



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
HOSPITAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA



TITULO

DEPRESION , RIESGO SUICIDA Y DESESPERANZA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON
CANCER EN UNA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD.

TESISTA

Dr. ALEJANDRO RAMIREZ RODRIGUEZ.

ASESOR TEMATICO

M.C MARTIN ARTURO SILVA RAMIREZ

ASESOR METODOLOGICO

D.C. MARIA DEL CARMEN LARA MUÑOZ



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3502
HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, D.F. NORTE

FECHA 09/01/2013

M.C. MARTÍN ARTURO SILVA RAMÍREZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

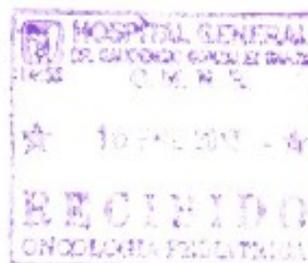
**DEPRESION, RIESGO SUICIDA Y DESESPERANZA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON
CANCER EN UNA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD.**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-3502-2

ATENTAMENTE

DR. JAIME ANTONIO ZALDIVAR CERVERA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3502



Dra. LUZ ARCELIA CAMPOS NAVARRO.
DIRECTORA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UMAE." DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA" HOSPITAL GENERAL.
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA. IMSS.

Dr. JESUS LAGUNAS MUÑOZ
JEFE DE LA DIVISION DE PEDIATRIA
UMAE." DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA" HOSPITAL GENERAL.
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA. IMSS.

Dra. LUZ ELENA BRAVO RIOS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRICA
UMAE." DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA" HOSPITAL GENERAL.
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA. IMSS.

M.C. MARTÍN ARTURO SILVA
ASESOR TEMÁTICO
NEURÓLOGO PEDIÁTRA
UMAE." DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA" HOSPITAL GENERAL.
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA. IMSS.

Dr. ALEJANDRO RAMÍREZ RODRIGUEZ
MEDICO RESIDENTE DE PEDIATRÍA
UMAE." DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA" HOSPITAL GENERAL.
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA. IMSS.

AGRADECIMIENTOS.

A mi padre Dr. Alejandro Ramírez Renero y a mi madre Profra. Alicia Rodríguez García por todo el apoyo recibido a lo largo de la vida les dedico esta tesis con amor.

A mi esposa Dra. Selene Lidiet Arreola Villar por compartir las alegrías y los sin sabores de la vida.

A mi hija que es el amor de mi vida Luna Sophia Ramírez Arreola el principio y fin de todas mis motivaciones.

A la Dra. María del Carmen Lara por su apoyo reiterado a lo largo de mi vida.

Al Dr. Martín Arturo Silva por su generosa contribución.

Al Centro Médico Nacional La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social que me ha proporcionado especialidad, especialidad de rama, esposa e hija a cambio de lo poco que yo le he ofrecido.

INVESTIGADOR PRINCIPAL.

M.C. Martín Arturo Silva Ramírez

Neurólogo Pediatra del Centro Médico Nacional La Raza.

Adscripción: U. M. A. E. Hospital General Gaudencio González Garza. Centro Médico Nacional La Raza. IMSS

Dirección del investigador principal: Calzada Vallejo y Jacarandas S/N 4to piso Ala B Colonia La Raza Azcapotzalco CP. 02990. México D.F

Teléfono: 57245900. Ext: 23466

Correo Electrónico: neuro_maturossilva@yahoo.com

INVESTIGADORES ASOCIADOS.

D.C. María del Carmen Lara Muñoz.

Jefa del Departamento de Psiquiatría de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Jefa del departamento de Psicología y Salud Mental Universidad Nacional Autónoma de México.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz. S. S. A.

Dirección del investigador asociado: 13 sur 2702, Colonia Volcanes, Puebla.

Teléfono: 01 22 24 31 447 ext. 6062.

Correo Electrónico:psiquiatria.revista.apm@gmail.com

TESISTA.

Dr. Alejandro Ramírez Rodríguez

Residente del 4to año de Pediatría Médica del Hospital General Centro Medico Nacional La Raza

Adscripción: U. M. A. E. Hospital General Gaudencio González Garza. Centro Médico Nacional La Raza. I. M. S. S.

Dirección del investigador asociado: Calzada Vallejo y Jacarandas S/N 4to piso Ala B Colonia La Raza Azcapotzalco CP. 02990. México D.F

Teléfono: 57245900. Ext: 23467

Correo Electrónico: drguevaraserna@hotmail.com

INDICE

Páginas

	RESUMEN	
1.	ANTECEDENTES	
	Depresión y Cáncer	
	Ideación Suicida	
	Concepto de Ideación Suicida	
	Terminología y Definiciones en investigación relativas al suicidio	
	Conducta Suicida	
	Riesgo de Suicidio en pacientes con Cáncer	
	Desesperanza	
2.	JUSTIFICACIÓN	
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
4.	OBJETIVOS	
5.	HIPÓTESIS	
6.	MATERIAL Y MÉTODOS	
	• Diseño del Estudio	
	• Sitio de Realización	
	• Universo de Trabajo	
	• Descripción general del estudio	
	• Criterios de Inclusión	
	• Criterios de Exclusión	
	• Criterios de Eliminación	
	• Tamaño de la Muestra	
	• Variables	
	• Aspectos Estadísticos	
	• Aspectos Éticos	
7.	RECURSOS Y FACTIBILIDAD	
8.	RESULTADOS	
9.	DISCUSION	
10.	CONCLUSIONES	
11.	BIBLIOGRAFIA	
12.	ANEXOS	

RESUMEN

TITULO: Depresión, Riesgo Suicida y Desesperanza en Pacientes Pediátricos con Cáncer en Una Unidad Médica de Alta Especialidad.

AUTORES: Asesor: Neurólogo Pediatra M.C. Martin Arturo Silva Ramirez. Coautor: D.C. María del Carmen Lara Muñoz. Tesista: Dr. Alejandro Ramirez Rodriguez

CONTEXTO: La depresión es una condición médica – afectiva seria que afecta pensamientos, sentimientos y la habilidad para funcionar en la vida diaria que puede presentarse a cualquier edad. Algunas de las principales causas para la depresión en la gente que padece cáncer son: los factores de riesgo relacionados directamente con la enfermedad tales como: la depresión en el tiempo del diagnóstico, pobre control del dolor, avance en el estado del cáncer, estresores en la vida, incremento de alteraciones físicas, tipo de cáncer así como el tratamiento con ciertos agentes de quimioterapia. Sin embargo, también existen muchos mitos acerca del cáncer y cómo la gente se enfrenta a él. Uno de los principales es que las personas con cáncer están siempre deprimidas, se considera que la depresión es normal en las personas que sufren cáncer, o bien que los tratamientos son inútiles ya que cada una de estas personas tendrá un constante sufrimiento y una muerte dolorosa. Se piensa que la tristeza y la culpa son sentimientos propios de quien padece cáncer. La depresión y la ansiedad son preocupaciones psicológicas comunes en la adolescencia y de interés específico en los adolescentes con cáncer. El riesgo de suicidio se ha reportado alto en pacientes con cáncer con respecto a la población general, sin embargo las estimaciones varían y el análisis de las posibles causas es poco. Diversas investigaciones han demostrado que niveles altos de desesperanza pronostican intentos de suicidio y suicidio consumado. La Escala de Desesperanza de Beck ha mostrado consistentemente ser bastante útil como un indicador indirecto del riesgo de suicidio en depresivos o en individuos que han intentado el suicidarse

OBJETIVOS: Identificar el nivel de síntomas de depresión así como el riesgo suicida en pacientes con cáncer y las variables sociodemográficas y clínicas que influyen en ello.

MATERIAL Y METODOS: Estudio de campo, de tipo transversal, comparativo, observacional. Se realizará en pacientes pediátricos de 8 a 15 años 11 meses de edad, con padecimientos oncológicos de los servicios de oncología y hematología en internamiento de la Unidad Médica de Alta Especialidad “ Hospital Gaudencio González Garza”, en el periodo Enero a Febrero de 2013 Los pacientes se seleccionarán por medio de un muestreo no probabilístico intencional.

CONCLUSION: Los pacientes con cáncer no presentaron sintomatología depresiva así mismo en términos generales la ideación suicida es baja.

PALABRAS CLAVES: Depresión, Riesgo suicida, Pacientes oncológicos.

1. ANTECEDENTES.

1.1. Depresión y cáncer.

La depresión es una condición médica – afectiva seria que afecta pensamientos, sentimientos y la habilidad para funcionar en la vida diaria que puede presentarse a cualquier edad (González Y., 2006).

En pacientes con enfermedades físicas la depresión puede estar asociada accidentalmente, ser una complicación propia de la enfermedad física o bien causar o exacerbar síntomas somáticos tales como fatiga, malestar, dolor. (González Y., 2006)

El término depresión describe un espectro de alteraciones de la afectividad que pueden ir de moderadas a severas o bien de transitorias a persistentes. (González Y., 2006)

Algunas de las principales causas para la depresión en la gente que padece cáncer son: los factores de riesgo relacionados directamente con la enfermedad tales como: la depresión en el tiempo del diagnóstico, pobre control del dolor, avance en el estado del cáncer, estresores en la vida, incremento de alteraciones físicas, tipo de cáncer así como el tratamiento con ciertos agentes de quimioterapia. (González Y., 2006)

También existen factores de riesgo que no se relacionan directamente con la enfermedad: historia personal de depresión, pérdida del soporte familiar, historia familiar de depresión o suicidio, historia de alcoholismo o abuso de drogas, problemas psicológicos previos y tratamiento psicoterapéutico, entre otros (Henriksson, et al. 1995; Lloyd Williams y Friedman, 2001; Linch, 1995; Massie y Holland, 1987; Meyer y Mark, 1995., citados por González Y., 2006)

Sin embargo, también existen muchos mitos acerca del cáncer y cómo la gente se enfrenta a él. Uno de los principales es que las personas con cáncer están siempre deprimidas, se considera que la depresión es normal en las personas que sufren cáncer o bien que los tratamientos son inútiles ya que cada una de estas personas tendrá un constante sufrimiento y una muerte dolorosa. Se piensa que la tristeza y la culpa son sentimientos propios de quien padece cáncer. (González Y., 2006)

Ciertamente toda la gente experimenta estas reacciones en algún o algunos periodos de la enfermedad, pero no tienen que convertirse en una constante por lo que es importante poder hacer una distinción entre los grados normales de tristeza y desórdenes de depresión. (González Y., 2006)

La depresión y la ansiedad son preocupaciones psicológicas comunes en la adolescencia y de interés específico en los adolescentes con cáncer. Específicamente, los síntomas de depresión pueden afectar la calidad de vida y la adherencia terapéutica. Y los síntomas físicos secundarios a la depresión pueden resultar en una innecesaria alteración del tratamiento oncológico como el ajuste de dosis de la quimioterapia, transfusiones, y continuación del mismo. (Kersus L., Rourke M., Mickley M., Kazak A., 2009).

A pesar de la importancia médica de identificar la depresión y la ansiedad en adolescentes en tratamiento, existen datos limitados de la presencia de síntomas en niños y adolescentes con cáncer y otros grupos de pacientes médicamente enfermos. La dificultad en identificar estos síntomas puede deberse a factores del paciente y del médico. (Kersus L., Rourke M., Mickley M., Kazak A., 2009).

Los síntomas físicos asociados a una enfermedad psiquiátrica pueden ser atribuidos a la enfermedad o tratamiento médico. (Kersus L., Rourke M., Mickley M., Kazak A., 2009).

Los médicos entienden que los sentimientos de depresión y ansiedad son respuestas normales en el marco del tratamiento del cáncer y por lo tanto pueden pasar por alto algunos síntomas preocupantes de ansiedad y depresión. (Kersus L., Rourke M., Mickley M., Kazak A., 2009).

De hecho, los padres y los médicos infravaloran la depresión de los pacientes que es corroborada en otros pacientes con padecimientos crónicos como los pacientes con trasplante hepático. (Kersus L., Rourke M., Mickley M., Kazak A., 2009).

Pero además en una encuesta de pediatras oncólogos se demostró que estos se sienten más cómodos con el manejo de los síntomas físicos que con la identificación y el tratamiento de los problemas psicológicos. (Kersus L., Rourke M., Mickley M., Kazak A., 2009).

Bragado C., Hernández M., Sanchez M., Urbano S., 2008, realizaron un estudio denominado "Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer". El objetivo principal de este estudio es comprobar si los niños con cáncer (en tratamiento con quimioterapia) presentan peor auto concepto físico, menos autoestima y más ansiedad y depresión que los niños sanos (sin historia de cáncer) de los mismos rangos de edad (9 – 16 años) y condición social. Adicionalmente, se analiza la capacidad predictiva del autoconcepto y la autoestima sobre el malestar emocional.

Método. Participaron 120 niños de 9 – 16 años de edad, distribuidos en dos grupos: enfermos de cáncer (grupo experimental) y niños sanos sin historia de cáncer (grupo control). El grupo experimental se formó por 30 pacientes, 15 varones y 15 mujeres de 11.7 años de edad como media (DT = 2,09), reclutados en dos unidades de oncología pediátrica. Todos ellos estaban recibiendo tratamiento de quimioterapia y se encontraban hospitalizados cuando fueron evaluados. Los criterios de inclusión generales fueron: tener entre 9 y 16 años, que hubieran transcurrido entre 6 meses y 1 año desde el diagnóstico, estar recibiendo tratamiento de quimioterapia en el momento del estudio y consentimiento informado de padres y niños. Los diagnósticos de cáncer incluían leucemias (n = 15), linfomas (n=9), tumores sólidos (n=6). (Bragado C., Hernández M., Sanchez M., Urbano S., 2008)

El autoconcepto físico y la autoestima se evaluaron con la adaptación española del Physical Self- Concept Description Questionnaire (PSDQ), la depresión se midió con la adaptación española del Children´s Depression Inventory (CDI), por último para medir la ansiedad se empleó la adaptación española del State – Trait Inventory for Children (STAIC). (Bragado C., Hernández M., Sanchez M., Urbano S., 2008)

Resultados. Los resultados del MANOVA indicaron que las diferencias obtenidas entre el grupo experimental y el control en las variables dependientes se debían únicamente al efecto grupo (tener cáncer – estar sano) ($F = 32,21$; $p=0.00$; $\eta^2 =0,91$); no se encontraron diferencias atribuibles al sexo ($F= 1,54$; $p= 0,14$; potencia= 0.75) ni a la interacción sexo/grupo ($F= 1,16$; $p= 0,34$; potencia= 0,60). (Bragado C., Hernández M., Sanchez M., Urbano S., 2008)

Posteriormente para ver en qué variables existían diferencias estadísticamente significativas, se realizó un ANOVA para cada una. Debido al gran número de variables dependientes utilizadas y para controlar el error de tipo I global, se utilizó un nivel de significación de 0.003 para cada contraste. Los análisis mostraron que los niños sanos y enfermos sólo diferían entre sí en la dimensión de salud $p<0.001$ y en la flexibilidad $p<0,001$, pero, en contra de lo esperado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en apariencia física, autoconcepto físico global, autoestima, depresión y ansiedad rasgo. No obstante, se apreció cierta tendencia a la significación estadística de ansiedad estado ($p=0.03$) y resistencia ($p= 0,06$), sugiriendo que los niños enfermos tienden a presentar más ansiedad y menos resistencia física que los controles. (Bragado C., Hernández M., Sanchez M., Urbano S., 2008)

Discusión. En contra de lo esperado, los autores definen que sus resultados indican que los niños con cáncer no tienen peor concepto físico ni menos autoestima que los niños sanos, ni tampoco se sienten más deprimidos o ansiosos que éstos. En segundo lugar aunque los niños enfermos sí perciben que gozan de menos salud y flexibilidad que los controles, este hecho no parece afectar a su autoconcepto físico global ni a la propia estima personal o al estado emocional (Bragado C., Hernández M., Sanchez M., Urbano S., 2008).

En el año 2005, Hedström M., Ljungman G., Von Essen L. Realizaron un estudio titulado “Percepciones de la angustia entre los adolescentes recién diagnosticados con cáncer”.

El objetivo del estudio fue estudiar la angustia patente entre los adolescentes recién diagnosticados con cáncer. Se entrevistaron a 56 adolescentes por vía telefónica 4 a 8 semanas posteriores al diagnóstico. La entrevista incluía las siguientes escalas: La escala de depresión y ansiedad hospitalaria, y las subescalas de vitalidad y salud mental del SF – 36.

De los 90 participantes iniciales entre 13 y 19 años de edad, fueron excluidos 9 pacientes debido a cuestiones como el idioma, incapacidad física o cognitiva (4 de estos últimos por muerte prematura), quedando en total 81 pacientes de los cuales solo 61 pacientes aceptaron participar, sin embargo al final por cuestiones administrativas y de salud participó del total inicial el 69% (n= 56). (Hedström M., Ljungman G., Von Essen L., 2005)

Estos fueron los resultados relacionados con la depresión y la ansiedad; el valor medio para el cuestionario HADS – A fue de 4.68 (D. E. 3.03) para HADS – D fue de 4.32 (D. E. 2.80), 7 adolescentes (12%) alcanzaron el punto de corte para ansiedad indicando que son casos clínicos potenciales, 12 pacientes (21%) alcanzaron el punto de corte para depresión indicando un caso clínico potencial, dos adolescentes (4%) alcanzaron el punto de corte para ansiedad indicando un caso probable, y 3 pacientes (5%) alcanzaron el punto de corte para depresión indicando un caso probable. 3 adolescentes tuvieron puntuación como casos clínicos potenciales para ambas (ansiedad y depresión).(Hedström M., Ljungman G., Von Essen L., 2005).

La correlación producto – momento de Pearson entre las dos escalas fue de $r = 0.34$ ($p < 0.01$). Los valores del alpha de Cronbach fueron de 0.66 para HADS – A, y 0.54 para HADS – D. (Hedström M., Ljungman G., Von Essen L., 2005)

Discusión. La depresión es a menudo difícil de diagnosticar en pacientes con cáncer, sus síntomas físicos de depresión son: trastornos del sueño, apetito y concentración, disminución de los niveles de energía, sin embargo estos síntomas pueden ocurrir como consecuencia del cáncer y su tratamiento. (Hedström M., Ljungman G., Von Essen L., 2005)

El bajo número de adolescentes que alcanzaron el punto de corte para casos probables de ansiedad y depresión (4 y 5%) respectivamente indicaron que pocos adolescentes recién diagnosticados con cáncer sufren de psicopatología severa.

El 12% de los adolescentes alcanzaron el punto de corte para ser considerados como casos potenciales de ansiedad clínica y 21% para depresión clínica potencial, una relevantemente alta prevalencia de depresión autoreportada con respecto a lo previamente reportado. (Hedström M., Ljungman G., Von Essen L., 2005)

Kersus L., Rourke M., Mickley M., Kazak A. Realizaron un estudio en 2009, titulado: "Detección de la depresión y la ansiedad en pacientes adolescentes con cáncer". Los objetivos de dicho estudio fueron evaluar la factibilidad de detectar ansiedad y depresión en adolescentes con cáncer en tratamiento, determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en esta muestra, y estimar la concordancia entre los síntomas reportados por los pacientes y sus oncólogos.

Participaron 41 pacientes con edades en el rango de 12 a 18 años de edad, bajo tratamiento oncológico de manera ambulatoria, los cuales contestaron el Beck Youth Inventory II (BYII) en las escalas de ansiedad y depresión, los oncólogos tratantes evaluaron la ansiedad y la depresión de sus pacientes de manera aparte.

Resultados. Los puntajes del BYI II para el módulo de depresión y para el módulo de ansiedad no fueron significativamente diferentes por lo publicado en las normas. (BDY: M= 46.29, D. E. 7.68, $t(40) = -1,51$, ns; BAY – Y : M= 47.22, D. E. 9.37, $t(40) = - 0.67$, ns).

Se concluye que un programa de detección de la ansiedad y la depresión es posible en pacientes oncológicos ambulatorios, que los niveles de ansiedad y depresión auto reportada son bajos, que los oncólogos perciben más angustia en sus pacientes.

1.2. Ideación suicida.

1.2.1. Concepto de ideación suicida.

Hay muchos estudios entre la asociación de padecimientos físicos con la mortalidad por suicidio, los resultados de las distintas investigaciones sugieren que el cáncer, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la enfermedad renal, y algunas condiciones neurológicas (enfermedad de Huntington, el evento vascular cerebral, la epilepsia, esclerosis múltiple, las lesiones de la médula espinal) son las más fuertemente asociadas con el suicidio (Scott K y cols., 2010).

La ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado. (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009)

Se define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009)

1.2.2. Terminología y definiciones en investigación relativas al suicidio.

El suicidio se define como el acto o la finalización intencional de acabar con la propia vida. Los pensamientos y conductas suicidas no fatales antes llamadas “conductas suicidas” son clasificadas actualmente en 3 categorías (Nock M., Borges G., Bromet E., Cha C., Kessler R., Lee S., 2008):

Ideación suicida: se refiere a los pensamientos o empeños en conductas de deseo de terminar con la propia vida. (Nock M., Borges G., Bromet E., Cha C., Kessler R., Lee S., 2008).

Plan suicida: se refiere a la formulación de un método específico que tiene como propósito el morir (Nock M., Borges G., Bromet E., Cha C., Kessler R., Lee S., 2008).

Intento suicida: se refiere a al empeño en conductas potencialmente autolesivas en las que está implicado algún intento por morir. (Nock M., Borges G., Bromet E., Cha C., Kessler R., Lee S., 2008).

1.2.3. Conducta suicida.

Cuando se habla de conducta suicida no solo se hace referencia al suicidio consumado sino también a la ideación suicida, a las amenazas o a las tentativas. La mayoría de autores coinciden en considerar estas conductas como un continuo. Desde esta perspectiva jerárquica, la ideación suicida constituye el primer eslabón o nivel de menor gravedad. A continuación, y por orden de severidad, lo siguen las amenazas, las tentativas de suicidio, diferenciando entre leves y graves, y finalmente el suicidio consumado. No obstante, a pesar de que generalmente los deseos de morir y las amenazas anteceden a las tentativas y estas a su vez preceden en muchos casos a los suicidios consumados, es probable, tal como lo apuntan Wilde, Kienhorst y Diekstra (1996), que este modelo no sea aplicable a todos los casos ya que en algunas personas la conducta suicida podría haber surgido de un modo no jerárquico. (Viñas F., Jane M., Domènech E., 2000)

Los suicidios y comportamientos suicidas son un problema de salud pública. Aunque existe alguna investigación al respecto es escasa en lo que se refiere a población de 14 años. Una situación similar se observa a nivel nacional, probablemente porque el tema no es fácil de abordar en la población infantil. (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009)

El proceso suicida se define como un conjunto de acciones con las que se asume que la persona busca quitarse la vida, pudiendo señalarse varias etapas: ideación suicida pasiva, contemplación activa de propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida, y el suicidio consumado. Tales etapas pueden ser secuenciales o no, pero cada una de ellas, solas o todas juntas, conllevan un gran riesgo hacia la consumación del suicidio. En el caso de los intentos suicidas se calcula que por cada suicidio consumado hay de ocho a 10 intentos de suicidio y por cada intento ocho lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo. Por lo anterior, es importante estudiar los procesos que anteceden a los suicidios como son la ideación y el intento para así conocer y atender esta problemática. (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009)

Diversos estudios evidencian que los intentos de suicidio se inician desde la etapa escolar. (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009). Valero citado por Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009. Señala un aumento preocupante en México de intentos de suicidio y suicidios en niños y adolescentes, expresando que en cerca del 49% de los casos se desconoce la causa. Asimismo, relaciona con este fenómeno a perturbaciones emocionales tales como la depresión y la ansiedad.

Mondragón L., Borges G., Gutiérrez R. En el año 2001 realizaron un análisis de los resultados de varios estudios en diferentes poblaciones de México sobre el intento y la ideación suicida, en el que se utilizaron diferentes metodologías e instrumentos para medirlos. En su mayoría, estos fueron encuestas representativas de muestras de hogares y escuelas, así como estudios de los escenarios clínicos. El título del estudio es: “La medición de la conducta suicida en México: estimaciones u procedimientos.”

El objetivo de este trabajo fue identificar las investigaciones en México que reportan prevalencias de ideación suicida e intento de suicidio. Así mismo, trataron de identificar las diferencias metodológicas de estas investigaciones para poder ubicar las posibles diferencias en las prevalencias reportadas (Mondragón L., Borges G., Gutiérrez R., 2001).

Las prevalencias de ideación e intento de suicidio que se encontraron, son similares a las observadas en otros países. Por ejemplo, las prevalencias internacionales de ideación suicida van desde 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes y en los adultos, mientras que en México, el rango es de 1% al 40% en los mismos grupos. Si se dejan de lado los valores extremos en los intentos de suicidio, es decir, la prevalencia más alta y la más baja para cada población, la prevalencia del intento suicida entre la población adolescente varía de 3.0% a 8.3% en el total de la población (Mondragón L., Borges G., Gutiérrez R., 2001).

Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009. Realizaron un trabajo de investigación titulado “Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados”. Dicho estudio fue descriptivo, comparativo, observacional, transversal. Participaron seiscientos treinta y un estudiantes de quinto y sexto de primaria del sexo femenino y masculino, con un rango de edad de 10 a 13 años de escuelas, tanto públicas como particulares de la ciudad de Hermosillo, Sonora.

Como instrumentos se aplicó un cuestionario en formato autoplicado que evalúa datos sociodemográficos con escalas de depresión, autoestima y ansiedad, el Children's Depression Inventory CDI (por sus siglas en inglés), la escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS – R y un inventario de autoestima. (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009)

En un primer momento se aplicó la primera parte del cuestionario a todo el grupo. En éste se encontraban los datos sociodemográficos y la prueba de depresión, que les dio a los autores la pauta para dividir en una submuestra de dos grupos iguales a los niños con base en las respuestas que dieran en el reactivo 9 del CDI. (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009)

Un grupo de ellos fue identificado con ideación suicida y el otro sin ideación. A los primeros se les aplicó posteriormente la segunda parte del cuestionario en el que venían incluidas las escalas de ansiedad y autoestima, con el fin de analizar las variables asociadas al objetivo de estudio, la ideación suicida y tener un grupo de comparación con igual número de niños y niñas (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009).

Resultados. En cuanto a la prevalencia de la ideación suicida, el total de niños que en la primera fase contestaron el cuestionario de depresión fue de 631. El 29.2% de la población evaluada presentó alguna forma de ideación suicida mientras que el 70.8% restante no. (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009)

Los resultados de los grupos con y sin ideación suicida en relación con la depresión y las diferencias por sexo, muestran que el grupo con ideación suicida presenta mayores estados depresivos en comparación con el grupo sin ideación, con una diferencia estadísticamente significativa de $p < 0.00$ ($\chi^2 = 65.66$, $gl=2$). El porcentaje más alto está localizado en la depresión moderada. Los niños y niñas que presentaron depresión tienen un riesgo de 8.8 veces mayor de tener ideación suicida cuando se les compara con el grupo de niños y niñas que no presentaron depresión (IC: 3.85 – 20.15). (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009)

Con respecto a los niveles de ansiedad, se observa que el grupo con ideación presenta un nivel mayor de ansiedad alta y media en relación con el grupo de comparación, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.00$, $\chi^2 = 21.02$, $gl=2$). En cuanto a la variable sexo no se muestran diferencias estadísticamente significativas en el grupo con ideación suicida ($p < 0.13$, $\chi^2 = 4.00$, $gl = 2$, al presentar en su mayoría ansiedad de moderada a alta, con una inclinación mayor de las niñas hacia la alta. Situación similar se observó en el grupo de comparación ($p < 0.15$, $\chi^2 = 3.72$, $gl=2$). (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009)

Los niños y niñas que presentan ansiedad tienen un riesgo 2.6 veces mayor de reportar ideación suicida en relación con el grupo que no presenta ansiedad (IC: 1.60 – 4.32). (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009)

Discusión. Los resultados de este estudio corroboran la relación entre ideación suicida y depresión en niños, lo que se reafirma en otros estudios. Sin embargo se encontraron algunos casos de niños con depresión pero que si presentaban ideación suicida, lo que también se encuentra en otros estudios, a pesar de ser la depresión un factor de riesgo importante no es imprescindible su presencia para que esté manifiesta la ideación suicida. (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009)

Al hacer una relación de la ansiedad con la ideación se pudo observar que en el caso de los niños se mantiene estable, distribuyéndose en porcentajes similares en los tres niveles de ansiedad, sin embargo parece existir, una relación directa en el caso de las niñas entre los niveles de ansiedad y el porcentaje de ideación suicida. Es decir, a mayor ansiedad mayor porcentaje de ideación suicida. (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009)

El abordaje del tema en la población menor de 14 años se dificulta no sólo por limitaciones de los padres/madres para hablar del tema sino también por los cuidados que deben tenerse cuando se trabaja con menores. (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009)

Viñas F., Jane M., Domènech E., 2000, realizaron un trabajo de investigación titulado: “Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años”. El objeto de este estudio fue la evaluación de la ideación suicida infantil y su severidad a partir de la información proporcionada por el propio niño.

Método. En una primera fase participaron 361 alumnos (181 niños y 180 niñas) de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años y pertenecientes a centros públicos y privados de enseñanza general básica. En una segunda fase se estudiaron 48 alumnos con ideación suicida más un grupo control constituido por 48 alumnos seleccionados al azar de entre los que no presentaron ideación suicida en la fase anterior (Viñas F., Jane M., Domènech E., 2000).

La evaluación de la sintomatología depresiva se evaluó en la primera fase del estudio mediante el CDI, en una segunda fase se evaluó la sintomatología depresiva mediante el Children s Depression Rating Scale – Revised (CDRS – R) (Viñas F., Jane M., Domènech E., 2000).

La evaluación de la ideación suicida en la primera fase se evaluó a partir de las respuestas dadas en el ítem 9 del CDI. Este ítem tiene tres posibles respuestas “no pienso matarme” (ausencia de ideación suicida), “pienso en matarme, pero no lo haría” (ideación suicida) y “quiero matarme” (intencionalidad suicida). En la segunda fase, las respuestas dadas en el ítem 13 de la C.D.R.S. - R, permitieron verificar la persistencia de la ideación suicida. Este ítem incluye preguntas tales como ¿Sabes lo que significa la palabra suicidio?, ¿Has pensado alguna vez en hacerlo?, ¿Cuándo?, ¿Cómo has pensado hacerlo?, ¿Has dicho alguna vez que te gustaría matarte aunque no quisieras decir eso? ó ¿Has intentado matarte alguna vez? (Viñas F., Jane M., Domènech E., 2000).

La evaluación del conocimiento intelectual de la muerte se realizó mediante la Entrevista estructurada del Concepto de Muerte (Viñas 1990), se evaluó el nivel de comprensión de los tres subconceptos que se consideran básicos para que el niño tenga una percepción real de la muerte: universalidad (la muerte acontece en todo ser vivo), irreversibilidad (es un proceso irreversible) y cesación de los procesos corporales o disfuncionabilidad (tras la muerte desaparece la actividad corporal) (Viñas F., Jane M., Domènech E., 2000).

La evaluación del nivel intelectual. Con la finalidad de conocer la posible influencia de esta variable en los datos analizados, se evaluó el nivel intelectual a partir de las puntuaciones obtenidas en los subtest de cubos, semejanzas y comprensión de la Escala de Inteligencia para niños de Wechsler (WISC) (Viñas F., Jane M., Domènech E., 2000).

Resultados. De los 361 sujetos evaluados en la primera fase, 37 (10,25%) señalaron la opción correspondiente a “quiero matarme pero no lo haría” (ideación suicida) y 12 (3,32%) la tercera: “quiero matarme” (intencionalidad suicida). Sólo 2 (0,55%) dejaron la pregunta sin contestar. El resto 310 (85,87%) señalaron la primera opción del ítem 9: “no pienso matarme” (ausencia de ideación suicida) (Viñas F., Jane M., Domènech E., 2000).

Así mismo, algo más de la mitad de los casos que autoinformaron intencionalidad suicida (58%) se concentraron en el grupo de edad igual o inferior a los 8 años. Por sexos se observa una mayor proporción de niños con ideación suicida o intencionalidad suicida. Concretamente, el 59.5% de los escolares con ideación suicida y el 63.6% con intencionalidad suicida son niños. Sin embargo, esta mayor proporción de niños tanto con ideación como con intencionalidad suicida no es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 1,32$; $p = ,25$; $\chi^2 = ,82$; $p = ,37$) (Viñas F., Jane M., Domènech E., 2000).

Por otra parte, los niños y niñas con intencionalidad suicida, a diferencia de sus compañeros del grupo control y de los que sólo presentaron ideación suicida, obtienen puntuaciones más elevadas en sintomatología depresiva (CDI: $F(95) = 9,77$; $p < ,001$; CDRS – R: $F(95) = 8,95$; $p < ,001$) (Viñas F., Jane M., Domènech E., 2000).

Discusión. Entre otras conclusiones los autores determinan que: Estos datos ponen de manifiesto que tanto la ideación suicida como la intencionalidad suicida están asociadas a una mayor sintomatología depresiva. Esta alteración del estado de ánimo es todavía mayor en los sujetos en los que además persiste la intencionalidad suicida (Viñas F., Jane M., Domènech E., 2000).

1.2.4. Riesgo de suicidio en pacientes con cáncer.

El riesgo de suicidio se ha reportado alto en pacientes con cáncer con respecto a la población general, sin embargo las estimaciones varían y el análisis de las posibles causas es poco (Hem E., Loge J., Haldorsen T., Ekeberg Ø., 2004).

Hem E., Loge J., Haldorsen T., Ekberg Ø. En el año 2004 realizaron una investigación titulada “Riesgo suicida en pacientes con cáncer de 1960 a 1999”. El propósito de este estudio fue determinar si los pacientes con cáncer tienen alto riesgo de suicidio entre 1960 y 1999.

Material y métodos. La cohorte comprendió pacientes del Registro de Cáncer de Noruega de 1960 a 1997 el cual se compaginó con el diagnóstico de suicidio del registro de muertes de Noruega observado de 1960 a 199. La cohorte consistió en todos los pacientes registrados del Registro de Cáncer de Noruega de 1960 a 1997 (N = 490, 245 con 520, 823 diagnósticos de cáncer). Los suicidios fueron definidos en relación a los certificados de defunción, basado en la Clasificación Internacional de Decesos (versiones 7, 8, 9 y 10). La edad de los pacientes fue dividida en 6 grupos para facilitar su estudio: niños (0 a 14 años), adolescentes (15 a 24 años), adultos (25 a 54 años), adultos maduros (55 a 64 años), tercera edad (65 a 74 años), y mayores de 75 años (Hem E., Loge J., Haldorsen T., Ekberg Ø., 2004).

Durante el periodo comprendido en el estudio, se registró el suicidio de 589 pacientes (407 hombres, 182 mujeres), el riesgo relativo fue elevado tanto para hombres como para mujeres, con un índice estandarizado de mortalidad de 1.55 (IC 95%, 1.41 a 1.71) y de 1.35 (IC 95%, 1.17 a 1.56), respectivamente. El riesgo fue alto en el primer mes posterior al diagnóstico, el riesgo fue marcadamente alto entre los hombres con cáncer de los órganos respiratorios (IEM, 4.08. IC 95%, 2.96 a 5.47) (Hem E., Loge J., Haldorsen T., Ekberg Ø., 2004).

1.3. Desesperanza.

Diversas investigaciones han demostrado que niveles altos de desesperanza pronostican intentos de suicidio y suicidio consumado (Beck, Steer, Kovacs y Garrison, 1985; Beck, Brown, Berchick, Stewart y Steer, 1990; Kovacs, Beck y Weissman, 1975); citados por Córdova M., Rosales J., 2010.

En México son pocas las investigaciones que se han llevado a cabo empleando la Escala de Desesperanza de Beck. Las poblaciones en las que se ha aplicado dicha escala han sido fundamentalmente pacientes adultos de consulta externa, hospitalización y urgencias del Hospital General "Manuel Gea González" (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1998; Borges, Saltijeral, Bimbela y Mondragón, 2000), así como pacientes adultos con tentativa suicida del Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde", de Guadalajara (México) (Quintanilla, Haro, Flores, Celis de la Rosa y Valencia, 2003). Los resultados de estas investigaciones señalan que los pacientes con niveles elevados de desesperanza tienen un riesgo mayor de presentar ideación suicida o intento de suicidio (Córdova M., Rosales J., 2010).

La depresión es uno de los desórdenes cognitivos más frecuentes en la población general, existiendo diversos marcos conceptuales que partiendo de la práctica clínica y de los hallazgos de investigaciones intentan explicarla para intervenir sobre ella. Uno de estos modelos es el de Beck (1967) en el que su tercer componente denominado la triada cognitiva consiste en (1) una visión negativa de si mismo, (2) una visión negativa del funcionamiento presente y (3) una visión negativa del futuro (Aliaga J., Rodríguez L., Ponce C., Frisancho A., Enríquez J., 2006).

Este último aspecto es la desesperanza (pesimismo) que, conviene precisar, no sólo subyace a la depresión sino también a otros desórdenes psicológicos (Beck y Steer, 1988), citados por Aliaga J., Rodríguez L., Ponce C., Frisancho A., Enríquez J., 2006.

La medición del constructo desesperanza fue iniciada por Beck y sus colaboradores con la elaboración de la Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) ciñiéndose al modelo propuesto por Stotland (1969) quien la concibe como un sistema de esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea este el inmediato o el más remoto. La persona desesperanzada cree: (1) que nunca podrá salir adelante por si mismo; (2) que nunca tendrá éxito en lo que ella intente; (3) que nunca podrá alcanzar objetivos importantes; (4) que nunca podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida (Aliaga J., Rodríguez L., Ponce C., Frisancho A., Enríquez J., 2006).

La Escala de Desesperanza de Beck ha mostrado consistentemente ser bastante útil como un indicador indirecto del riesgo de suicidio en depresivos o en individuos que han intentado el suicidarse (Aliaga J., Rodríguez L., Ponce C., Frisancho A., Enríquez J., 2006).

JUSTIFICACION.

La depresión es una condición médica – afectiva seria que afecta pensamientos, sentimientos y la habilidad para funcionar en la vida diaria que puede presentarse a cualquier edad (González Y., 2006).

En pacientes con enfermedades físicas la depresión puede estar asociada accidentalmente, ser una complicación propia de la enfermedad física o bien causar o exacerbar síntomas somáticos tales como fatiga, malestar, dolor (González Y., 2006).

Hay muchos estudios entre la asociación de padecimientos físicos con la mortalidad por suicidio, los resultados de las distintas investigaciones sugieren que el cáncer, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la enfermedad renal, y algunas condiciones neurológicas (enfermedad de Huntington, el evento vascular cerebral, la epilepsia, esclerosis múltiple, las lesiones de la médula espinal) son las más fuertemente asociadas con el suicidio (Scott K y cols., 2010).

Los suicidios y comportamientos suicidas son un problema de salud pública. Aunque existe alguna investigación al respecto es escasa en lo que se refiere a población de 14 años. Una situación similar se observa a nivel nacional, probablemente porque el tema no es fácil de abordar en la población infantil. (Miranda I., Cubillas M., Román R., Abril E., 2009).

La Unidad Médica de Alta Especialidad “Hospital Gaudencio González Garza” del Instituto Mexicano del Seguro Social, es un hospital de concentración para pacientes pediátricos, con servicio de hematología y oncología bien establecidos. Consideramos pertinente evaluar la sintomatología depresiva y la ideación suicida, así como los niveles de desesperanza que pudieran presentar los pacientes con diagnóstico de cáncer.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La depresión, la ansiedad y la desesperanza son preocupaciones psicológicas comunes en la adolescencia y de interés específico en los adolescentes con cáncer. Específicamente, los síntomas de depresión pueden afectar la calidad de vida y la adherencia terapéutica. Y los síntomas físicos secundarios a la depresión pueden resultar en una innecesaria alteración del tratamiento oncológico como el ajuste de dosis de la quimioterapia, transfusiones, y continuación del mismo. (Kersus L., Rourke M., Mickley M., Kazak A., 2009).

Cuando se habla de conducta suicida no solo se hace referencia al suicidio consumado sino también a la ideación suicida, a las amenazas o a las tentativas. La mayoría de autores coinciden en considerar estas conductas como un continuo. Desde esta perspectiva jerárquica, la ideación suicida constituye el primer eslabón o nivel de menor gravedad. A continuación, y por orden de severidad, lo siguen las amenazas, las tentativas de suicidio, diferenciando entre leves y graves, y finalmente el suicidio consumado. No obstante, a pesar de que generalmente los deseos de morir y las amenazas anteceden a las tentativas y estas a su vez preceden en muchos casos a los suicidios consumados, es probable, tal como lo apuntan Wilde, Kienhorst y Diekstra (1996), que este modelo no sea aplicable a todos los casos ya que en algunas personas la conducta suicida podría haber surgido de un modo no jerárquico. (Viñas F., Jane M., Domènech E., 2000)

El riesgo de suicidio se ha reportado alto en pacientes con cáncer con respecto a la población general, sin embargo las estimaciones varían y el análisis de las posibles causas es poco (Hem E., Loge J., Haldorsen T., Ekeberg Ø., 2004).

La depresión es uno de los desórdenes cognitivos más frecuentes en la población general, existiendo diversos marcos conceptuales que partiendo de la práctica clínica y de los hallazgos de investigaciones intentan explicarla para intervenir sobre ella. Uno de estos modelos es el de Beck (1967) en el que su tercer componente denominado la triada cognitiva consiste en (1) una visión negativa de si mismo, (2) una visión negativa del funcionamiento presente y (3) una visión negativa del futuro (Aliaga J., Rodríguez L., Ponce C., Frisancho A., Enríquez J., 2006).

Diversas investigaciones han demostrado que niveles altos de desesperanza pronostican intentos de suicidio y suicidio consumado. En México son pocas las investigaciones que se han llevado a cabo empleando la Escala de Desesperanza de Beck y en adultos, no tenemos investigaciones realizadas en niños; por lo que considero pertinente la aplicación de estos cuestionarios en este grupo etario y conocer la relación con el intento suicida y la depresión. Por lo antes señalado surge la siguiente pregunta de Investigación: ¿El padecer cáncer condiciona mayores niveles de sintomatología depresiva y desesperanza, así como un aumento del riesgo de conductas suicidas?

OBJETIVOS.

Objetivo general.

Identificar el nivel de síntomas de depresión así como el riesgo suicida en pacientes pediátricos con cáncer

Objetivos particulares.

Determinar las variables sociodemográficas que influyen en los niveles de sintomatología depresiva y riesgo suicida en pacientes pediátricos con cáncer.

Determinar las variables clínicas que influyen en los niveles de sintomatología depresiva y riesgo suicida en pacientes pediátricos con cáncer.

HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no requiere hipótesis de trabajo.

MATERIAL Y METÓDO

MÉTODO:

Diseño de Estudio: Estudio de campo, de tipo transversal , comparativo , observacional.

Sitio de Realización del Estudio: El presente estudio se realizó en Pacientes hospitalizados en los servicios de Hematología y Oncología Pediátrica del Hospital General Gaudencio González Garza I. M. S. S.

Universo de trabajo:

Sujetos: Pacientes pediátricos de 8 a 15 años 11 meses de edad, con padecimientos oncológicos de los servicios de Oncología y Hematología, en hospitalización de la Unidad Médica de Alta Especialidad “ Hospital Gaudencio González Garza”. Los pacientes se seleccionaran por medio de un muestreo no probabilístico intencional.

Instrumento de Medición: La depresión es uno de los desórdenes cognitivos más frecuentes en la población general, existiendo diversos marcos conceptuales que partiendo de la práctica clínica y de los hallazgos de investigaciones intentan explicarla para intervenir sobre ella. Uno de estos modelos de medición que se utilizó en este estudio es el de Beck (1967) en el que su tercer componente denominado la triada cognitiva consiste en (1) una visión negativa de si mismo, (2) una visión negativa del funcionamiento presente y (3) una visión negativa del futuro. Se utilizó para medir la ideación suicida la escala de ideación suicida de Beck, por cuestiones del permiso para utilizar la escala de desesperanza de Beck no se pudo aplicar en este estudio.

Descripción general del estudio.

Procedimiento:

Durante los meses de Enero y Febrero de 2013, se aplicaron los cuestionarios a los pacientes hospitalizados en los servicios de oncología y hematología pediátrica, que reunían los criterios de inclusión, en quienes se aplicó el cuestionario de “Escala de ideación suicida de Beck”, un cuestionario de depresión de Beck y un cuestionario *ad hoc* para las variables demográficas, que fue respondido por el padre de familia o un acompañante mayor de 18 años.

Se aplicaron dos cuestionarios sobre calidad de vida y mecanismos de contención para la realización de otro trabajo de investigación, no incluidos en la presente tesis. Se les entregó a los padres de los niños el consentimiento informado (Anexo 1), explicándoles de manera personal el mecanismo y el fin de la aplicación del instrumento, solicitándoles su participación en el estudio. Los datos se manejarán de manera anónima y confidencial, de acuerdo a los tratados de Helsinki modificados en Tokio y de acuerdo a la norma del Instituto Mexicano del Seguro Social para la realización de estudios.

Dichos cuestionarios se aplicarán a los pacientes hospitalizados en los servicios de Hematología y Oncología pediátrica del Hospital General Gaudencio González Garza. La Raza I. M. S. S.

Criterios de inclusión: Pacientes de 8 a 15 años 11 meses de edad, hospitalizados en el servicio de Oncología y Hematología Pediátricas, que cursan con una enfermedad oncológica o se encuentran en remisión de la misma.

Criterios de exclusión: Pacientes que no supieron leer o escribir, pacientes que no pudieron contestar los cuestionarios por algún impedimento físico.

Criterios de eliminación: Pacientes cuyos padres no autorizaron participar en el presente estudio, pacientes que extraviaron los cuestionarios, pacientes que no contesten los cuestionarios completos.

Tamaño de la Muestra: Por el tipo de diseño del estudio no se requiere calcular una muestra

Variables de Estudio:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Categoría
Depresión	Modificación profunda del humor en el sentido de la tristeza y del sufrimiento moral correlativa de un desinvertimiento de toda actividad.	En este estudio se medirá la depresión en niños, utilizando los cuestionarios CIE-10 que son específicos para población infanto-juvenil.	Variable dependiente Cualitativa Politómica	Ordinal de Likert
Riesgo Suicida.	Probabilidad que un sujeto atente contra su vida	Este estudio tiene como propósito examinar la relación entre ideación suicida, el cuál se realizará con el instrumento de identificación del riesgo suicida en niños y adolescentes	Variable dependiente Cualitativa Politómica	Ordinal de Likert
Pacientes pediátricos con cáncer	Población Infantil que cursa con una patología caracterizada por un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.	Personas del sexo femenino y masculino, de 8 a 15 años 11 meses de edad con diagnóstico de cáncer	Variable Independiente	Ordinal

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Categoría
Desesperanza.	Falta de esperanza	En este estudio se utilizará la Escala de Desesperanza de Beck	Variable dependiente Cualitativa	Ordinal de Likert

Variables Universales:

Para el estudio se tuvieron en cuenta las variables socio demográficas como: edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico, buscando tener parámetros de similitud que permitan un análisis más objetivo de los resultados.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Categoría
Edad	Periodo de Tiempo que una persona ha vivido desde que nació	En este estudio se incluirán niños entre 8años a 15años 11 meses	Cuantitativa	Continua
Sexo	División del género humano en dos grupos: mujer o hombre.	Femenino- Masculino	Cualitativa Dicotómica	Nominal
Nivel educativo	Es el grado de escolaridad que tiene una persona.	Ninguna. Primaria incompleta o completa, secundaria incompleta o completa, bachillerato completo o incompleto	Cualitativa Politómica	Ordinal

Análisis Estadístico:

Estadística descriptiva: Frecuencias, Porcentajes, Así como medidas de Tendencia Central y de Dispersión.

Se hizo la captura de los datos con el programa de cómputo Fox Base + 2.10, el análisis estadístico de los datos se realizó con el programa de Computo SAS 6.12

Aspectos éticos:

La violencia y la ideación suicida en los adolescentes constituyen fenómenos prevalentes en el ámbito mundial. A partir de la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra en el año 1996, la violencia comienza a considerarse como uno de los principales problemas de la salud pública en todo el mundo.

Por otro lado, el suicidio en los adolescentes es un tópico complejo, que puede ser abordado de diferentes ángulos, y siendo la ideación suicida representa un factor de riesgo para el planeamiento suicida, así como también para un inesperado intento impulsivo, es que decidimos estudiarla como una aproximación al fenómeno.

RECURSOS Y FACTIBILIDAD.

Recursos.

Se contó con el apoyo de los residentes de segundo año de pediatría de las distintas guardias para la aplicación de los cuestionarios supervisados por el tesista.

Los cuestionarios impresos en papel fueron proporcionados por el tesista.

El resto de material de papelería (lápices, goma, saca punta), fue proporcionado por los servicios de hematología y oncología pediátrica.

El equipo de computo y software utilizado para la recolección y análisis de resultados, se obtuvo por medio del asesor metodológico, y las licencias de los cuestionarios a aplicar pertenecen al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La Fuente.

El asesor experto cuenta con estudios de post doctorado en el área de clinimetría y es experto en la aplicación de los instrumentos de medición, además de contar con el permiso del autor original de los instrumentos para su aplicación.

Factibilidad.

Por ser un estudio donde se aplicarán cuestionarios el costo del proyecto es bajo, además de contar con los recursos humanos necesarios.

RESULTADOS.

Se analizaron 215 cuestionarios de un total de 43 pacientes, 86 cuestionarios pertenecían a otro trabajo de investigación, 3 pacientes de los elegidos para realizar la presente no fueron incluidos en la misma. Uno por la negativa del padre y los demás por decisión propia. Una paciente del servicio de hematología se excluyó del estudio por no saber leer y otro paciente del mismo servicio por que sus condiciones clínicas se agravaron. El 51.16% de los pacientes fueron del género masculino (n=22) y del género femenino 48.84% (n=21). En la tabla número 1 se presenta la distribución de los pacientes por edad.

Al momento de aplicar los cuestionarios los pacientes eran cuidados por la madre en el 65.12% (n=28) el padre y otro familiar representan el 34.88% (n= 15).

Tabla 1. Distribución de los pacientes por edad (N=43)

Edad	N	Porcentaje
8 años	6	13.95%
9 años	5	11.63%
10 años	9	20.93%
11 años	3	6.98%
12 años	4	9.30%
13 años	7	16.28%
14 años	4	9.30%
15 a 15 años 11 meses	5	11.63%

El 44.19% de los pacientes (n=19) asiste a la escuela de manera regular en el ciclo escolar transcurrido durante la investigación y el 55.81% (n=24) no asiste a la misma.

Los pacientes tienen un rango de escolaridad amplio desde los que acuden a la primaria hasta la preparatoria. Esto obedece a que es un grupo heterogéneo con base a la edad. En la tabla 2 se observa la distribución de los pacientes de acuerdo al grado de escolaridad. Los pacientes con primaria incompleta son el grupo más grande (n=19) lo que representa 44.19%.

Tabla 2. Grado de escolaridad de los pacientes.

Grado escolaridad.	N	Porcentaje
Ninguna	1	2.33%
Primaria completa	6	13.95%
Primaria incompleta	19	44.19%
Secundaria completa	4	9.30%
Secundaria incompleta	7	16.28%
Bachillerato	6	13.95%

El padecimiento oncológico y/o hematológico más frecuente fue la leucemia linfoblástica aguda con un 34.88% (n=15) , el total de las leucemias representa a 23 pacientes que es el 53.48%. El resto de los pacientes (n=20) corresponde a tumores sólidos que en total suman un 65.12%. Siendo el grupo de tumores cerebrales el más frecuente con un 9.3% (n=4)

Tabla 3. Tipo de cáncer que padece el paciente.

Tipo de cáncer	N	Porcentaje
Leucemia aguda linfoblástica	15	34.88%
Leucemia aguda no linfoblástica	8	18.60%
Linfoma de Hodkin	3	6.98%
Linfoma no Hodkin	3	6.98%
Tumores cerebrales	4	9.30%
Retinoblastoma	1	2.33%
Neuroblastoma	1	2.33%
Tumor de Wilms	2	4.65%
Osteosarcoma	2	4.65%
Sarcoma de Ewing	1	2.33%
Tumores hepáticos	1	2.33%
Tumores germinales	2	4.65%

En las primeras tres tablas se describen características clínicas de los padecimientos oncológicos y hematológicos a saber: la etapa en la que se encuentra la enfermedad, el tipo de tratamiento recibido actualmente y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer.

Tabla 4. Etapa en la que se encuentra la enfermedad.

Etapa	N	Porcentaje
Sin tratamiento	4	9.30%
En remisión	28	65.12%
Recurrente	7	16.28%
Refractaria	4	9.30%

Tabla 5. Tratamiento recibido actualmente.

Tratamiento actual	N	Porcentaje
Quimioterapia	40	93.02%
Más de un tratamiento	3	6.98%

Tabla 6. Tiempo desde el diagnóstico de cáncer.

Tiempo	N	Porcentaje
0 a 6 meses	19	44.19%
Más de 6 meses a 1 año	9	20.93%
Más de 1 año	15	34.88%

Por último se presentan las tablas con variables socio demográficas que tienen que ver con el apoyo psicológico y/o psiquiátrico recibido antes y después del diagnóstico de cáncer.

Tabla 7. ¿Ha recibido apoyo psicológico y/o psiquiátrico a partir del diagnóstico oncológico.

	N	Porcentaje
Si	18	41.86%
No	25	58.14%

Tabla 8. ¿Ha recibido apoyo por psicológico y/o psiquiátrico antes del padecimiento oncológico?

	N	Porcentaje
Si	7	16.28%
No	36	83.72%

Las siguientes tablas muestran la sintomatología depresiva atendiendo a las variables socio demográficas y clínicas. Como referencia la puntuación del nivel de depresión se agrupa de la siguiente manera: 1- 10 (altibajos normales), 11 -16 (leve perturbación del estado de ánimo), 17 – 20 (estados depresivos intermitentes), 21- 30 (depresión moderada), 31-40 (depresión grave), más de 40 depresión extrema. El cuestionario fue contestado por los 43 pacientes incluidos en el presente trabajo.

Tabla 9. Nivel de depresión utilizando el Inventario de Depresión de Beck de acuerdo al grado de escolaridad.

Escolaridad	n	media	± d. e.
Ninguna	1	8	-
Primaria completa	6	4	5.02
Primaria incompleta	19	7.11	4.84
Secundaria completa	4	5.75	3.59
Secundaria incompleta	7	8.71	9.98
Bachillerato	6	5	4.1

Todas las puntuaciones representan altibajos normales.

Tabla 10. Nivel de depresión utilizando el Inventario de Depresión de Beck de acuerdo a la regularidad de la asistencia a la escuela.

Asiste a la escuela	n	media	± d. e.
Si	19	6.68	6.93
No	24	6.42	4.66

Todas las puntuaciones representan altibajos normales.

Tabla 11. Nivel de depresión utilizando el Inventario de Depresión de Beck de acuerdo al tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico	n	media	± d. e.
0 -6 meses	19	6.37	4.7
>6 meses - 1 año	9	5.67	4.42
> 1 año	15	7.27	7.54

Todas las puntuaciones representan altibajos normales.

Tabla 12. Nivel de depresión utilizando el Inventario de Depresión de Beck de acuerdo al diagnóstico oncohematológico.

Diagnóstico	n	media	± d. e.
Leucemia linfoblástica aguda	15	6.13	4.5
Leucemia aguda no linfoblástica	8	4.88	5.25
Linfoma de Hodking	3	7.67	6.81
Linfoma no Hodking	3	10.67	15.89
Tumores cerebrales	4	4	3.56
Retinoblastoma	1	7	-
Neuroblastoma	1	6	-
Tumor de Willms*	2	14	1.41
Osteosarcoma	2	5.5	2.12
Sarcoma de Ewing	1	6	-
Tumor hepático	1	10	-
Tumores germinales	2	5.5	3.54

***Leve perturbación del estado de ánimo**

Tabla 13. Nivel de depresión utilizando el Inventario de Depresión de Beck de acuerdo a la etapa en la que se encuentra la enfermedad.

Etapa de la enfermedad	n	media	± d. e.
Sin tratamiento	4	3.75	3.86
Remisión	28	6.75	6.5
Recurrente	7	8	3.96
Refractaria	4	5.25	3.3

Todas las puntuaciones representan altibajos normales.

Tabla 14. Nivel de depresión utilizando el Inventario de Depresión de Beck de acuerdo al apoyo psicológico y/o psiquiátrico recibido a partir del diagnóstico de cáncer.

Recibe ayuda	n	media	± d. e.
Si	19	4.79	5.14
No	24	2.42	3.4

Todas las puntuaciones representan altibajos normales.

Las siguientes tablas muestran el nivel de ideación suicida con respecto a las variables socio demográficas propuestas en el presente trabajo, el cuestionario fue respondido en su totalidad por los 43 pacientes. De acuerdo al instrumento utilizado se considera alta ideación suicida a la que presenta más de 10 puntos , moderada ideación suicida a la que se encuentra entre 6 – 10 puntos, baja ideación suicida de menos de 1- 5 puntos y el que tiene puntuación de 0 se considera no ideador.

Tabla 15. Nivel de ideación suicida de acuerdo al Inventario de Beck con base al nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	n	media	± d. e.	Nivel ideación
Ninguna	1	0	-	No ideador
Primaria completa	6	4.83	4.4	Baja ideación suicida
Primaria incompleta	19	2.79	2.72	Baja ideación suicida
Secundaria completa	4	1.5	2.38	Baja ideación suicida
Secundaria incompleta	7	7.29	7.87	Moderada ideación suicida
Bachillerato	6	1.67	1.63	Baja ideación suicida

Tabla 16. Nivel de ideación suicida de acuerdo al Inventario de Beck con base en la regularidad de asistencia a la escuela.

¿Asiste de manera regular a la escuela?	n	media	± d. e.	Nivel ideación
Si	19	4.79	5.14	Baja ideación suicida
No	20	2.42	3.4	Baja ideación suicida

Tabla 17. Nivel de ideación suicida de acuerdo al Inventario de Beck en relación al tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Tiempo	n	media	± d. e.	Nivel de ideación
0 – 6 meses	19	2.32	2.65	Baja ideación suicida
> 6 meses al año	9	4.22	4.76	Baja ideación suicida
> más de 1 año	15	4.47	5.66	Baja ideación suicida

Tabla 18. Nivel de ideación suicida de acuerdo al Inventario de Beck con respecto al tratamiento actual.

Tratamiento	n	media	± d. e.	Nivel de ideación
Quimioterapia	40	2.98	3.47	Baja ideación suicida
Más de un tratamiento	3	10	9.85	Moderada ideación suicida

Tabla 19. Nivel de ideación suicida de acuerdo al Inventario de Beck con respecto al apoyo psicológico y/o psiquiátrico a partir del diagnóstico de la enfermedad.

Apoyo psicológico	n	media	± d. e.	Nivel de ideación
Si	18	2.89	3.45	Baja ideación suicida
No	25	3.88	4.95	Baja ideación suicida

DISCUSION.

El cáncer es una de las principales causas de muerte infantil. Esta enfermedad constituye una situación grave y estresante provocando en el niño estados emocionales que generan malestar psicológico tales como la ansiedad y depresión (Cabrera p., Y cols. 2005)

La edad de aparición de la enfermedad ha sido uno de los factores que se considera más relevante para la manifestación de secuelas psicológicas. A menor edad, mayor capacidad de adaptación a los cambios y demandas de la enfermedad, sin embargo si ésta se manifiesta durante la adolescencia, las secuelas serán mayores debido al proceso del desarrollo que se está viviendo, esto es en esta etapa el/la joven se encuentra en una lucha por su autonomía, independencia y fortalecimiento de su auto concepto, los que se ven fuertemente dañados por la aparición del cáncer (Del Refugio G. 2006).

El suicidio es predecible a partir de ciertas variables sociales, psicológicas y psicosociales a saber: la soledad, el apoyo social, el autoconcepto, la autoestima, la depresión, el estrés y el afrontamiento principalmente. Si bien la intención suicida y la ideación suicida no siempre resultan en la consumación del suicidio pueden constituirse en factores predictores del mismo (Palacios X., Ocampo JG. 2011).

En términos generales en nuestra investigación se puede afirmar que solo los pacientes con tumor de Willms presentaban leve perturbación del estado de ánimo, el resto de los resultados tomando en cuenta las variables clínicas y socio demográficas mostró altibajos normales en el estado de ánimo. Con lo cual se puede afirmar que no hay síntomas depresivos en los pacientes con cáncer participantes del presente estudio.

La ideación suicida en casi todos los pacientes ordenados por las distintas variables sociodemográficas y clínicas fue baja, sin embargo llama la atención que fue moderada en los grupos de secundaria incompleta y los que recibían más de un tratamiento para la enfermedad de base.

Algunas de las principales causas para la depresión en gente que padece cáncer son: los factores de riesgo relacionados directamente con la enfermedad tales como la depresión en el tiempo del diagnóstico, pobre control del dolor, avance en el estado del cáncer, estresores en la vida, incremento de las alteraciones físicas, tipo de cáncer, así como el tratamiento con ciertos agentes de quimioterapia (Gonzalez Y., 2006)

Queda por resolver la interrogante de por qué los pacientes onco - hematológicos estudiados no presentan sintomatología depresiva, por lo anteriormente expuesto se deberán tomar en futuras investigaciones otras variables socio demográficas a las propuestas en este estudio relacionadas al entorno familiar que pudieran influir en la presencia o ausencia de depresión en el curso de la enfermedad.

Es lógico pensar que la mayor intensidad de la ideación suicida en los pacientes de secundaria obedezca al inicio de la adolescencia más que al cáncer el cual podría actuar solo como un detonador. Es recomendable realizar estudios de tipo longitudinal para valorar la sintomatología psiquiátrica en los pacientes con cáncer en el curso del diagnóstico, el tratamiento y en la supervivencia.

Las limitaciones de este estudio son las inherentes a los estudios descriptivos exploratorios en cuanto a que no se pueden generalizar los resultados, los cuales son válidos solo para los pacientes estudiados en este trabajo.

Se sugiere también en estudios posteriores además de aplicar cuestionarios para determinar la sintomatología psiquiátrica realizar entrevistas personalizadas por el servicio de higiene mental de la unidad e indagar sobre el estado de salud mental previo al diagnóstico.

Como ya lo mencionamos anteriormente 3 pacientes se excluyeron de este estudio pues decidieron no participar, a pesar de la explicación de las características de la investigación y los alcances de la misma, así mismo generó de manera subjetiva en un principio desconfianza el contestar los cuestionarios por su relación con el suicidio.

CONCLUSIONES.

1. Se cumplió con los objetivos propuestos en esta investigación pues se determinó el nivel de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer así como el grado de ideación suicida.
2. Los pacientes con cáncer tuvieron altibajos normales del estado de ánimo que no llegan a considerarse depresión.
3. Los pacientes con cáncer de manera general presentaron niveles bajos de ideación suicida.

BIBLIOGRAFIA

Aliaga J., Rodriguez L., Ponce C., Frinsancho A., Enriquez J: Escala de Desesperanza de Beck(BHS): Adaptación y Características Psicometricas, Revista de Investigación de Psicología, 9 (1): 69-79 , 2006.

Bragada C., Hernández L., Sánchez B., Urbano : Fisica Autoestima Ansiedad, Depresión en los niños con cáncer y en los niños sanos sin antecedentes de cancer, Psicothema, 20 (3): 413-419, Aug 2008.

Córdova M., Rosales J., y Eguiluz L: La didáctica constructiva de una Escala de Desesperanza: resultados preliminares, *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (2), 311-324, 2005.

González Hernandez Refugio: Depresión en niños y niñas con Cáncer, Actualidades en Psicología, 20: 22-44, 2006.

Hedstrom M., Kreuger A., Ljungman G., et al: Accuracy of assessment of distress, anxiety, and depression by physicians and nurses in adolescents recently diagnosed with cancer, *Pediatr Blood Cancer*, 46(7):773–779, 2006.

Hem E., Loge J., Haldorsen T., Ekeberg O: Suicide Risk in Cancer Patients From 1960 to 1999, *Journal of Clinical Oncology*, 22 (20): 4209-4216, October 2004.

Kersun LS., Rourke MT., Mickley M., Kazat AE: Screening for Depression and Anxiety in adolescent cancer patients, *J. Pediatr Hematol Oncol*, 31(11): 835-839, Nov 2009.

Miranda I., Cubillas M., Román R.,Valdez E: Ideación Suicida en población escolarizada infantil : factores psicológicos asociados, *Revista Salud Mental*, 32: 495-502, 2009.

Mondragón L., Borges G., Gutiérrez R: La medición de la Conducta Suicida en México: Estimaciones y Procedimientos, *Revista Salud Mental*, 24 (6): 4-15, Diciembre 2001

Nock K., Borges G., Bromet E., et al, Suicide and Suicidal Behavior, *Epidemiol Rev*, 30: 133- 154, 2008.

Scott K., Hwang I., Chiu W., et al, Chronic Physical Conditions and Their Association With First Onset of Suicidal Behavior in the World Mental Health Surveys, *Psychosomatic Medicine*, 72: 712-719, 2010.

Viñas F., Jane M., Domenech E, Evaluación de la Severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años, *Psicothema*,12(4) ;594-598, 2000.

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U.M.A.E HOSPITAL GENERAL “ GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA”
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.

México D.f a de del

Nombre del paciente:

Nombre del Familiar o Tutor:

Apreciado Familiar:

El Centro Médico Nacional La Raza I. M. S. S. , realiza un proyecto de investigación sobre “DEPRESION , RIESGO SUICIDA Y DESESPERANZA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON CANCER EN UNA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD. ”. La investigación se realizara a través de entrevistas – cuestionarios. Cada entrevista o cuestionario tendrá una duración aproximada de 15 minutos.

Su participación es voluntaria, se garantiza el anonimato, toda la información recolectada será confidencial.

NOTA: He leído las condiciones de participación en el proyecto de investigación y estoy de acuerdo en que mi hijo participe en el mismo.

Ocasionalmente el niño podría presentar rechazo a contestar el cuestionario por el tipo de preguntas que tienen que ver con la intención o el riesgo de cometer suicidio.

Firma del padre o Tutor.

En caso de tener alguna duda sobre la presente investigación favor de comunicarse con el investigador principal: M.C. Martin Arturo Silva Ramírez. Neurólogo Pediatra

Adscripción: U. M. A. E. Hospital General Gaudencio González Garza. Centro Médico Nacional La Raza. IMSS. Teléfono: 57245900 ext. 23464

ANEXO 2. CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA HOSPITAL GENERAL.
CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS EN PACIENTES PEDIATRICOS
CON CANCER

Nombre del Paciente:

Edad del Paciente:

Sexo:

1. El presente cuestionario es llenado por:

a) Madre b) Padre c) Otro familiar.

2. Grado de Escolaridad del paciente:

a) Ninguna b) Primaria completa c) Primaria incompleta d) Secundaria completa
e) Secundaria incompleta f) bachillerato

3. En el presente ciclo escolar el paciente acude de manera regular a la escuela:

a) Si b) No

4. ¿ Cuánto tiempo tiene que le diagnosticaron cáncer a su familiar?

a) 0 a 6 meses b) más de 6 meses a un año c) más de un año

5. El cáncer que padece su familiar corresponde a (de no conocer el tipo de tumor que padece su familiar pregunte al médico que le realiza la encuesta) :

a) Leucemia aguda linfobástica b) Leucemia aguda no linfoblástica c) Linfoma de Hodking
d) Linfoma no Hodking e) Tumores cerebrales f) Retinoblastoma g) Neuroblastoma h) Tumor de Willms
i) osteosarcoma j) sarcoma de Ewing k) Rabdomiosarcoma l) Sarcoma de partes blandas
m) Tumores hepáticos n) Tumores germinales

6. Etapa en la que se encuentra la enfermedad:

a) Sin tratamiento b) En remisión c) Recurrente d) Refractaria (que no responde al tratamiento) e) No sabe

7.¿Qué tratamiento ha recibido su hijo para la enfermedad?

a) Quimioterapia b) Radioterapia c) Cirugía d) Más de un tratamiento.

8.¿Qué tratamiento esta recibiendo su hijo actualmente?

a) Quimioterapia b) Radioterapia c) Más de un tratamiento.

9. A partir del diagnóstico de cáncer su familiar ha recibido apoyo por el servicio de higiene mental(psicología o psiquiatría) ?

a) Si b) No

10.El paciente ha recibido apoyo por el servicio de higiene mental(psicología o psiquiatría), antes de ser diagnosticado con cáncer?

a) Si b)No

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE BECK ESCALA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Características hacia las actitudes hacia la vida / muerte

1. Deseo de vivir ()
0. Moderado a Fuerte

1. Poco (Débil)
2. Ninguno (No tiene)

2. Deseo de morir ()
0. Moderado a Fuerte

1. Poco (Débil)
2. Ninguno (No tiene)

3. Razones para vivir/ morir ()
0. Vivir supera a morir

1. Equilibrado (es igual)
2. Morir supera a vivir

4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo ()
0. Ninguno (inexistente)

1. Poco (debil)
2. Moderado a fuerte

5. Deseo pasivo de suicidio ()
0. Tomaria precauciones para salvar mi vida

1. Dejaría la vida / muerte a la suerte
2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

Características de los pensamientos / deseos de suicidio

6. Duración ()
0. Breves periodos pasajeros

1. Periodos largos
2. Continuos (crónicos) casi continuos

7. Frecuencia ()

0. Rara, ocasionalmente

1. Intermitente

2. Persistentes Continuos

8. Actitud hacia los pensamientos y deseos ()

0. Rechazo

1. Ambivalente ; indiferente

2. Aceptación

9. Control sobre la acción/ deseo suicidio ()

0. Tiene sentido de control

1. Inseguridad de control

2. No tiene sentido de control

10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religion, irreversibilidad, fallar) ()

0. No lo intentaria por que algo lo detiene

1. Cierta dudad hacia los intereses que lo detienen

2. Ninguno o minimo interés en las razones que lo detienen

11. Razones para desear pensar el intento suicida ()

0. Manipular el ambiente, llamar la atencion, venganza

1. Combinación de 0-2

2. Escapar, acabar salir de problemas

Caracteristicas del intento

12. Método: Especificidad Oportunidad de pensar el intento ()

0. Sin considerar

1. Considerado , pero sin elaborar los detalles

2. Detalles elaborados bien formulados

13. Método Disponibilidad oportunidad de pensar el intento ()

0. Metodo no disponible, no oportunidad

1. Método tomaria esfuerzo , tiempo, oportunidad no disponible realmente

2. Método y oportunidad disponible

2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método

14. Sensacion de capacidad para llevar el intento ()

0. Falta de valor, debilidad , asustado, incompetente

1. No esta seguro de tener el valor

2. Esta seguro de tener valor

15. Expectativa anticipacion de un intento real ()

0. No

1. Sin seguridad, sin claridad

2. Si

Actualizacion del intento

16. Preparación real ()

0. Ninguna

1. Parcial (Guardar pastillas , conseguir instrumentos)

2. Completa

17. Nota suicida ()

0. Ninguna

1. Solo pensada , iniciada , sin terminar

2. Escrita terminada

18. Acciones finales para preparar la muerte (testamentos, arreglos, regalos) ()

0. No

1. Solo pensados, arreglos parciales

2. Terminados

19. Encubrimiento de la idea de realizar intento suicida ()

0. Revela las ideas abiertamente

1. Revela las ideas con reserva

2. Encubre, engaña , miente

20. Intento de suicidio anteriores ()

0. No

1. Uno

2. Más de uno

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6) .

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7) .

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8) .

No me considero peor que cualquier otro.
Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
Continuamente me culpo por mis faltas.
Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

No tengo ningún pensamiento de suicidio.
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
Desearía suicidarme.
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

No lloro más de lo que solía llorar.
Ahora lloro más que antes.
Lloro continuamente.
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

No estoy más irritado de lo normal en mí.
Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
Me siento irritado continuamente.
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

No he perdido el interés por los demás.
Estoy menos interesado en los demás que antes.
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
He perdido todo el interés por los demás.

13) .

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
Evito tomar decisiones más que antes.
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

No creo tener peor aspecto que antes.
Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19) .

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

1-10Estos altibajos son considerados normales.

11-16Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20Estados de depresión intermitentes.

21-30Depresión moderada.

31-40Depresión grave.

+ 40Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

ANEXO 3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Gráfico de Gant

Febrero 2013							Publicación de la tesis
Enero 2013 - Diciembre 2012							Recolección de datos y análisis de resultados
Noviembre- 2012					Aprobación del protocolo de investigación	Recolección de los datos	
Octubre 2012			Aprobación del protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación	Aprobación del protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación			
Septiembre 2012			Aprobación del protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación				
Julio-Agosto 2012			Aprobación del protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación				
Mayo-Junio 2012			Aprobación del protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación				
Marzo-Abril 2012			Aprobación del protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación				
Enero-Febrero 2012			Aprobación del protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación				
Noviembre-Diciembre 2011			Aprobación del protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación				
Septiembre- Octubre 2011			Aprobación del protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación				
Julio-Agosto 2011			Aprobación del protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación				
Mayo-Junio 2011			Aprobación del protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación				
Marzo-Abril 2011		Elaboración del protocolo de Investigación					
Enero-Febrero 2011	Recolección de la información						