamiento, sino al terminar el mismo (25).

## **ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

La ansiedad es definida por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales como:

- A.** Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B.** Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C.** La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).
  1. Inquietud o impaciencia.
  2. Fatigabilidad fácil.
  3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
  4. Irritabilidad.
  5. Tensión muscular.

**6.** Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

**D.** El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno.

**E.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**F.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

En cuanto a la depresión el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales la define como:

**A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer, excluyendo los síntomas debidos a enfermedad médica.

**1.** Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (llanto).

**2.** Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

**3.** Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

**4.** Insomnio o hipersomnia casi cada día.

**5.** Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

**6.** Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

**B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

**C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

**E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. (13)

Es importante señalar que el desarrollo de síntomas emocionales o de comportamiento relacionados con un estresor psicosocial que es identificable en forma clara y que no entra dentro de los límites de uno de estos diagnósticos, o aún como diagnóstico agregado, podemos hablar entonces de un trastorno adaptativo y se clasifican según la reacción en trastorno con estado de ánimo depresivo, ansiedad o trastorno del comportamiento.

Existen muchas escalas para evaluar la intensidad o gravedad de la ansiedad y la depresión, de ellas hemos decidido utilizar la escala de Hamilton para evaluar ansiedad y el inventario de Beck para evaluar depresión ya que se trata de escalas autoevaluativas, lo cual los convierte en instrumentos útiles para este trabajo ya que no requieren estandarización del entrevistador. Las características de estas pruebas se describen a continuación.

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (1959)

Es un instrumento cuya finalidad es evaluar la intensidad de la ansiedad, es una escala heteroaplicada que consta de 14 ítems, conteniendo cada ítem varias fases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente, sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Los ítems evalúan aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad, además un ítem evalúa el ánimo deprimido.

Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad y no se ha demostrado su utilidad para evaluar un trastorno de ansiedad en específico. El marco de referencia son los últimos tres días excepto en el último ítem en que se evalúa la conducta del individuo ante la entrevista.

En la versión modificada por Balleguer y Lewis se crearon instrucciones sencillas para asignar las puntuaciones mas adecuadas para el paciente, con el fin de incrementar la fiabilidad interevaluador.

Proporciona una media global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.

Las instrucciones válidas para los trece primeros ítems son: Identifique entre todos los síntomas posibles para cada ítem el mas problemático en los últimos días y determine en este estos tres aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.

AUSENCIA DE ANSIEDAD	0-5 PUNTOS
ANSIEDAD LEVE	6-14 PUNTOS
ANSIEDAD MODERADA/GRAVE	>15 PUNTOS

## PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Sus índices psicométricos han sido estudiados mostrando buena constancia interna con un alfa de Crombach 0.83-0.95 La fiabilidad test oscila alrededor de  $r = 0.9$ , a diferencia de la escala anterior evalúa el estado en forma reciente, por lo disminuye el sesgo en cuanto a temporalidad.

Validez:

Muestra una correlación con otras escalas. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.65 y 0.98 (media 0.81) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.60 y 0.83 (media 0.71). No cuenta con validaciones en nuestro país, sin embargo las validaciones internacionales demuestran un buen rendimiento. (26).

SENSIBILIDAD	100%
ESPECIFICIDAD	100%
VALOR PREDICTIVO POSITIVO	0.85
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO	1

### **INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (1961).**

El inventario de Depresión de Beck (BAI) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad de la depresión, conteniendo cada ítem varias fases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que éste seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Beck y cols.(1979) da a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo ésta la más utilizada.

Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada

ítem, que evalúan la gravedad y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

### INTERPRETACIÓN

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de los 0 a 3 puntos.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad son los siguientes:

AUSENCIA DE DEPRESIÓN	0-9 PUNTOS
DEPRESIÓN LEVE	10-19 PUNTOS
DEPRESIÓN MODERADA	19-29 PUNTOS
DEPRESIÓN GRAVE	>30 PUNTOS

### PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.92) La fiabilidad test oscila alrededor de  $r = 0.8$ , pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su aplicación.

Validez:

Muestra una correlación con otras escalas. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6). Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento (27):

SENSIBILIDAD	100%
ESPECIFICIDAD	99%
VALOR PREDICTIVO POSITIVO	0.72
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO	1

Este es un instrumento de tamizaje el cual permite identificar que pacientes presentan manifestaciones de la enfermedad estudiada, no permite discriminar entre la depresión reactiva o crónica, en todos los casos se indagó sobre la presencia de síntomas depresivos previos al diagnóstico de la enfermedad del niño.

## **JUSTIFICACIÓN:**

El hospital de pediatría del Centro Médico Siglo XXI, es una institución de referencia para pacientes con patología hematooncológica en nuestro país, ocupando un lugar importante como causa de consulta y hospitalización. Por lo tanto es importante indagar acerca de los niveles de ansiedad y depresión de los padres de pacientes preescolares con patología hematooncológica, ya que conocer tales datos nos permitirá establecer estrategias para mejorar la calidad de la atención durante la estancia hospitalaria.

Varios estudios han sido dirigidos a investigar la ocurrencia de estrés postraumático en padres de niños con cáncer. Los hallazgos muestran que muchos padres de niños con cáncer experimentan alteraciones psicológicas relacionadas con la enfermedad de sus hijos. La ansiedad paterna requiere atención durante el tratamiento de cáncer infantil y al terminar el mismo. La asociación entre el tratamiento del cáncer, la familia y el apoyo social son otros importantes objetivos de intervención. Dado lo anterior, apropiadas intervenciones psicosociales deberían ser ofrecidas a los padres en el momento en que estas se presenten.

Como ya fue señalado en el marco teórico el periodo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad podría no explicar las variaciones en las reacciones de estrés o el miedo relacionado con la enfermedad, pudiendo ser la edad del niño al momento del diagnóstico y la situación del tratamiento en el momento de la evaluación predictores de la ansiedad paterna (22). Así también considerando el hecho de que las evaluaciones reportadas en la literatura son entre 5 y 9 años después del diagnóstico, es decir en la etapa escolar, decidimos realizar esta evaluación en los padres de preescolares. (23)

Ya que para el diagnóstico de ansiedad el DSM-IV refiere que los síntomas deberán estar presentes al menos seis meses y tomando en cuenta que las fases de duelo pueden sobreponerse decidimos incluir en este estudio a todos los pacientes que cumplan dicho criterio después del diagnóstico definitivo.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Las alteraciones psicológicas en padres de pacientes con patología hematooncológica son frecuentes y entre ellas destacan: ansiedad y depresión, durante la remisión o curación de la enfermedad. La importancia de identificar la presencia de las mismas durante el curso de la enfermedad radica en el impacto que estas pueden ocasionar en la adaptación del paciente, en los cuidados hacia el mismo y en la adherencia terapéutica.

Se han descrito la presencia de altos niveles de ansiedad y depresión al momento del diagnóstico, originados por la incertidumbre de la evolución, estos presentan modificaciones durante el tratamiento de la enfermedad, en algunos casos ocasionando el abandono del mismo.

Es por ello que el conocer la frecuencia de estas alteraciones psiquiátricas nos permite crear estrategias sustentables para evitar entorpecer el tratamiento y el efecto deletéreo de esto en el pronóstico del paciente.

¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y depresión en padres de preescolares con patología hematooncológica en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI?

## **HIPÓTESIS:**

Considerando lo reportado planteamos que la frecuencia de ansiedad y depresión en los padres de niños con enfermedad hematoológica en nuestro hospital es igual a la reportada en la literatura de **10%**, considerando que realizamos la evaluación de los padres al menos 6 meses después del diagnóstico definitivo de cáncer en su hijo.

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en padres de preescolares con patología hematooncológica.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Identificar frecuencia y niveles de depresión en padres de preescolares con patología hematooncológica del Hospital de pediatría del Centro Médico Nacional.

Identificar la frecuencia y niveles de ansiedad en padres de preescolares con patología hematooncológica del Hospital de pediatría del Centro Médico Nacional.

Detectar factores asociados a la presencia de alteraciones psiquiátricas en los padres después del diagnóstico definitivo de patología hematooncológica.

## **SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS**

**Lugar:** Se realizó en el hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, el cual es una unidad médica de alta especialidad, unidad de referencia de derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, que son enviados de hospitales de la Región Centro, que comprenden la Delegación Sur del D.F. y los estados de Chiapas, Guerrero, Morelos, Querétaro, Veracruz, así como a pacientes referidos de otras unidades con dispensa de trámites.

**DISEÑO:** Estudio Transversal Descriptivo (observacional, prospectivo)

**GRUPO DE ESTUDIO:** Se estudiaron los padres de pacientes con edad comprendida entre 18 meses y 5 años 11 meses, los cuales cursaban con enfermedad hemato-oncológica, con diagnóstico definitivo, en cualquier estadio de la enfermedad y que hubieran recibido tratamiento oncológico en esta unidad.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Ser padres de pacientes en etapa preescolar con diagnóstico definitivo de patología oncológica, con al menos seis meses de evolución.\*
2. Que el paciente haya recibido tratamiento.
3. El paciente debe haber sido hospitalizado para recibir tratamiento oncológico.
4. Edad del paciente comprendida entre 18 meses y 5 años 11 meses.

\*Fueron incluidos padre y madre de cada niño, así como padres y madres por separado en el caso de familias uniparentales.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Que el paciente haya sido hospitalizado por otro motivo diferente a recibir tratamiento.

#### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Muerte del paciente durante el internamiento en el cual se realizó la entrevista.

## **TIPO DE MUESTRA**

Probabilística

### **Cálculo del tamaño de muestra:**

La población Universo total de estudio es de 157 pacientes, de los cuales 52 tienen diagnóstico de leucemia y 105 con diagnóstico de algún tumor sólido.

Con los datos anteriores se calculó el tamaño de muestra con el paquete estadístico EpiDat 3.1, considerando lo siguiente: Alfa = 0.95, Intervalo de confianza = 95%, proporción esperada de padres con depresión y ansiedad en la población del 10% ( $\pm 2.5$ ). Número de padres a evaluar = 151.

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

1. Familia: Grupo humano constituido por personas con vínculos conyugales o consanguíneos que cohabitan durante ciertos espacios temporales, estableciendo relaciones afectivas.

2. Ansiedad: Condición del organismo que se caracteriza por sentimientos de aprensión y tensión subjetivos, percibidos conscientemente y por incremento en la actividad del sistema nervioso autónomo.

3. Depresión: Es un sentimiento de desesperanza, hacia el futuro y hacia el mundo en general.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
DEPRESIÓN	Es un sentimiento de desesperanza, hacia el futuro y hacia el mundo en general.	Puntuación de 10 o mas en el inventario de depresión de Beck De acuerdo a la Intensidad de los síntomas se clasifica como: AUSENTE:0-9 PUNTOS. LEVE: 10-19 PUNTOS. MODERADA: >30 PUNTOS.	NOMINAL DICOTÓMICA	DEPENDIENTE
ANSIEDAD	Condición del organismo que se caracteriza por sentimientos de aprensión y tensión subjetivos, percibidos conscientemente y por incremento en la actividad del sistema nervioso autónomo.	Puntuación de 6 o mas en la escala Ansiedad de Hamilton. De acuerdo a la intensidad de los síntomas se clasifica como: AUSENTE: 0-5 PUNTOS LEVE: 6-14 PUNTOS MODERADA/GRAVE: >15 PUNTOS	NOMINAL DICOTÓMICA	DEPENDIENTE
ENFERMEDAD ONCOLÓGICA	Conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas, con crecimiento y división fuera de los límites normales, con capacidad para invadir otros tejidos.	Reporte de patología confirmatorio para patología oncológica	NOMINAL DICOTÓMICA	INDEPENDIENTE
PADRE	Persona del sexo masculino que ha tenido a un hijo.		NOMINAL DICOTÓMICA	
MADRE	Persona del sexo femenino que ha tenido a un hijo.		NOMINAL DICOTÓMICA	
HERMANO	Persona que con respecto a otra tiene los mismos padres, o solamente el mismo padre o la misma madre		NOMINAL DICOTÓMICA	26

## **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:**

1. Una vez hospitalizado el paciente preescolar con enfermedad hematoológica para recibir tratamiento se le explicó al padre del niño en que consistía este estudio, se le proporcionaron dichos instrumentos (inventario de Beck y cuestionario de Hamilton), en caso de aceptar participar. Se decidió utilizar estos instrumentos debido a su característica de autoaplicación, así como por tener una adecuada especificidad, ambos se encuentran validados en nuestro país como instrumentos de tamizaje para las entidades a estudiar en esta investigación.

Se revisó el llenado completo de los mismos y posteriormente se estableció el puntaje obtenido y con este se determinó con base en la escala del instrumento, la presencia o no de sintomatología depresiva o ansiosa, según el caso, y la intensidad de la misma. De acuerdo a estos los casos positivos se les dio un pase al servicio de salud mental de esta unidad para ser evaluados por el área de psiquiatría con el fin de realizar el diagnóstico de las entidades sospechadas con base en las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios; a los casos urgentes se les proporcionó tratamiento de inicio.

2. Se llenó la hoja de recolección de datos con las variables a estudiar, verificando que la información este completa.

3. Se categorizaron variables y se ingresaron los datos a una base mediante el programa Excell.

4. De acuerdo a la base de datos de Excell se analizaron los datos mediante estadística descriptiva del programa estadístico SPSS.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Se realizó categorizando cada una de las variables e ingresando sus datos en la base del programa Excell, para posteriormente analizarlos mediante estadística descriptiva con el paquete estadístico SPSS y EpiData 3.1 para estimación de razón de momios.

## **ASPECTOS ÉTICOS:**

Se trató de una investigación con riesgo mínimo debido a la aplicación de ***exámenes psicológicos de tamizaje rutinarios***, en el que no se manipuló la conducta del sujeto. Este estudio requirió de firma de consentimiento informado, el cual se anexó a este formato, los resultados obtenidos del mismo son confidenciales y los casos positivos detectados fueron canalizados al área de salud mental, por lo que si el padre del paciente aceptaba participar en el estudio no tendría implicaciones éticas.

**FACTIBILIDAD:** El estudio fue factible ya que se contó con dos instrumentos validados para la detección de sintomatología ansiosa y depresiva en padres de pacientes preescolares con enfermedad hemato-oncológica, además del apoyo de salud mental para canalización de los mismos en caso de así requerirlo. También contamos con el material para el registro y vaciamiento de datos, así como su análisis.

## RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 82 madres y 72 padres de 86 niños, cuyas características se describen en la tabla 1,. Se incluyeron un total de 86 niños, 46 niñas y 40 niños, con una relación hombre : mujer de 1:1.1, con una mediana de edad de 3 años, con un rango de 18 meses a 71 meses, el 74.4% de los pacientes eran tratados por el servicio de oncología, mientras que el 25.6% era manejado por el servicio de hematología. De ellos el 25.6% presentaba alguna limitación funcional como consecuencia del tratamiento de la enfermedad de base. En lo referente a las madres el rango de edad fue de 22-40 años, con una media de 30.06 años, el 44.2% con escolaridad bachillerato, con respecto a las padres, el rango de edad fue de 23-52 años, con una media de 31.5 años, el 37.2% con escolaridad licenciatura.

En la tabla 2, se reportan los diagnósticos mas frecuentes encontrados en los niños incluidos en este estudio.

**TABLA 1. DATOS GENERALES**

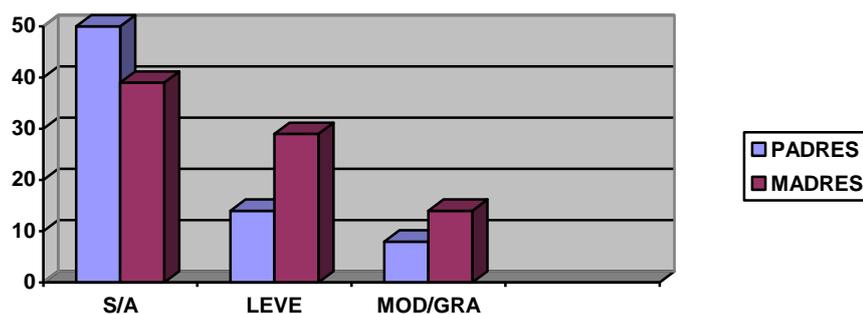
VARIABLE	VALORES	VALORES EXTREMOS/ PORCENTAJES
EDAD	MEDIANA 3 AÑOS	VALORES EXTREMOS 18 MESES-71 MESES
SEXO	FEMENINO 46 MASCULINO 40 RELACIÓN HOMBRE: MUJER 1:1.1	53.5% 46.5%
ONCOLOGIA	64	74.4%
HEMATOLOGÍA	22	25.6%
LIMITACIÓN FUNCIONAL	22	25.6%
DATOS DE LAS MADRES		
VARIABLE	MODA	VALORES EXTREMOS, MEDIA Y MEDIANA
EDAD	29 AÑOS, 16 (18.6%)	22-40 AÑOS, MEDIA 30.06 AÑOS, MEDIANA 29.5 AÑOS
ESCOLARIDAD	BACHILLERATO, 38 (44.2%)	PRIMARIA-LICENCIATURA
DATOS DE LOS PADRES		
VARIABLE	MODA	VALORES EXTREMOS, MEDIA Y MEDIANA
EDAD	32 AÑOS, 9 (10.5%)	23-52 AÑOS, MEDIA 31.5 AÑOS, MEDIANA 31 AÑOS
ESCOLARIDAD	LICENCIATURA 32 (37.2%)	SECUNDARIA- LICENCIATURA

**TABLA 2. DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES**

TUMOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO	24	27.90%
LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	22	25.6%
RENALES	9	10.5%
LINFOMAS	9	10.5%
RETINOBLASTOMA	7	8.1%
TESTICULARES	6	6.9%
OTROS	9	10.5%

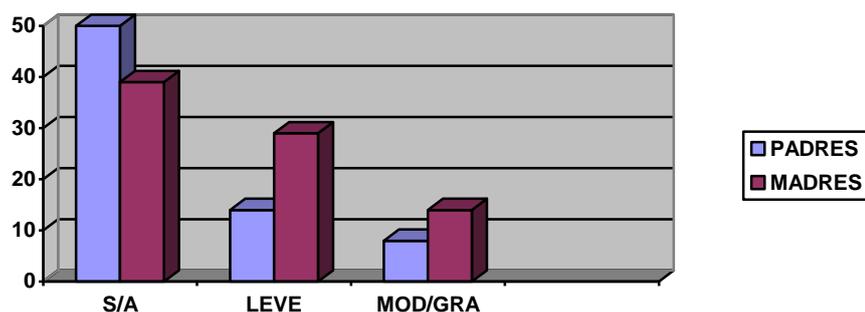
En la gráfica 1, muestra que en el 30% de los padres se encontraron puntuaciones de la escala de Hamilton compatibles con ansiedad, mientras que en las madres esta puntuación fue alcanzada en el 52% de las mismas, de ellas en 32.5% presentó ansiedad moderada/severa, mientras que en los padres esta fue del 36.3%.

**GRÁFICA 1. ANSIEDAD E INTESIDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA**



En lo referente a depresión, en la gráfica 2, se muestra que en el caso de las madres se alcanzaron puntuaciones en el inventario de Beck compatibles con depresión en hasta el 46.4% de las evaluaciones, sin embargo la intensidad de la misma fue menor con respecto a lo obtenido para ansiedad, ya que solo el 3.6% de los casos presentó depresión grave. En el caso de los padres solo se presentó depresión en el 16.6% de los casos y de ellos todos se reportaron con depresión leve.

**GRÁFICA 2. DEPRESIÓN E INTENSIDAD DE LA SINTOMATOLOGIA**



En la tabla 3, se describe el análisis realizado a los factores asociados que fueron estudiados en relación a los padres, al realizar el análisis por prueba exacta de Fisher, la escolaridad, limitación funcional, hijos adicionales no fueron estadísticamente significativos, ante estos resultados se realizó un análisis de regresión lineal, que se muestra en la tabla 4 y se encontró asociación entre el tiempo de evolución y la presencia de ansiedad paterna, estadísticamente significativa.

**TABLA 3. FACTORES ESTUDIADOS Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE PSICOPATOLOGÍA EN LOS PADRES**

VARIABLE	DEPRESIÓN			ANSIEDAD		
	OR	IC	p	OR	IC	p
ESCOLARIDAD NIVEL SUPERIOR	OR 1.36	IC (0.33-5.54)	p 0.8	OR 1.8	IC (0.58-5.6)	p 0.37
LIMITACIÓN FUNCIONAL DEL NIÑO	OR 1.22	IC (0.06-1.21)	p 0.56	OR 0.86	IC (0.06-2.44)	p 0.25
HIJOS ADICIONALES	OR 1.22	IC (0.34-4.1)	p 0.5	OR 1.75	IC (0.62-4.9)	p 0.2

**Tabla 4 . ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAR PARA FACTORES RELACIONADOS A ANSIEDAD PATERNA**

Paso	variable	t	Sig.
1	(Constante)	,772	,443
	EDAD	-1,521	,133
	EDAD PADRE	-1,356	,180
	TIEMPO DE EVOLUCION	2,231	,029
	HERMANOS	,808	,422
	ESCPADRE	1,306	,196
2	(Constante)	,856	,395
	EDAD	-1,463	,148
	EDAD PADRE	-1,375	,174
	TIEMPO DE EVOLUCION	2,432	,018
3	ESCPADRE	1,231	,223
	(Constante)	1,186	,240
	EDAD	-1,344	,184
4	EDAD PADRE	-1,105	,273
	TIEMPO DE EVOLUCION	2,672	,009
	(Constante)	,470	,640
5	EDAD	-1,264	,211
	TIEMPO DE EVOLUCION	2,778	,007
	(Constante)	-,888	,378
	TIEMPO DE EVOLUCION	3,032	<b>,003</b>

**Variable dependiente : Ansiedad paterna**

En la tabla 5 se describe el análisis de los factores asociados en madres, mediante el cual se obtuvo como único factor significativo asociado al desarrollo de ansiedad, el tener otros hijos, mediante la prueba exacta de Fisher un OR 20.56 con IC 5.84-77.47 y una p 0.001, lo que se corroboró en el análisis de los factores asociados mediante regresión lineal (tabla 6), y a diferencia de los padres, el tiempo de evolución de la enfermedad no fue significativo en el análisis de regresión lineal.

**TABLA 5. FACTORES ESTUDIADOS Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE PSICOPATOLOGÍA EN LAS MADRES**

VARIABLE	DEPRESIÓN			ANSIEDAD		
ESCOLARIDAD NIVEL SUPERIOR	OR 1.88	IC (0.68-5.2)	p 0.2	OR 1.0	IC (0.36-2.82)	p 0.8
LIMITACIÓN FUNCIONAL DEL NIÑO	OR 0.28	IC (0.06 - 1.21)	p 0.56	OR 0.43	IC (0.06-2.44)	p 0.25
HIJOS ADICIONALES	OR 1.71	IC (0.7-41)	p 0.2	OR 20.56	IC (5.84-77.47)	p 0.001

**TABLA 6. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAR PARA FACTORES RELACIONADOS A LA ANSIEDAD MATERNA**

Paso	variable	t	Sig.
1	(Constante)	,329	,743
	EDAD	1,604	,113
	TIEMPO DE EVOLUCION	,972	,334
	HERMANOS	6,478	,000
	EDAD MADRE	-,445	,658
	ESCMADRE	-1,103	,274
2	(Constante)	-,062	,950
	EDAD	1,613	,111
	TIEMPO DE EVOLUCION	,989	,326
	HERMANOS	6,546	,000
3	ESCMADRE	-1,157	,251
	(Constante)	,564	,574
	EDAD	1,457	,149
4	HERMANOS	6,921	,000
	ESCMADRE	-1,122	,265
	(Constante)	-,309	,758
5	EDAD	1,466	,147
	HERMANOS	6,973	,000
	(Constante)	2,533	,013
	HERMANOS	7,087	<b>,000</b>

**Variable dependiente : Ansiedad materna**

## **DISCUSIÓN DE RESULTADOS:**

En las series consultadas donde se evalúan en general los padres de pacientes con enfermedad hematooloncológica en todas las edades pediátricas se refiere que la ansiedad y la depresión están presentes con mayor frecuencia al momento del diagnóstico llegando hasta el 32%; se reporta que un año después del diagnóstico los niveles de ansiedad son de hasta 12.3%, mostrando un nuevo incremento a los 5 años posteriores al diagnóstico reportándose entre 10-30% (9), en nuestro estudio en cuanto a la ansiedad el tiempo promedio entre el diagnóstico y la evaluación fue de 8 meses, encontrando que al momento de la evaluación el 42.2% presentaban ansiedad y de ellos el 33% cursaban con ansiedad moderada/grave (21), es decir a los 8 meses del diagnóstico sobrepasan la frecuencia esperada para el momento del mismo y se triplica la esperada para el año de evolución, esto puede ser debido al distanciamiento familiar, así como al incremento en los gastos condicionados por traslado de sus ciudades de origen a esta unidad.

Por principio se han establecido los diagnósticos de alteraciones como Depresión y Ansiedad con escalas específicas, aunque se sabe que existen cuadros que no cumplen con los criterios establecidos para los mismos, tratándose entonces de Trastornos adaptativos, ante un evento estresante, y no como una alteración psiquiátrica primaria, en los párrafos que siguen se discutirán como diagnósticos aislados y su relación con la enfermedad de los hijos, quedando claro que no es un trastorno primario o previo.

En lo referente a la depresión se reporta una frecuencia al momento del diagnóstico de 35%, después de un año de 11.1% y en los 5 años posteriores de hasta 30%, en nuestro estudio encontramos una frecuencia de 32%, similar a la reportada al momento del diagnóstico y cinco años después, de ellos el 94% con depresión leve y el 6% restante con depresión grave. Esta frecuencia también es el triple de la esperada para el año posterior al diagnóstico. De los 50 casos con puntuación del inventario de Beck equivalente a depresión 38 (76%) fue representado por las madres, de las cuales el 16% eran madres solteras o divorciadas, factores que influyen en este hallazgo,

desafortunadamente no se indagó sobre sus redes de apoyo, ya que la carencia de estas, pudiera explicar la alta proporción de depresión en la madres. La frecuencia de ansiedad y depresión es persistentemente elevada en nuestra población y se ha atribuido a múltiples factores psicológicos entre ellos la habilidad de los padres para enfrentar las situaciones de crisis, así como por la falta de información proporcionada o de comprensión de la evolución del padecimiento, o bien por la falta de intervenciones específicas para la atención de los padres, como se reportó en un trabajo local en 2005<sup>(28)</sup>, en la cual se informó que aunque los médicos niegan tener problemas con el cuidado de un niño con una enfermedad mortal, refieren estar muy ocupados para hablar más del tiempo necesario con la familia del menor.

Un estudio realizado en un hospital pediátrico de Ohio reportó que las madres presentan mayor ansiedad que los padres en los siguientes 12 meses posteriores al diagnóstico (17), lo cual coincide con lo reportado en nuestra población de estudio, ya que en lo referente a ansiedad la relación padre : madre es de 1:1.9, al momento de la evaluación, en promedio a los 8 meses posteriores al diagnóstico.

La asociación encontrada del número de hijos con la ansiedad materna contrasta con lo reportado en un estudio sobre la presencia de alteraciones psiquiátricas en padres de niños con diagnóstico de cáncer, en el cual determinaron que el hecho de tener otros hijos hace menos frecuente la presencia de dichas alteraciones (2), no obstante en las madres de nuestro estudio este hecho representa un factor de riesgo. Esto puede atribuirse a la falta de redes de apoyo o bien a la disfunción del núcleo familiar, ya que se ha observado que las familias cohesionadas y con soporte social intacto muestran mejor respuesta al diagnóstico, es decir desarrollan los cambios adaptativos necesarios (12), mientras que las familias disfuncionales tienen altos niveles de morbilidad psicosocial, además de rupturas familiares y/o abandono (16).

En lo referente al tiempo de evolución se determinó que en nuestra población fue un factor asociado a la presencia de ansiedad en los padres, contrario a lo obtenido en un estudio realizado en padres de niños con cáncer en distintos estadios de la enfermedad, en el que la edad del niño y la situación del

tratamiento sobrepasan al tiempo transcurrido desde el diagnóstico como predictor de ansiedad paterna (22) ; en el caso de las madres este no fue un factor significativo contrario a lo encontrado en otro estudio en el que se observó a mayoría de los padres muestran tendencia a ajustarse en forma adecuada después de la fase inicial del duelo; mientras que las madres continúan experimentando reacciones de estrés que interfieren con sus ajustes personales e interpersonales, por lo que se considera que el tiempo de evolución pareciera ser un factor asociado con el desarrollo de ansiedad materna, y la no asociación, puede explicarse probablemente a un error tipo II (23).

Otro de los factores que se reporta en la literatura como asociado con el desarrollo de ansiedad y depresión en los padres es la presencia de limitación funcional posterior al tratamiento (25), en este estudio no se encontró relación, esto puede ser consecuencia de la idiosincrasia cultural por el temor a la muerte que lleva a los padres a pensar que el mayor peligro está en la situación de vida o muerte, y no en la limitación funcional, a pesar de la mala calidad de vida que tenga el paciente como consecuencia del tratamiento.

La hipótesis inicial de nuestro estudio fue descartada, ya que la frecuencia encontrada fue mucho mayor a la esperada de acuerdo a la bibliografía consultada, probablemente como consecuencia de la información recibida por los padres del paciente.

Las principales limitaciones de este trabajo son: Haber incluido en el estudio solo a padres de preescolares, ya que de acuerdo a los resultados obtenidos la edad del paciente al momento del diagnóstico no es un factor de riesgo para el desarrollo de las entidades estudiadas, que se puede explicar ya que el rango de edad fue limitado de 18 a 72 meses. Otra limitante fue el tamaño de la muestra, el cual pudiera favorecer algún error tipo II en el análisis de la relación entre la presencia de la ansiedad y el tiempo de evolución del padecimiento, impidiendo establecer en forma concluyente dicha asociación pero no tanto relacionado a el número de padres a estudiar (ya que si se cubrió el tamaño de muestra proyectada), sino a la distribución del tiempo de evolución.

Además de lo anterior debieron indagarse otros aspectos, tales como funcionalidad familiar previa al diagnóstico del niño, la presencia o no de redes de apoyo en la familia, la realización de actividades de esparcimiento en familia a partir del inicio de la enfermedad en el niño, entre otros, datos que hubiesen ayudado a establecer en forma mas contundente, si los resultados obtenidos realmente son atribuibles a los motivos que han sido argumentados en la sección previa o solo son consecuencia de la coexistencia de otras condiciones.

Otro aspecto relevante es que queda por dilucidar si la presencia de ansiedad y/o depresión en alguno de los padres, tiene influencia sobre el apego al tratamiento y la evolución misma de la enfermedad.

Con los datos anteriores, se hace evidente la necesidad de realizar un estudio prospectivo, para establecer en forma más precisa los factores de riesgo para estas dos entidades patológicas, incluyendo a los pacientes de todas las edades pediátricas y de corroborar los datos obtenidos en este trabajo o identificar otros, establecer medidas preventivas en los padres que se detecten factores predisponentes a ansiedad y /o depresión.

## **CONCLUSIONES:**

- La frecuencia de ansiedad y depresión en ambos padres de preescolares con patología hemato-oncológica fue de 42.2% de ansiedad y 32% de depresión , similar a lo que se reporta en la literatura al momento del diagnóstico. Lo cual nos lleva a concluir que los síntomas de ansiedad y depresión en esta población se mantienen hasta por un espacio de al menos 8 meses posterior al diagnóstico, contrario al descenso reportado hasta un 11% 12 meses del mismo. Por ello es necesaria la atención oportuna a los padres de dichos pacientes, así como la implantación de medidas de apoyo para favorecer una mejor adaptación durante el proceso de duelo y con ello propiciar el apego al tratamiento.
- La frecuencia de ansiedad y depresión en los padres preescolares con patología hemato-oncológica del hospital de pediatría es igual a la reportada en la literatura.
- En el caso de las madres la frecuencia de ansiedad y de depresión es 20% mayor a lo reportado en la literatura.
- En este estudio no hay diferencia en la presentación de depresión con relación al nivel educativo, numero de hijos, tiempo de evolución de la enfermedad o limitación funcional del niño posterior al tratamiento.
- En lo referente a la ansiedad se identificó como factor de riesgo para los padres el tiempo de evolución de la enfermedad del niño, coincidiendo con lo reportado, sin embargo en las madres el único factor de riesgo identificado fue el tener otros hijos.
- Las necesidades de apoyo psicológico e incluso psiquiátrico para los padres de nuestros pacientes oncológicos es determinante para el manejo integral del paciente, sin embargo se encuentra limitado por la imposibilidad de los médicos para proporcionar medicamentos por causas como necesidad de ser referidos a su unidad de adscripción, con la incapacidad que representa en la mayoría de los casos el traslado a la misma. Dado lo anterior sería conveniente evaluar la dispensa para apoyo farmacológico y psicológico para padres en dicha condición dentro de nuestro hospital.

- Es importante señalar que dentro de las intervenciones a realizar por el médico en familiares de pacientes con enfermedad oncológica se encuentran: La identificación de sujetos con factores de riesgo con el fin de derivarlos a los especialistas en salud mental, el criterio de derivación debe ser más bien guiado por la gravedad del cuadro subyacente que por la presencia del duelo. El médico deberá disponer de soporte farmacológico y psicoterapéutico de apoyo, además de cubrir demandas tales como la escucha activa, la contención emocional, intervenciones psicoeducativas y conductuales y en caso de así requerirlo medicamentos ansiolíticos y antidepresivos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Anne E. Kazak, PHD, Steven Simms, PHD, Melissa A. Alderfer, PHD, **Feasibility and Preliminary Outcomes from a Pilot Study of a Brief Psychological Intervention for Families of Children Newly Diagnosed with Cancer** Journal of Pediatric Psychology 30(8) pp. 644–655, 2005.
2. Anna Maria Patiño-Fernández, PhD , Ahna L.H. Pai, PhD , Melissa Alderfer, PhD , **Acute stress in parents of children newly diagnosed with cancer** Pediatric Blood Cancer ;50:289-292. 2008.
3. Clara Pérez Cárdenas, **Repercusión familiar de un diagnóstico oncológico.** Revista de la Unión Latinoamericana de Psicología Numero 13, 2005 pp 115-127.
4. Fuente: INEGI. **Estadísticas Demográficas**, cuaderno núm. 15, 2004; <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2004/nino04.pdf/14/12/09>.
5. Arturo Fajardo-Gutiérrez, **Mortalidad por cáncer en niños**, Bol Med Hosp Infant Mex, 62:1, pp 1-3, enero-febrero 2005.
6. Lanzkowsky P. **Manual of pediatric hematology and oncology**, 4ª. Edición, Editorial Elsevier, pp 415-560, 630-645, USA, 2005.
7. Louise Word, **An update on Neuroblastoma**, PAEDIATRICS AND CHILD HEALTH 18:3, 2005, pp 123- 128.
8. Sunghoon Kim, MDa, Dai H. Chung, MD **Pediatric Solid Malignancies: Neuroblastoma and Wilms' Tumor**, Surgery Clinics of North Americ 86 (2006) 469–487.
9. Estrada, L. **El ciclo vital de la familia.** 2003, 3ª. Edición, pp 25-35 Editorial Grijalbo. México, D.F..
10. Herrera Santí P.M. **La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud.** Rev Cubana Medicina General Integral 1997; 13 (6):591-95.
11. Huerta-Martínez N,\* Valadés-Rivas B,\*\* Sánchez-Escobar L., **Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la Ciudad de México**, Archivos de medicina familiar,15 (4), 25-29, 2005.
12. David W. Kissane, Maria McKenzie, Sidney Bloch, **Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement** Am J Psychiatry 163:7, pag 1209 July 2006
13. **Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** DSM IV R, pp 200, 1ª edición, pp 15-16, Masson editores. México, D.F, 1994.
14. Kubler-Ross, E. **Sobre la muerte y los moribundos.**4ª. edición, 1993, pp 59-177 Editorial Grijalbo, Barcelona.
15. Laura Stoppelbein, PHD, and Leilani Greening, PHD, **Brief Report: The Risk of Posttraumatic Stress Disorder in Mothers of Children Diagnosed with Pediatric Cancer and Type I Diabetes**, Journal of Pediatric Psychology 32(2) pp. 223–229, 2007.

16. Gladys B. Lipkin, Roberta G. Cohen, **La atención emocional del paciente** , 1ª edición, pp 115-118, Editorial La prensa médica nacional, México, D.F.
17. Pai, Ahna L. H., Greenley, Rachel Neff, Lewandowski, Amy, **A Meta-Analytic Review of the Influence of Pediatric Cancer on Parent and Family Functioning**, Journal of Family Psychology. 21(3):407-415, September 2007.
18. Sharon L. Marine,<sup>1</sup> PhD, Katherine Du Hamel,<sup>2</sup> PhD, Kim Gallelli William H. Redd, Ph, **Posttraumatic Stress Disorder Among Mothers of Pediatric Cancer Survivors: Diagnosis, Comorbidity, and Utility of the PTSD Checklist as a Screening Instrument** Journal of Pediatric Psychology, Vol. 23, No. 6, pp 357-366, 1998.
19. Ulrika C. Kreicbergs, Patrizia Lannen, Erik Onelov, and Joanne Wolfe **Parental Grief After Losing a Child to Cancer: Impact of Professional and Social Support on Long-Term Outcomes** VOLUME 25 \_ NUMBER 22 \_ AUGUST 1 2007 pp 3307-3312.
20. Annika lindahl norberg, krister k. Boman, **Parent distress in childhood cancer:A comparative evaluation of posttraumatic stress symptoms, depression and anxiety**, Acta Oncologica, 2008; 47: 267-274.
21. Best, Mary PhD; Streisand, Randi, Catania, Lori , Kazak, Anne E., **Parental Distress During Pediatric Leukemia and Posttraumatic Stress Symptoms (PTSS) After Treatment Ends**. Journal of Pediatric Psychology. 26(5):299-307, July 2001.
22. Boman K, Björk O Boman, **Disease- related distress in parents of children with cancer at various stages after the time of diagnosis**, Acta oncológica, 42(2) pp 137-146, 2003.
23. Ozono S., Saeki T., Ogata A., **Factors related to posttraumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents**, Support care cancer, 15 (3), pp 309-317, 2007.
24. Lamia P. Barakat, PHD, Melissa A. Alderfer, PHD, and Anne E. Kazak PHD **Posttraumatic Growth in Adolescent Survivors of Cancer and Their Mothers and Fathers** Journal of Pediatric Psychology 31(4) pp. 413–419, 2006.
25. Hove^n Emma, Anclair Malin, Samuelsson Ulf, **The Influence of pediatric cancer diagnosis and illness complication factors on parental distress**, Journal Pediatric Hematology Oncology Volume 30, Number 11, November 2008.
26. García- Portilla, Bascarán M.T., Sáiz P.A **Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica**,.,2006, 4ª edición, pp 93-95, Ars Médica, México, D.F..
27. **La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México**, Jurado, Samuel; Villegas, María Enequina; Méndez, Lourdes, salud mental ;21(3):26-31, mayo-jun. 1998.
28. Arriaga Contreras M.A., Gonzalez C. Héctor, Actitudes del médico residente de pediatría ante la muerte, Tesis de especialidad en pediatría médica, UNAM, 2004.

ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE PEDIATRÍA DE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

DR FRANCISCO SALAZAR MARTÍNEZ  
DR LEONEL JARAMILLO VILLANUEVA  
SERVICIO DE SALUD MENTAL TEL. 56276900 EXT. 22303

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO “  
PREVALENCIA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN **PADRES** DE PACIENTES CON  
ENFERMEDAD HEMATOONCOLÓGICA EN EL HOSPITAL DE PEDIATRÍA DE CENTRO  
MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI”

**Introducción:** La siguiente información describe el protocolo y su papel como participante.  
El investigador contestara cualquier pregunta sobre esta forma o el estudio.

**Propósito del estudio:** Detectar la presencia de ansiedad y/o depresión en padres de  
pacientes con diagnóstico de enfermedad hematooncológica y que son tratados en esta unidad  
en hospitalización.

**Procedimiento a seguir:** Usted ha sido invitado a participar en el estudio debido a que su hijo  
tiene diagnóstico de cáncer o leucemia. Lo anterior requiere que su hijo sea estudiado, tratado  
y/o hospitalizado , la enfermedad en sí, y algunos factores relacionados pueden condicionar  
alteración en su estado de ánimo, por lo que el detectarlo y canalizarlo con el servicio  
correspondiente (salud mental) puede contribuir a su manejo.

Su participación en el estudio consiste en una visita del médico investigador quien le  
proporcionará dos cuestionarios autoaplicables conocidos como : Inventario de Beck para  
depresión y Cuestionario de ansiedad de Hamilton, los cuales constan de 21 y 14 preguntas  
respectivamente para diagnosticar depresión y ansiedad. En caso de identificarse con ansiedad  
o depresión, será enviado al servicio de salud mental para su tratamiento.

**Molestias por su participación:** Concedernos tiempo para el llenado de los cuestionarios  
autoaplicables “Inventario de Beck para depresión y Cuestionario de ansiedad de Hamilton, así  
como el interrogatorio de algunos aspectos familiares.

**Beneficios:** Los resultados aportarán información importante sobre su estado de ánimo , en  
caso de detectar alteraciones será canalizado con el especialista en el área de salud mental,  
para tomar medidas necesarias en el tratamiento, como parte del tratamiento integral de su  
hijo.

**Confidencialidad:** Los datos obtenidos de su persona son absolutamente confidenciales, no  
pueden ser utilizados con otro fin. Usted será informado de cualquier hallazgo obtenido de esta  
investigación.

**Participación voluntaria**

Yo \_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que  
acepto participar en este estudio. Es de mi conocimiento que soy libre de retirarme de la  
presente investigación en el momento en que lo desee. También puedo solicitar información  
adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en el estudio. En caso de que  
decidiera retirarme, la atención que recibe mi hijo como paciente no se verá afectada. He  
comprendido el contenido de esta carta de consentimiento, mis dudas han sido resueltas y  
voluntariamente acepto participar en este estudio.

Nombre del niño

Firma del padre

Fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de testigo

Firma de testigo

ANEXO 2

Inventario de Beck

Nombre :

Describa cómo se ha sentido desde la semana pasada, incluso hoy. Lea todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección y marque una.

A	0 No me siento triste. 1 Me siento triste. 2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer. 3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar.	I	0 No tengo pensamientos de suicidarme. 1 Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaría. 2 Me gustaría matarme. 3 Me mataría si pudiera.
B	0 No estoy particularmente desilusionada(a) del futuro. 1 Estoy desilusionado(a) del futuro. 2 Siento que no tengo perspectiva del futuro. 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará.	J	0 No lloro más de lo usual. 1 Lloro más que antes. 2 Lloro ahora todo el tiempo. 3 Podría llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo.
C	0 No siento que fallé. 1 Siento que fallo más que una persona normal. 2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado. 3 Siento una falla completa como persona.	K	0 No soy más irritable de lo que era antes. 1 Me siento molesto(a) o irritado(a) más fácil que antes. 2 Me siento irritado(a) todo el tiempo. 3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí.
D	0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre. 1 No disfruto de las cosas como antes. 2 No encuentro satisfacción real de nada. 3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.	L	0 No he perdido el interés en otra gente. 1 Estoy menos interesado(a) en otra gente que antes. 2 He perdido mi interés en otra gente. 3 He perdido todo mi interés en otra gente.
E	0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable buena parte del tiempo. 2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.	M	0 Tomo decisiones igual que siempre. 1 Evito tomar más decisiones que antes. 2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora. 3 No puedo tomar decisiones por completo.
F	0 No siento que he sido castigado(a). 1 Siento que podría ser castigado(a). 2 Espero ser castigado(a). 3 Siento que he sido castigado(a).	N	0 No siento que me vea peor que antes. 1 Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a). 2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo(a).

		3 Creo que me veo feo(a).
G	0 No me siento desilusionado(a) de mí. 1 Estoy desilusionado(a) de mí. 2 Estoy disgustado(a) conmigo. 3 Me odio.	O 0 Puedo trabajar tan bien como antes. 1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo. 2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo. 3 No puedo hacer nada.

H	0 No me siento peor que nadie. 1 Me critico por mi debilidad o por mis errores. 2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas. 3 Me culpo por todo lo mal que sucede.	P 0 Puedo dormir tan bien como siempre. 1 No puedo dormir tan bien como antes. 2 Me despierto 1 o 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir. 3 Me despierto más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir.
---	---	---

Q	0 No me canso más de lo usual. 1 Me canso más fácil que antes. 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa. 3 Me siento muy cansado(a) de hacer cualquier cosa.	T 0 No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes. 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores y molestias. 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas. 3 Estoy tan preocupado(a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
R	0 Mi apetito es igual que lo usual. 1 Mi apetito no es tan bueno como antes. 2 Mi apetito no es mucho peor ahora. 3 No tengo nada de apetito.	U 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes. 2 Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora. 3 He perdido completamente el interés en el sexo.
S	0 No he perdido peso. 1 He perdido más de 2,5 kg. 2 He perdido más de 5 kg. 3 He perdido más de 7,5 kg. He intentado perder peso comiendo menos SI <input type="checkbox"/> o NO <input type="checkbox"/>	

**Registros totales de niveles de depresión:**

- 5.9 = Estos altibajos se consideran normales.
- 10.18 = Depresión leve a moderada.
- 19.29 = Depresión moderada a severa.
- 30.63 = Depresión severa.

exageración de la depresión

## ANEXO 3

### Cuestionario para Ansiedad de Hamilton

*Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas*

*que se describen en cada uno de los 14 ítems:*

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

0 1 2 3 4

- 
- 1 Estado ansioso:** Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.  
**Tensión:** Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.
- 2 Temores:** A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.  
**Insomnio:** Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.
- 3 Funciones Intelectuales (Cognitivas):** Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.  
**Humor depresivo:** Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.  
**Síntomas somáticos musculares:** Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.
- 4 Síntomas somáticos sensoriales:** Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).  
**Síntomas cardiovasculares:** Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.  
**Síntomas respiratorios:** Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).
- 5 Síntomas gastrointestinales:** Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.  
**Síntomas genitourinarios:** Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.
- 6 Síntomas del sistema nervioso autónomo:** Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).  
**Conducta en el transcurso del test:** Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.
- 7**
- 8**
- 9**
- 10**
- 11**
- 12**
- 13**
- 14**

ANEXO 4

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN  
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE PACIENTES  
PREESCOLARES CON PATOLOGÍA ONCOLÓGICA.

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DIAGNÓSTICO:

TIPO DE NEOPLASIA:

PRONÓSTICO A CORTO PLAZO:

TRATAMIENTO ONCOLÓGICO:

QUIMIOTERAPIA	RADIOTERAPIA	CIRUGÍA

LIMITACIÓN FUNCIONAL SECUNDARIA A TRATAMIENTO QUIRURGICO RADICAL:

SI	NO

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO ONCOLÓGICO: \_\_\_\_\_ MESES

NUMERO DE HIJOS: \_\_\_\_\_

EDAD DE LOS PADRES:

MADRE	PADRE

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES:

MADRE	PADRE

DX DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK:

AUSENTE	
LEVE	
MODERADA	
GRAVE	

DX DE ESCALA DE HAMILTON DE ANSIEDAD:

AUSENTE	
LEVE	
MODERADA/GRAVE	