



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UMAE HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SIGLO XXI  
"DR. SILVESTRE FRENK FREUND"**

**"FRECUENCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL  
HOSPITAL DE PEDIATRÍA CMN SIGLO XXI QUE CONOCEN SU DIAGNÓSTICO DE  
LEUCEMIA EN COMPARACIÓN CON ADOLESCENTES QUE LO DESCONOCEN.  
UNA EVALUACION A CORTO PLAZO".**

**T E S I S**

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

**P R E S E N T A**

**DRA. MARTHA ALICIA LOPEZ JAIME**

**ASESOR TEÓRICO  
DRA. ISABEL MEDRANO ORTIZ DE ZARATE  
SERVICIO DE SALUD MENTAL UMAE HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SIGLO XXI.**

**ASESOR METODOLÓGICO  
DRA. ROCIO HERRERA MARQUEZ  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMAE HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN  
SIGLO XXI**

México, D.F. 2015



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.

### 1. Datos del alumno

NOMBRE: MARTHA ALICIA LOPEZ JAIME  
MATRICULA: 99379043  
CÉDULA PROFESIONAL:  
- MEDICO CIRUJANO: 5882618 / PSIQUIATRIA GENERAL: 8404077  
CARGO: MEDICO RESIDENTE DE 2º AÑO DE PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA  
ADSCRIPCION: SALUD MENTAL, HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI  
DIRECCIÓN: AV. CUAUHEMOC 330. COLONIA DOCTORES. CP 06720  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
CORREO ELECTRÓNICO: mabussy\_2318@yahoo.com.mx  
TELEFONO: 56-27-69-00 Ext. 22303

### 2. Datos de los asesores

NOMBRE: ISABEL MEDRANO ORTIZ DE ZARATE  
MATRÍCULA: 5115442  
CARGO: MEDICO PAIDOPSIQUIATRA ADSCRITO AL SERVICIO DE SALUD MENTAL, UMAE, HOSPITAL DE PEDIATRIA CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
ADSCRIPCION: SERVICIO DE SALUD MENTAL, UMAE, HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.  
DIRECCIÓN: AV. CUAUHEMOC 330. COLONIA DOCTORES. CP 06720  
CORREO ELECTRONICO: isabelmedranooz@gmail.com.mx  
TELEFONO: 56-27-69-00 Ext. 22303

NOMBRE: ROCIO JULIA HERERRA MARQUEZ  
MATRICULA: 12005029  
CARGO: MEDICO ENDOCRINOLOGA PEDIATRICA ENCARGADA DE LA DIVISION DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMAE HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SIGLO XXI.  
ADSCRIPCION: SERVICIO DE SALUD MENTAL, HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.  
DIRECCION: AV. CUAUHEMOC 330. COLONIA DOCTORES. CP 06720  
CORREO ELECTRONICO: julia.herreram@imss.gob.mx  
TELEFONO: 56-27-69-00 Ext. 22306

### 3. Datos de la Tesis

**Frecuencia de Síntomas De Ansiedad Y Depresión En Adolescentes Del Hospital De Pediatría CMN Siglo XXI Que Conocen Su Diagnóstico De Leucemia En Comparación Con Adolescentes Que Lo Desconocen. Una evaluación a corto plazo.**

p. 62

2014



**Dirección de Prestaciones Médicas**  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3603  
HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI, D.F. SUR

FECHA 30/06/2014

**DRA. ISABEL MEDRANO ORTIZ DE ZÁRATE**

**P R E S E N T E**

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

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

que 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-2014-3603-37 |
|----------------|

ATENTAMENTE

**DR.(A). HERMILO DE LA CRUZ YÁÑEZ**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3603

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## INDICE

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| <b>RESUMEN</b>                    | <b>5</b>  |
| <b>MARCO TEORICO</b>              | <b>6</b>  |
| <b>JUSTIFICACION</b>              | <b>19</b> |
| <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> | <b>20</b> |
| <b>OBJETIVOS</b>                  | <b>21</b> |
| <b>MATERIAL Y METODOS</b>         | <b>22</b> |
| <b>ASPECTOS ETICOS</b>            | <b>28</b> |
| <b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>  | <b>30</b> |
| <b>RESULTADOS</b>                 | <b>31</b> |
| <b>DISCUSIÓN</b>                  | <b>35</b> |
| <b>LIMITACIONES</b>               | <b>38</b> |
| <b>CONCLUSIONES</b>               | <b>39</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> | <b>41</b> |
| <b>TABLAS Y GRAFICAS</b>          | <b>44</b> |
| <b>ANEXOS</b>                     | <b>54</b> |

## RESUMEN

### Frecuencia de Síntomas de Ansiedad y Depresión en Adolescentes del Hospital De Pediatría CMN Siglo XXI Que Conocen su Diagnóstico De Leucemia En Comparación Con Adolescentes Que Lo Desconocen. Una evaluación a corto plazo.

**Antecedentes:** El cáncer infantil constituye un grupo heterogéneo de enfermedades de etiología, tratamiento y pronóstico diferentes. La incidencia en la población menor de 18 años ocupa del 3 al 5%. La probabilidad de padecer leucemia alerta al adolescente por la amenaza que representa para la vida. Cohn y Lazarus establecieron las siguientes condiciones como amenazas: daño a la integridad corporal, incapacidad física, dolor, separación de la familia, hospitalización, tratamientos, la comprensión de la terminología médica, la toma de decisiones en momentos de estrés, y la necesidad de depender de otros, que conlleva la pérdida de intimidad física y psicológica. El conocimiento de la enfermedad tiene un gran impacto en la vida de los adolescentes, pues llega a producir alteraciones físicas y psicológicas. La depresión y la ansiedad son las reacciones psicológicas de adaptación más frecuentes. **Objetivo:** Comparar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes adolescentes informados por sus padres del diagnóstico de leucemia y pacientes adolescentes no informados. **Material y métodos:** Se realizó un estudio prolectivo, transversal, comparativo y analítico en pacientes adolescentes y padres del servicio de Hematología del Hospital de Pediatría CMN SXXI; a los padres se les aplicó la escala de Funcionalidad Familiar (APGAR) y el cuestionario de datos sociodemográficos. Se formaron dos grupos: a) aquellos informados por los padres y b) aquellos no informados por padres. Se les aplicó dos instrumentos de evaluación, la escala DSRS (Depression Self Rating Scale); la escala STAIC (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo). Se realizó análisis univariado y bivariado (chi cuadrada, *t* de student y diferencia de medianas) con el paquete estadístico SPSS. **Resultados:** Se estudió a 12 pacientes adolescentes con diagnóstico de leucemia. Edad promedio 13.17 años. El 66.70% (9) con estructura familiar nuclear; Normofuncional 66.70%(8) y 25%(3) Disfuncional grave. La información del diagnóstico de Leucemia por los padres fue 58.30%(7) vs 41.70%(5) que no informaron. Escala de Depresión de Birlson (DSRS): Media de 15.17; el 75% (9) presentaron depresión. Inventario de Ansiedad-Estado-Rasgo con predominio de Ansiedad Rasgo 75%(9). Se encontró una diferencia significativa con respecto a la presencia de depresión entre ambos grupos 77.80% (7) vs 22.20%(2) ( $p=0.018$ ). Dos síntomas depresivos con diferencia significativa: **Puedo defenderme por mi mismo**, ante la respuesta “*siempre*” en adolescentes informados 83.30% vs 17.70% ( $p = 0.014$ ) y **Tengo sueños horribles** ante la respuesta “*a veces*” 71.4% (5) vs 28.60%(2) ( $p=0.013$ ) en los adolescentes no informados El predominio de ansiedad en ambos grupos fue Ansiedad-Rasgo 71.40%(5) vs 80.00%(4). Se encontró significativo el **Factor 5 (Somatización)**, en los adolescentes no informados 85.70% vs 14.30% ( $p=0.058$ ). **Discusión y Conclusiones:** El presente estudio, es uno de los pocos que se ha realizado en México para evaluar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes informados y no informados por padres del diagnóstico de leucemia. Mostró una frecuencia de 58.30% de adolescentes informados del diagnóstico. La frecuencia de depresión en los adolescentes con diagnóstico de leucemia fue de 75%. La presencia de depresión fue estadísticamente significativo ( $p=0.018$ ), concluyendo que en nuestro estudio los adolescentes informados cursaron con depresión y la ansiedad fue de predominio rasgo, característica de una personalidad aprensiva, sin embargo se debe de tomar estos resultados con cautela a reserva de nuestro tamaño de muestra. El identificar a los adolescentes recién diagnosticados de leucemia nos permitirá abordarlos de manera preventiva y brindarles medidas generales con el fin de disminuir la comorbilidad y evitar que el adolescente pueda llegar a tener más complicaciones psiquiátricas y por lo tanto medicas.

## MARCO TEORICO

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

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

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

### *El Paciente Adolescente y la Enfermedad.*

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

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

La adolescencia temprana se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son mas marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad.

La adolescencia tardía se caracteriza por que ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que esta muy cerca de ser un adulto joven (3).

Para el adolescente como protagonista, la experiencia hospitalaria asociada a una enfermedad grave, es generadora de ansiedad, angustia, sufrimiento y posiblemente trauma psíquico. La inmadurez y la limitada capacidad de adaptación del adolescente a un enorme número de factores exógenos y endógenos del ambiente hospitalario, lo ponen en franca desventaja. La separación de la familia, del hogar, un entorno extraño y desconocido, la presencia de dolor, la amenaza de muerte se consideran distintas fuentes de estrés en un adolescente enfermo. Las variables que influyen en la percepción de amenaza son los siguientes: edad, sexo, desarrollo cognitivo, diagnóstico médico, duración de la hospitalización, experiencias previas con procedimientos médicos y el hospital, naturaleza y tiempo de la permanencia para la hospitalización, ajuste psicológico prehospitalario y la habilidad de los padres a fin de ser apoyo adecuado para el niño.

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

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

## *Depresión.*

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

Se ha reportado una prevalencia de 4% en adolescentes, con una frecuencia mayor para el sexo femenino. Hay estudios que llegan a reportar una prevalencia en los preadolescentes de hasta 18%.

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

Existen diferentes escalas de evaluación de depresión que tienen como objetivo cuantificar los síntomas del padecimiento. La principal aplicación es realizar un tamizaje o distinguir entre los adolescentes que tienen alta probabilidad de padecer un trastorno depresivo y otras sirven para comprobar de forma estandarizada los cambios en los síntomas a través del tratamiento, sin que eso sustituya el criterio clínico. Las escalas de evaluación que se utilizan mas en niños y adolescentes son las siguientes:

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

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

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

### *Ansiedad*

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

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

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

La ansiedad habitualmente tiene dos componentes: a) manifestaciones somáticas: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aire, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, parestesias, escalofríos o sofocaciones; b) síntomas cognoscitivos-conductuales y los afectivos: desrealización, despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, sensación de muerte inminente, intranquilidad, inquietud, ideas catastróficas, deseo de huir (12).

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

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

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

**El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC):** Creado por Spielberger y cols. (1973, 1982) en California, para evaluar la ansiedad en niños estadounidenses de escuelas elementales y cuya versión española (IDAREN) fue traducida y adaptada por el psicólogo puertorriqueño J.J. Bauermeister y sus colaboradores (Bauermeister, Colon, Villamil y Spielberger, 1986; Bauermeister, Huergo, Garcia y Otero, 1988); ha sido usado para evaluar características de ansiedad en correlación con varios factores debido a sus valores psicométricos de especificidad conceptual y consistencia interna los ítems quedan agrupados en seis factores teóricamente distinguibles entre sí: Factor 1. Temor (ansiedad estado): Da cuenta de un estado emocional de inestabilidad donde el grado de confusión y percepción de amenaza es significativo, generando altos niveles de ansiedad. Factor 2 Tranquilidad (ansiedad-estado): Esta orientado al estado emocional de jovialidad en un medio con pocas señales de alerta que satisface las necesidades de confort y seguridad. Factor 3 Preocupación (ansiedad-rasgo): Corresponde a estados emocionales de alteración sin la percepción de una señal de amenaza identificable, la anticipación hace parte de uno de sus principales elementos. Factor 4. Evitación (ansiedad-rasgo): Da cuenta de una estrategia de afrontamiento orientada a no enfrentar la situación porque el sujeto se concibe a si mismo en una condición de minusvalía e inseguridad. Factor 5. Somatización (ansiedad-rasgo): Corresponde a manifestaciones orgánicas que generan preocupación, por su inexplicabilidad sintomatológica. Factor 6. Ira y Tristeza (ansiedad-rasgo): Esta orientado a sentimientos encontrados que van desde el deseo de cambio de una situación hasta orientarse a estados emocionales depresivos.

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

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

### *Depresión y ansiedad como reacción de adaptación al cancer.*

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

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

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

La frecuencia global de ansiedad y depresión en pacientes adolescentes internados varía entre el 15% y el 60%. Los síntomas más comunes son la combinación de preocupaciones excesivas, ansiedad, depresión e insomnio (16).

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

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

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

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

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

#### *Impacto de la enfermedad en la familia.*

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionista), la Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad, los limites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que no es mas que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada (22).

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

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

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

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

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

No existe una forma única de afrontar el cáncer infantil. La adaptación al cáncer debe ser considerada como un proceso dinámico y sensible que depende de las siguientes variables (9): a) Variables personales: edad del niño, nivel de desarrollo psicoevolutivo, grado de comprensión de la enfermedad, favorecido o no por la actitud ante la comunicación del diagnóstico, b) Variables propias de la enfermedad: tipo de cáncer, su pronóstico y fase de la enfermedad incluyendo la supervivencia o muerte, c) Variables ambientales: adaptación de cada miembro de la familia a cada etapa de la enfermedad, el funcionamiento familiar, presencia de estresores concurrentes, el apoyo socio-económico y el medio sociocultural (25).

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización, como es el caso del APGAR familiar.

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

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

En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar). En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACE III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y cols (27).

#### *El personal médico ante la enfermedad.*

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

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

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

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

### *Conspiración del Silencio.*

Al decidir informar al niño de su enfermedad existen dos actitudes: 1) Protectora: Se intenta proteger al paciente de cualquier información con el fin de evitarle preocupaciones o sufrimiento, 2) Abierta: Tiende a ser adoptada cada vez con más frecuencia debido a que mejora los lazos afectivos del paciente y le permite hablar de la enfermedad, dando como resultado una disminución de la pena (25).

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

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

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

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

#### *Los Beneficios de una buena comunicación.*

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

Investigaciones empíricas demuestran que una gran variedad de comportamientos por parte del médico son comunes a la hora de comunicar noticias desfavorables, dichas acciones disminuyen el tiempo que el médico emplea para tratar de comunicarse con el paciente y su familia, dando la impresión, equivocada, de no estar interesados en la salud del paciente (19). Las destrezas efectivas que tenga el médico en la comunicación del diagnóstico, mejoran el entendimiento de la enfermedad por el paciente y la adherencia al tratamiento, evitarán el desgaste e incrementan su satisfacción personal (30).

Pocos estudios han valorado las reacciones de los pacientes acerca de cómo las noticias desfavorables les afectan. En un estudio realizado en pacientes adultos por Bradley y cols., donde valoró el papel del médico en la comunicación del diagnóstico y pronóstico, así como el deseo de los pacientes por conocer su pronóstico, reporta que 60% de sus pacientes se interesó por conocer su diagnóstico (24).

Los estudios enfocados al establecimiento de una buena comunicación para dar noticias desfavorables en población pediátrica con cáncer, son aun menos. Tates K y Meeuwesen L. (31) en su estudio midieron los aspectos de la comunicación médico paciente/familiar y reportan que la comunicación es mejor con los padres (26 al 39%) que con los niños (2 al 14%), siendo en este rubro para ambos grupos muy pequeña o casi ausente. Van Dulmen

reporta que en el 36% de sus consultas pediátricas, el niño no participa de forma verbal y menciona que la falta de consideración a las opiniones del paciente pediátrico acarrea sentimientos de insatisfacción y conductas de incumplimiento (31)(32).

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

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

## JUSTIFICACION

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

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

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

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

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

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

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Es posible que la información del diagnóstico de leucemia realizado por padres de pacientes adolescentes repercuta en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, comparados con aquellos pacientes en condiciones similares que no tienen la información sobre su diagnóstico.

***¿La información por los padres del diagnóstico de leucemia disminuirá la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes adolescentes, en comparación con pacientes adolescentes a los cuales no se les informara su diagnóstico?***

## **OBJETIVO GENERAL.**

**Comparar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes adolescentes informados por sus padres del diagnóstico de leucemia y pacientes adolescentes no informados.**

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

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

## **MATERIAL Y METODOS.**

### **Diseño de Estudio.**

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROLECTIVO.
- b) Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.
- c) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: COMPARATIVO.
- d) Según la interferencia del investigador en el fenómeno que analiza: ANALITICO.

### **Universo del estudio y Ubicación temporal y espacial de la población**

La investigación se realizó en pacientes adolescentes de ambos sexos, mayores de 10 años y menores de 16 años 11 meses años que acudieron al servicio de Hematología del Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI; que contaron con el diagnostico reciente de leucemia, sin importar el tipo y estadio que se trate, en el periodo que correspondió del 15 de Junio al 30 de Noviembre del 2014.

## **Criterios de Selección**

### **Criterios de inclusión:**

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

### **Criterios de exclusión:**

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

### **Criterios de eliminación:**

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

**Tabla de Variables.**

| Variable                     | Tipo        | Definición operacional   | Escala de medición             | Categoría  |
|------------------------------|-------------|--|--------------------------------|--|
| EDAD                         | Demografica | Tiempo transcurrido en años y meses, de la fecha de nacimiento hasta la fecha actual.  | Cuantitativa Discreta          | Años   |
| SEXO                         | Demografica | Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales.   | Cualitativa Nominal Dicotómica | 1. Masculino<br>2. Femenino  |
| ESCOLARIDAD ADOLESCENTES     | Demografica | Nivel de escolaridad de pacientes adolescentes.  | Cualitativa Nominal            | 1. Primero de primaria<br>2. Segundo de primaria<br>3. Tercero de primaria<br>4. Cuarto de primaria<br>5. Quinto de primaria<br>6. Sexto de primaria<br>7. Primero de secundaria<br>8. Segundo de secundaria<br>9. Tercero de secundaria<br>10. Primero de preparatoria o bachillerato<br>11. Segundo de preparatoria o bachillerato<br>12. Tercero de preparatoria o bachillerato |
| ESCOLARIDAD DE LOS PADRES    | Demografica | Numero de años de estudios alcanzado por los padres.   | Cuantitativa Discreta          | Años   |
| NIVEL ESCOLAR DE PADRES      | Demografica | Nivel de escolaridad alcanzado por padres.   | Cualitativa Nominal.           | 1. Primaria completa<br>2. Primaria incompleta<br>3. Secundaria completa<br>4. Secundaria incompleta<br>5. Bachillerato o carrera técnica completa<br>6. Bachillerato o carrera técnica incompleta<br>7. Licenciatura completa<br>8. Licenciatura incompleta<br>9. Posgrado completo<br>10. Posgrado incompleto.   |
| TIPO DE FAMILIA              | Demográfica | Una familia es un conjunto de personas unidas por lazos de parentesco.   | Cualitativa Nominal            | 1. F nuclear<br>2. F extensa<br>3. F desintegrada<br>4. F Reconstruida<br>5. F monoparental  |
| FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIAR | Demográfica | Características de la familia cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia para resolver problemas sea aceptable y armónica. | Cualitativa Ordinal            | 1. Normofuncional<br>2. Disfuncional leve<br>3. Disfuncional grave   |

|                             |               |  |  |  |
|-----------------------------|---------------|--|--|--|
| INFORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO | Independiente | Se considerará que el paciente fue informado cuando los investigadores comprueben por medio de la entrevista que haya recibido el nombre de la enfermedad y su gravedad  | Cualitativa<br>Nominal<br>Dicotómica   | 1. Se informa<br>2. No se informa  |
| ANSIEDAD                    | Dependiente   | Estado emocional en el que se experimenta malestar físico y psíquico como respuesta a una amenaza real o imaginada.  | STAIC<br>Cualitativa<br>Nominal<br>Dicotómica  | 1. Con ansiedad<br>2. Sin ansiedad   |
| ANSIEDAD SINTOMAS           | Dependiente   | Referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por ansiedad.  | STAIC<br>Cualitativa<br>nominal  | 1. Temor<br>2. Intranquilidad<br>3. Preocupación<br>4. Evitación<br>5. Somatización<br>6. Tristeza |
| ANSIEDAD ESTADO             | Dependiente   | Estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo<br>Suma de factores<br>1. Temor<br>2. Tranquilidad  | STAIC<br>Cualitativo<br>Nominal<br>Dicotómico  | 1. Predominio Ansiedad Estado<br><br>2. Sin predominio Ansiedad estado                             |
| ANSIEDAD RASGO              | Dependiente   | Característica de personalidad relativamente estable (a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones)<br>Tendencia del niño a reaccionar de forma ansiosa. Suma de factores<br>3. Preocupación.<br>4. Evitación<br>5. Somatización<br>6. Ira y tristeza | STAIC<br>Cualitativo<br>Nominal<br>Dicotómico  | 1. Predominio Ansiedad Rasgo<br><br>2. Sin predominio Ansiedad Rasgo                               |
| DEPRESIÓN                   | Dependiente   | Sentimiento de tristeza o irritabilidad asociado a una percepción de pérdida o daño, que se puede manifestar con pensamientos de minusvalía, desesperanza, desamor, etc.   | Escala de Birlson para Trastorno Depresivo Mayor en Niños y Adolescentes (DSRS).<br><br>Cualitativa<br>Nominal<br>Dicotómica | 1. Con depresión<br>2. Sin depresión   |

|           |             |  |  |                                      |
|-----------|-------------|--|--|--------------------------------------|
| DEPRESION | Dependiente | 1. Me interesan las cosas tanto como antes<br>2. Duermo muy bien<br>3. Me dan ganas de llorar<br>4. Me gusta salir con mis amigos<br>5. Me gustaría escapar, salir corriendo<br>6. Me duele la panza<br>7. Tengo mucha energía<br>8. Disfruto la comida<br>9. Puedo defenderme por mí mismo/a<br>10. Creo que no vale la pena vivir<br>11. Soy bueno para las cosas que hago<br>12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes<br>13. Me gusta hablar con mi familia<br>14. Tengo sueños horribles<br>15. Me siento muy solo<br>16. Me animo fácilmente<br>17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo<br>18. Me siento muy aburrida | Escala de Birleson para Trastorno Depresivo Mayor en Niños y Adolescentes (DSRS).<br><br>Cualitativa Ordinal | 1. Siempre<br>2. A veces<br>3. Nunca |
|-----------|-------------|--|--|--------------------------------------|

### **Análisis estadístico**

Los datos se capturaron en el programa Excel 2011 y se analizaron en el paquete estadístico SPSS. Se realizó el análisis univariado para ver inconsistencia en la captura de los datos y la distribución de las variables de interés, además se calculó las medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, rangos, cuartiles) para las variables continuas.

Así mismo para las variables categóricas, se calculó frecuencias y porcentajes. Para contraste de hipótesis con las diferentes categorías de nuestro interés se aplicó chi cuadrada, t de Student y diferencia de medianas cuando correspondió.

## **Procedimiento**

1. Los padres de los adolescentes del servicio de Hematología del Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI con leucemia de recién diagnóstico fueron invitados por el servicio de salud mental, para participar en el estudio.
2. A los familiares que aceptaron participar en el estudio se les pidió el consentimiento informado, se brindó psicoeducación acerca del manejo de la información sobre el diagnóstico así como contención emocional en caso de ser necesario en los consultorios de salud mental y se realizó la captura de variables demográficas y se aplicó la escala de APGAR conformada por cinco reactivos y con duración de 10 minutos para evaluar funcionamiento familiar, para la aplicación de los instrumentos de evaluación se dio una instrucción previa al llenado y se les acompañó durante el mismo.
3. Se preguntó a los padres de familia o cuidadores principales la decisión de informar a sus hijos del diagnóstico de leucemia o de no informar.
4. Para medir el efecto de la información del diagnóstico, se formaron dos grupos de pacientes: a) aquellos que fueron informados por los padres y/o cuidadores principales y b) aquellos cuyos padres o cuidadores principales tomaron la decisión de no informar.
5. Tras la decisión de los padres se solicitó a los adolescentes el asentimiento informado previa aceptación a participar en el estudio.

Donde se les dio dos instrumentos de medición autoaplicables que evaluó síntomas de ansiedad (STAIC) conformado por 18 reactivos, con duración aproximada de 20 minutos; y síntomas depresivos (DSRS) conformado por 18 reactivos, con duración aproximada de 20 minutos. Para la aplicación de los instrumentos de evaluación se dio una instrucción previa al llenado y se les acompañó durante el mismo.

## **Recursos Humanos.**

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

## **ASPECTOS ETICOS.**

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

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

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

- Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, la autorización del pariente responsable sustituirá a la de la persona. Siempre y cuando el menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.
- En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe tener la libertad de utilizar un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico, si a juicio del mismo ofrece una esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
- Los posibles beneficios, riesgos y molestias de un nuevo procedimiento deben sopesarse frente a las ventajas de los mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
- Todo paciente, inclusive los de un eventual grupo de control, deberán tener la seguridad de que se le aplica el mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico confirmado.
- El investigador deberá suspender la investigación si se estima que su continuación podría ser dañina para las personas.
- En investigaciones en el hombre, el interés de la ciencia y la sociedad jamás debe prevalecer sobre consideraciones relacionadas con el bienestar de las personas

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

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

| Actividad   | 2013 |      |     |     |     | 2014 |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---|------|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|   | Ago  | Sept | Oct | Nov | Dic | Ene  | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep |
| Revisión bibliográfica                                | ■    | ■    | ■   | ■   | ■   |      |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Elaboración de protocolo                              | ■    | ■    | ■   | ■   | ■   | ■    | ■   | ■   |     |     |     |     |     |     |
| Registro de protocolo en el CLIHE                     | ■    | ■    | ■   | ■   | ■   |      |     |     | ■   |     |     |     |     |     |
| Recolección de información.                           | ■    | ■    | ■   | ■   | ■   |      |     |     |     | ■   | ■   |     |     |     |
| Captura de información y generación de bases de datos | ■    | ■    | ■   | ■   | ■   |      |     |     |     | ■   | ■   | ■   |     |     |
| Análisis de datos                                     | ■    | ■    | ■   | ■   | ■   |      |     |     |     |     | ■   | ■   |     |     |
| Presentación de resultados                            | ■    | ■    | ■   | ■   | ■   |      |     |     |     |     |     | ■   |     |     |
| Elaboración de tesis.                                 | ■    | ■    | ■   | ■   | ■   |      |     |     |     |     |     | ■   |     |     |
| Elaboración de artículo                               | ■    | ■    | ■   | ■   | ■   |      |     |     |     |     |     |     | ■   | ■   |

## RESULTADOS.

Se estudio a 14 pacientes adolescentes que aceptaron participar en el estudio y firmaron su carta de asentimiento informado y los padres de consentimiento informado. Se excluyeron a 2 pacientes, al no finalizar las pruebas. La edad promedio de los 12 pacientes restantes fue 13.17. La distribución del sexo fue 50% (6) femenino y 50% (6) masculino (Gráfico 1). La escolaridad de los adolescentes fue la siguiente 25% (3) cursa el primero de secundaria y segundo de secundaria respectivamente, un 16.70% (2) el tercero de secundaria, mientras que un 8.30% (1) cursa el primer y segundo año de Bachillerato respectivamente (Tabla 1).

En relación a los padres; la edad promedio de las madres fue de 38.20 años; el nivel escolar logrado mas prevalente fue preparatoria completa con 41.70% (5). La edad promedio de los padres fue de 43.67 años; el nivel escolar mas prevalente en los padres fue de bachillerato completo 33.30% (4) (Tabla 2).

En la evaluación familiar, el 66.70% (8) de las familias de los adolescentes tuvieron una familia nuclear, el 16.70% (2) familia extensa, 8.30% (1) familia desintegrada y reconstituida respectivamente. La funcionalidad familiar medida por el escala de APGAR fue Normofuncional en un 66.70% (8), Disfuncional grave 25% (3), Disfuncional leve 8.30% (1) (Tabla 3).

La información del diagnostico de Leucemia por medio de los padres se dio en un 58.30% (7), mientras que un 41.70% (5) decidieron no informar (Tabla 4) (Gráfico 2).

Escala de Depresión de Birlson (DSRS): Se obtuvo una media de 15.17 puntos en la Escala de Depresión; el 75% (9) del total de adolescentes presentaron depresión. Dentro de los síntomas depresivos un 75% (9) respondieron "a veces" en el ítem "me interesan las cosas como antes", el 83.30% (10) respondieron "a veces" en el ítem "duermo muy bien"; 40.63%, el 41.70% (5) le gustaría escapar o salir corriendo, el 91.70% (11) respondieron "a veces" al ítem de "tengo mucha energía"; el 41.70% (5) respondieron "siempre" al ítem de "disfrutar la comida", el 50% (6) respondieron "siempre" al ítem de "puedo defenderme por mi mismo", el 66.70% (8) respondieron "nunca" al ítem "creo que no vale la pena vivir", el 50% (6) respondieron "siempre" al ítem de "puedo defenderme por mi mismo", el 75% (9) respondieron "a veces" al ítem "soy bueno para las cosas que hago", el 75.00% (9) respondieron "a veces" al ítem "disfruto lo que hago tanto como lo hacia antes"; el 66.70% (8) respondieron "nunca" al ítem "me gustaría hablar con mi familia"; el 58.30% (7) respondieron "a veces" al ítem "tengo sueños horribles"; el 83.30% (10) respondieron "a veces" al ítem "me siento muy solo"; el 58.30% (7) respondieron "a veces" al ítem "me animo fácilmente".

El 66.70% (8) respondieron “a veces” al ítem “*me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo*”; el 83.30% (10) respondieron “a veces” al ítem “*me siento muy aburrido*” (Tabla 5).

Inventario de Ansiedad-Estado-Rasgo nos mostro en los adolescentes un predominio de Ansiedad Rasgo en un 75% (9). El factor 1 (Temor) se mantuvo presente en el 41.70% (5) de los adolescentes y ausente en el 58.30% (7); Factor 2 (Tranquilidad) se mantuvo ausente en el 100% (12) de los adolescentes; el Factor 3 (Preocupación) se mantuvo presente en el 25% (3) y ausente en el 75% (9); tanto el Factor 4 (Evitación) como el factor 5 (Somatización) se encontraron presentes en el 33.33% (4) y ausente en el 66.70% (8), mientras que el Factor 6 (Ira tristeza) se mantuvo ausente en un 83.33% (10), (Tabla 6).

Dentro de las diferencias sociodemográficas en los adolescentes informados y no informados se encontró lo siguiente, con respecto a la edad los adolescentes informados tuvieron una media de 12.71 años, mientras que los no informados una media de 13.80 años. En el grupo de adolescentes informados, predominio el sexo femenino con un 57.10% (4) y en el de no informados, predominio del sexo masculino 60% (3), (Tabla 7).

No se encontró diferencia significativa con respecto a la información del diagnóstico y la funcionalidad familiar con una ( $p= 0.152$ ) (Tabla 8) (Gráfico 3).

No se encontró diferencia significativa en relación al puntaje de depresión de la Escala de depresión de Birlson (DSRS) entre los grupos de adolescentes informados. Pero si encontrándose una diferencia significativa con respecto a la presencia de depresión entre ambos grupos 77.80 (7) vs 22.20 (2) a favor de los adolescentes informados ( $p = 0.018$ ), (Tabla 9) (Gráfico 4).

En lo que corresponde a la diferencia de sintomatología depresiva de los adolescentes informados y no informados se observó lo siguiente: **1) Me interesan las cosas tanto como antes**, respondiendo un “a veces” 66.70% (6) vs 33.30% (3), los adolescentes informados sin ser estadísticamente significativo ( $p = 0.310$ ). **2) Duermo muy bien**, presentándose con el mismo porcentaje 50% (5) en ambos grupos ante la respuesta “a veces”, sin ser significativo. **3) Me dan ganas de llorar**, con un porcentaje en los adolescentes informados de 55.60% (5) vs 44.40% (4), sin significancia estadística ( $p = 0.240$ ). **4) Me gusta salir con mis amigos** sin diferencia entre ambos grupos ( $p = 0.640$ ). **5) Me gustaría escapar o salir corriendo**, presentándose un mayor porcentaje de “a veces” en los adolescentes informados 75% (3) vs 25% (1), sin ser significativo ( $p = 0.539$ ). **6) Me duele la panza**, con un 50% (4) en la respuesta “a veces” en ambos grupos, sin ser significativo ( $p = 0.408$ ). **7) Tengo mucha energía**, la respuesta “a veces” con un porcentaje similar entre ambos grupos 54.50% (6) vs 45.50% (5) sin ser significativo ( $p = 0.377$ ).

**8) Disfruto la comida**, con un mayor porcentaje 100% (3) vs 0% en la respuesta “nunca” en los pacientes informados de su diagnóstico, sin ser significativo ( $p = 0.229$ ). **9) Puedo defenderme por mi mismo**, con un mayor porcentaje ante la respuesta “siempre” 83.30% (5) vs 17.70 (1) en adolescentes informados, siendo significativo ( $p = 0.014$ ). **10) Creo que no vale la pena vivir**, con un mayor porcentaje de adolescentes informados con una respuesta de “nunca” 62.50% (5) vs 37.50% (3) sin ser significativo ( $p = 0.679$ ). **11) Soy bueno para las cosas que hago**, con un porcentaje mayor en la respuesta “a veces” en pacientes adolescentes informados 66.70% (6) vs 33.30% (3), pero es de notar que un 66.70% (2) de los pacientes adolescentes no informados respondieron “siempre soy bueno para las cosas que hago”, sin ser significativo ( $p = 0.310$ ). **12) Disfruto lo que hago tanto como lo hacia antes**, se observó que un 100% (2) de los adolescentes no informados respondieron “siempre”, mientras que un 66.70% (6), respondieron “a veces”, sin ser estadísticamente significativo ( $p = 0.152$ ). **13) Me gustaría hablar con mi familia**, con mayor porcentaje en la respuesta “a veces” 62.50% (5) vs 37.50% (3), en los adolescentes informados, sin ser significativo ( $p = 0.679$ ). **14) Tengo sueños horribles**, con un porcentaje de 50.00% (5) vs 0% (0), en la respuesta de “nunca”, en los adolescentes informados, mientras que un 71.4% (5) vs 28.60% (2) de los pacientes no informados contestaron con un “a veces”, siendo este ítem, estadísticamente significativo ( $p = 0.013$ ). **15) Me siento muy solo**, con un porcentaje de 60% (6) vs 40% (4) en la respuesta de “a veces” sin ser estadísticamente significativo ( $p = 0.345$ ). **16) Me animo fácilmente**, el 57.10% (4) de los adolescentes no informados respondieron “a veces” en comparación con un 42.90% (3) de los pacientes no informados, mientras que el 100% (3) de los paciente informados respondieron “nunca”, sin ser significativo ( $p = 0.236$ ). **17) Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo**, respondiendo “a veces” el 62.50% (5) vs 37.50% (3) de los adolescentes informados, sin ser significativo ( $p = 0.462$ ). **18) Me siento aburrido**, el 60% de los adolescentes informados respondieron “a veces” en comparación con el 40% (4) de los adolescentes no informados, sin ser estadísticamente significativo ( $p = 0.793$ ), (Tabla 9).

El predominio de ansiedad en los adolescentes informados y no informados fue de Ansiedad-Rasgo, con un porcentaje de 71.40% (5) vs 80.00% (4) respectivamente. Mientras que la Ansiedad Estado se presentó de la siguiente manera en adolescentes informados un 28.60% (2) vs 20.00% (1) en los adolescentes no informados, sin ser estadísticamente significativo ( $p = 0.735$ ), (Tabla 10), (Gráfico 5).

En cuanto a las diferencias de acuerdo a cada factor se encontró lo siguiente: **Factor 1 (Temor)** estuvo presente en el 57.10% (4) de los adolescentes informados y ausente en el 80% (4) de los no informados, sin ser significativo ( $p = 0.198$ ). **Factor 2 (Tranquilidad)** se encontró ausente en ambos grupos 100% (7) vs 100% (5) respectivamente. **Factor 3 (Preocupación)** se encontró ausente en ambos grupos 71.40% (5) vs 80.00% (4), sin ser estadísticamente significativo ( $p = 0.735$ ).

**Factor 4** (*Evitación*) se encontró ausente en ambos grupos 57.10% (4) vs 80% (4), pero presente en el grupo de los adolescentes informados en un 42.90% (3), sin ser estadísticamente significativo ( $p = 0.408$ ). **Factor 5** (*Somatización*), se encontró ausente en el 60% (3) de los adolescentes informados por sus padres, mientras que en los adolescentes no informados se presentó en un 85.70% (6) con una diferencia significativamente estadística ( $p = 0.058$ ). **Factor 6** (*Ira tristeza*), se observó en ambos grupos de adolescentes, este factor ausente con un porcentaje 85.70% (6) en el grupo de los informados vs 80.00 (4) del grupo de los no informados, sin ser estadísticamente significativos ( $p = 0.793$ ) (Tabla 11) (Grafico 6).

## DISCUSIÓN

El presente estudio, es uno de los pocos que se ha realizado en México, en población adolescente, hospitalizada, con el recién diagnóstico de Leucemia, con la finalidad de evaluar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes informados por su padres del diagnóstico de leucemia y pacientes no informados y que sea realizado por profesionales de la salud mental. Del total de los pacientes con diagnóstico de leucemia (n=12), se encontraban estudiando la escuela secundaria; mientras que los padres de los adolescentes con un máximo nivel de estudio de bachillerato.

La estructura familiar predominante fue la familia nuclear con un 66.70%, al igual que una funcionalidad familiar normo funcional en un 66.70%. La importancia de conocer las características familiares radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzano, al reportar que más del 55% de 365,425 adolescentes con algún tipo de enfermedad médica pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar, de igual manera, enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas la escala de APGAR, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción el tener a un integrante enfermo (23), lo cual no se observó en nuestro estudio, los resultados de este muestran que no existe relación entre el diagnóstico de la enfermedad por parte de los padres y el nivel de funcionalidad familiar con una ( $p=0.152$ ), llamado la atención en tres adolescentes informados se encontró disfunción grave en vez de que se presentara en pacientes a los que no fueron informados; sin embargo no debemos olvidar que como indica Bradley D (2011), el impacto del diagnóstico origina reacciones de negación, confusión, ira, culpabilidad y actitudes de reparación como sobreprotección, entre otras. Si se trata de una familia que comparte información y emociones, habrá una mejor adaptación y afrontamiento, pero si es una familia con problemas, estos aumentarán así como si los padres presentan una actitud protectora, consideran que los hijos son demasiado pequeños para entender lo que sucede, se potencian sus miedos y fantasías, por lo que se les debe informar de la realidad de un modo progresivo, adaptado a su edad y desarrollo, de manera cuidadosa y cálida (24).

Pocos estudios han valorado las reacciones de los pacientes acerca de cómo las noticias desfavorables les afectan. En un estudio realizado en pacientes adultos por Lesko (2002), donde valoró el papel del médico en la comunicación del diagnóstico y pronóstico, así como el deseo de los pacientes por conocer su pronóstico, reporta que 60% de sus pacientes se interesó por conocer su diagnóstico. En este estudio enfocado a población pediátrica, la frecuencia de padres que informaron el diagnóstico a sus hijos adolescentes fue del 58.30% (21).

En relación a la presencia de depresión mediante la Escala de Depresión de Birlerson (DSRS) el 75% (9) de los adolescentes al momento se encontraba con el diagnóstico de depresión, con una media de 15.7 puntos cuando el punto de corte es de 13 puntos.

Los síntomas depresivos más predominantes en los 12 adolescentes con leucemia fueron, *“me gustaría escapar, salir corriendo”*, *“me gustaría hablar con mi familia”* y *“me dan ganas de llorar”* 75%, que pudieran confundirse con síntomas de un trastorno adaptativo; esta sintomatología puede presentarse ante el hecho de estar hospitalizados, con todo lo que conlleva (toma de medicamentos, cambio de alimentación, procesos invasivos), y en adolescentes el prever que dejara de ver a sus amigos afectando la socialización propia del adolescente y un probable cambio en su imagen personal ya sea por la misma enfermedad hematológica o por los efectos secundarios del tratamiento. Lo que es de llamar la atención es la respuesta de los adolescentes en la mayoría de los ítems con *“a veces”* como en: *“me interesan las cosas como antes”*, *“duermo muy bien”*, *“me duele la panza”*, *“tengo mucha energía”*, *“disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes”*, *“tengo sueños horribles”*, *“me siento muy solo”*, *“me animo fácilmente”*, *“me siento tan triste que me cuesta trabajo aceptarlo”* y *“me siento muy aburrido”* dichos síntomas y la frecuencia con la que aparecen *“a veces”* nos hablan más de un trastorno depresivo que aun está gestándose; mientras que los síntomas que casi no se presentaron fueron *“creo que no vale la pena vivir”* a los que el 66.70% respondieron *“nunca”*, lo que nos puede hablar que la desesperanza en los 12 adolescentes aun no es tan grave, lo que no ha condicionado presentar cambios en el contenido del pensamiento con fantasías y posteriormente ideas de muerte.

En donde si se encontró una relación significativa entre adolescentes no informados e informados fue en la presencia de depresión, presentándose más en aquellos adolescentes a los cuales se les dio el diagnóstico, probablemente al conocer cual sería su evolución y pronóstico a diferencia de los otros; en el estudio realizado por Khalifa, A (2014), en donde se estudio la morbilidad de niños con leucemia linfoblástica aguda se encontró una morbilidad del 58% del total de los pacientes en los que se incluían niños valorados al momento del diagnóstico, durante la primera remisión, mantenimiento, sobrevivientes y en recaídas; la muestra de pacientes con recién diagnóstico fue de 8 niños en un periodo de 18 meses, donde predominó los trastornos adaptativos en 6 de los 8 pacientes, uno con ansiedad de separación y el último con un trastorno oposicionista desafiante; mientras que los trastornos depresivos se encontraron más en niños durante la primera remisión y en los sobrevivientes; los trastornos de ansiedad se presentaron en niños durante el mantenimiento y sobrevivientes (40).

Una de las fortalezas del estudio a diferencia de los previos fue el tratar de conocer que síntomas depresivos y ansiosos son los que predominaban más de manera individual y no englobándolo en un trastorno depresivo y/o ansioso.

Las diferencias encontradas entre los síntomas depresivos entre ambos grupos a pesar de que solo dos de ellos fueron significativos como el *“puedo defenderme por mi mismo”* ante la respuesta *“siempre”* 83.30% (5) vs 17.70% (1) ( $p=0.014$ ) a favor de los adolescentes informados pudiendo explicar que al no saber que están cursando con una entidad medica, no existe algo contra lo cual combatir o preocuparse por lo que es mas sencillo poderse defender y *“tengo sueños horribles”* 28.60% (2) vs 71.40% (5) ( $p=0.013$ ), a favor de los adolescentes no informados, sugiriendo que ante el desconocimiento, la estancia hospitalaria prolongada para los estudios de escrutinio, la toma de medicamentos desconocidos la preocupación y el temor provoquen soñar con posibles desenlaces.

En base al Inventario de Ansiedad- Estado- Rasgo (STAIC), teniendo como antecedentes lo dicho por Spielberger (1989), donde considera que para definir la ansiedad de forma apropiada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad. La ansiedad-estado es un *“estado emocional”* inmediato, modificable con el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte la ansiedad rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo estas una disposición, tendencia o rasgo, no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. Se observó que el tipo de ansiedad predominante en este estudio fue la ansiedad rasgo, que nos podría indicar que son adolescentes que perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes por los propios rasgos de personalidad que se encuentran gestándose. Los niveles altos de ansiedad-estado son apreciados como intensamente molestos, por tanto si un adolescente no puede evitar el estrés que se lo causa, pondrá en marcha los mecanismos de afrontamiento necesarios para enfrentarse a la situación amenazante (39).

Las diferencias entre los factores nos arrojan un resultado importante en cuanto al Factor 5 (Somatización) donde se encontró una diferencia significativa 14.30% (1) vs 85.70% (6) ( $p=0.058$ ), en donde se observó que somatizan mas los adolescentes que no fueron informados del diagnóstico, este resultado nos lleva a pensar que el adolescente ante el desconocimiento del diagnóstico, no sabe ante que enfrentarse sin embargo sabe que padece algo, por lo que al no ser verbalizado por los padres, esta preocupación se manifiesta mediante el cuerpo al presentar manifestación físicas como cefalea, dolor abdominal, mialgias, artralgias, gastritis, colon irritable, etc.

## **LIMITACIONES.**

Entre las limitaciones que presento este estudio fue el tamaño de la muestra y el tiempo de recolección de los datos, en comparación con los pocos estudios que le han precedido se caracterizó por ser el de la menor número y tiempo, que influyó en muchos resultados que estuvieron cerca de la significancia estadística o bien para la realización de pruebas estadísticas que pudieran arrojar otro tipo de resultados con muestras más grandes. Así mismo hubiera sido oportuno la inclusión de pacientes de otros servicios, evaluar a los adolescentes en las diversas etapas del tratamiento y una evaluación de trastorno mentales estructurada que pudo aportar otros resultados importantes.

## CONCLUSIONES.

Ante nuestro planteamiento del problema e hipótesis planteada ¿la información por los padres del diagnóstico de leucemia disminuirá la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes adolescentes en comparación con pacientes adolescentes a los cuales no se les informo su diagnóstico?. Nuestro estudio nos mostro lo contrario, una frecuencia de depresión en un 58.30% de adolescentes informados del diagnóstico de leucemia por parte de los padres, resultado que se debe de tomar con cautela por varias razones por ejemplo el tamaño de la muestra, el instrumento de medición, el tiempo de recolección; sin embargo tampoco se debe de menospreciar este resultado porque puede dar pie a futuros estudios. La depresión ante la información del diagnóstico de Leucemia nos abriría la posibilidad de un trabajo continuo con los adolescentes y la familia, desde un inicio, el manejo de la pérdida de salud con la finalidad de lograr una aceptación completa de la enfermedad hematológica traduciéndose en una mejor adherencia terapéutica. Al hablar de la sintomatología depresiva los síntomas *“puedo defenderme por mi mismo”* a favor de los adolescentes informados se logra explicar que al tener conocimiento de su diagnóstico existe algo contra lo cual preocuparse, por lo tanto poderse defender y *“tengo sueños horribles”* a favor de los adolescentes no informados, fenómeno contrario al síntoma previo.

La ansiedad ha pesar de no mostrarse significativa en este estudio, es de notar que predominó la ansiedad-rasgo, característica de una personalidad aprensiva y que todas las situaciones las ven como amenazantes, teniendo en cuenta esto la comunicación de un diagnóstico provoca que este sea visto como catastrófico y desencadene mas síntomas ansiosos. Por ultimo es importante resaltar que el factor somatización fue predominante en los adolescentes no informados de su diagnóstico 14.30% (1) vs 85.70% (6) ( $p=0.058$ ), en los cuales al no poder verbalizar las emociones generadas por la incertidumbre del diagnóstico o bien de la hospitalización la vía de salida fueron las quejas somáticas.

Un gran porcentaje de las familias fueron nucleares y funcionalidad normofuncional (66.70%), sin presentar significancia estadística, que nos lleva a la conclusión que las familias actúan de una manera muy diversa ante un instrumento de medición y la realidad, tanto en la consulta externa como en hospitalización en pacientes hematológicos se ha visto diversos grados de disfunción familiar por lo que hemos tenido que intervenir como servicio de Salud Mental, lo que no corresponde al 66.70% de porcentaje de funcionalidad normal, lo que nos lleva a preguntarnos si las familias ocultan información con la finalidad de no ser etiquetadas como familias problema o no hay conciencia de una disfunción familiar por parte de los padres.

De la misma forma el identificar a los adolescentes recién diagnosticados de leucemia, la actitud de los padres, nos permitiría abordar al paciente de una manera preventiva para aportarles medidas generales para disminuir la incidencia, progresión de psicopatología o anticipar el tratamiento psicofarmacológico con el fin de reducir el malestar psicológico y evitar que el paciente tenga mas complicaciones psiquiátricas como medicas por ejemplo una mala adherencia terapéutica ante la no aceptación de la enfermedad medica.

Teniendo en cuenta estos posibles beneficios en el adolescente y familia se confirma que la valoración por Paidopsiquiatría realizada por el servicio de Salud Mental en los pacientes del servicio de Hematología es de suma importancia para el diagnostico, tratamiento y prevención de comorbilidad psiquiátrica que pueda interferir con la evolución de la enfermedad hematológica de base.

## BIBLIOGRAFÍA.

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

15. Stiefel F, Razavi D. Common psychiatric disorders in cancer patients: Anxiety and acute confusional states. *Cancer*. 2008; 24:233-239.
16. Méndez V. Intervención emocional y conductual para el niño con cáncer y su familia. *Gamo* 2010; 4 (3): 60-64.
17. Michaud P, Suris J, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare provision. *Archives of Disease in Childhood*. 2004; **89** (10): 943-949.
18. Bucher R, Rodavalho JC, Ferreira TC. Influences and psychological structures in breast cancer. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1986; 24 (3): 32-34.
19. Yeo M, Sawyer S. Chronic illness and disability. *BMJ* 2011; 26:721-723.
20. Holland JC. Radiotherapy. En: Holland JC, Rowland JH. *Handbook of Psychooncology*. Oxford University Press. New York; 1990. p. 137-145.
21. Lesko LM, Ostroff JS, Holland JC. Long term psychological adjustment of acute leukemia survivors: impact of bone marrow transplantation versus conventional chemotherapy. *Psychosom. Med* 1992; 54 (1): 30-47.
22. Mendoza LA. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en la Atención Primaria. *Arch en Medicina Familiar* 2006; 8 (1): 27-32.
23. Florenzzano UR. La familia como factor de riesgo, Adolescentes y Familia en Chile. *Creces* 19927: 24-34.
24. Bradley E, Hallemeier AG, Fried TR, et al. Documentation of Discussions about Prognosis with Terminally Patients. *Am J Med* 2011; 111 (3): 218-223.
25. Spinetta JJ. The sibling of the child with cancer. En: Spinetta JJ. *Living with childhood cancer*. St. Louis USA: Mosby; 1981. p. 172-175.
26. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch Med Fam* 1999; 1 (2):45-57.
27. Chávez-Aguilar V, Velasco-Orellana O. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. *Rev. Med. IMSS(Mex)*1994;32: 39-43.
28. Seffield VK. Programa de Cuidados Paliativos de la Fundación Mainetti. *Conspiración de Silencio*. Madrid, España: Edic. AMN; 1994.
29. Alaszewski A, Horlick-Jones T. How can doctors communicate information about risk more effectively?. *BMJ* 2003; 227: 27.
30. Parker PA, Baile WF, Moor C, et al. Breaking Bad News About Cancer: Patient's preferences for communication. *J Clin Oncol* 2001; 19 (7): 2049-2056.
31. Tates K, Meeuwesen L. Doctor–parent–child communication. A review of the literature: *Soc Sci Med* 2011; 6 (52): 839-851.
32. Van-Dulmen AM. Children's Contributions to Pediatric Outpatient Encounters. *Pediatrics* 1998; 102 (3): 563-568
33. Young B, Dixon-Woods M, Windridge K, et al. Managing communication with young people who have a potentially life threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents. *BMJ* 2010; 326:305.

34. Back AL, Arnold RM, Baile WF, et al. Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. *Cancer J Clin* 2005; 55 (3):164-177.
35. Alejos C M, Araoz C LM, Castañeda Ch. AM, Ansiedad Estado rasgo, en niños y adolescentes durante la hospitalización. *Cancer* 2010; 116 (21): 5063-5074
36. Ramírez S. Ponce J. Prevalencia de depresión asociada a enfermedad crónica en escolares y adolescentes. Tesis de Pediatría. HP CMN SXXI. 2005
37. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
38. World Health Organization: International Classification of Diseases, 10th Revisión (ICD-10. Geneva, World Health Organization, 1992)
39. Spielberg, C d. Theory and research on anxiety. *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press (1966).
40. Khalifa AS, Bishry Z, Tantawy AG, et al. Psychiatric morbidity in Egyptian children with acute lymphoblastic leucemia and their providers. *Hematol Ocol Stem Cell Ther* 2014; 7(2): 76-84.

TABLAS Y GRAFICOS.

| <b>Tabla 1. Distribución por características sociodemográficas de adolescentes con diagnóstico de Leucemia del servicio de Hematología, IMSS 2014.</b> |                         |              |                |                         |                       |            |
|--|-------------------------|--------------|----------------|-------------------------|-----------------------|------------|
| <b>Variable</b>  | <b>N</b>                | <b>Media</b> | <b>Mediana</b> | <b>D.E.</b>             | <b>Min</b>            | <b>Max</b> |
| <b>Edad</b>  | 12                      | 13.17        | 13             | 1.642                   | 10                    | 16         |
| <b>Variable</b>  |                         |              |                | <b>Pacientes (n=12)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |            |
| <b>Escolaridad</b>   | Primero de primaria     |              |                | 0                       | 0                     |            |
|  | Segundo de primaria     |              |                | 0                       | 0                     |            |
|  | Tercero de primaria     |              |                | 0                       | 0                     |            |
|  | Cuarto de primaria      |              |                | 1                       | 8.30                  |            |
|  | Quinto de primaria      |              |                | 0                       | 0                     |            |
|  | Sexto de primaria       |              |                | 1                       | 8.30                  |            |
|  | Primero de secundaria   |              |                | 3                       | 25.00                 |            |
|  | Segundo de secundaria   |              |                | 3                       | 25.00                 |            |
|  | Tercero de secundaria   |              |                | 2                       | 16.70                 |            |
|  | Primero de Bachillerato |              |                | 1                       | 8.30                  |            |
|  | Segundo de Bachillerato |              |                | 1                       | 8.30                  |            |
|  | Tercero de Bachillerato |              |                | 0                       | 0                     |            |
| <b>Sexo</b>  | Hombre                  |              |                | 6                       | 50.00                 |            |
|  | Mujer                   |              |                | 6                       | 50.00                 |            |

| <b>Tabla 2. Distribución por características sociodemográficas de los padres de adolescentes con diagnóstico de Leucemia del servicio de Hematología, IMSS 2014.</b> |                         |              |                |                         |                       |            |
|--|-------------------------|--------------|----------------|-------------------------|-----------------------|------------|
| <b>Variable</b>  | <b>N</b>                | <b>Media</b> | <b>Mediana</b> | <b>D.E.</b>             | <b>Min</b>            | <b>Max</b> |
| <b>Edad Madre</b>  | 12                      | 38.20        | 39.00          | 6.56                    | 23                    | 50         |
| <b>Edad Padre</b>  | 12                      | 43.67        | 43.50          | 7.54                    | 36                    | 61         |
| <b>Variable</b>  |                         |              |                | <b>Pacientes (n=12)</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |            |
| <b>Escolaridad Madre</b>   | Primaria completa       |              |                | 2                       | 16.70                 |            |
|  | Primaria incompleta     |              |                | 0                       | 0                     |            |
|  | Secundaria completa     |              |                | 1                       | 8.30                  |            |
|  | Secundaria incompleta   |              |                | 0                       | 0                     |            |
|  | Preparatoria completa   |              |                | 5                       | 41.70                 |            |
|  | Preparatoria incompleta |              |                | 2                       | 16.70                 |            |
|  | Licenciatura completa   |              |                | 1                       | 8.30                  |            |
|  | Licenciatura incompleta |              |                | 1                       | 8.30                  |            |
| <b>Escolaridad Padres</b>  | Primaria completa       |              |                | 0                       | 0                     |            |
|  | Primaria incompleta     |              |                | 0                       | 0                     |            |
|  | Secundaria completa     |              |                | 2                       | 16.70                 |            |
|  | Secundaria incompleta   |              |                | 0                       | 0                     |            |
|  | Bachillerato completa   |              |                | 4                       | 33.30                 |            |
|  | Bachillerato incompleto |              |                | 2                       | 16.70                 |            |
|  | Licenciatura completa   |              |                | 2                       | 16.70                 |            |
|  | Licenciatura incompleta |              |                | 2                       | 16.70                 |            |

**Tabla 3. Distribución por características familiares de los adolescentes con diagnóstico de Leucemia del servicio de Hematología, IMSS 2014.**

| Variable                      |                       | Pacientes (n=12) | Porcentaje (%) |
|-------------------------------|-----------------------|------------------|----------------|
| <b>Tipo de Familia</b>        | Familia nuclear       | 8                | 66.70          |
|                               | Familia extensa       | 2                | 16.70          |
|                               | Familia desintegrada  | 1                | 8.30           |
|                               | Familia reconstituida | 1                | 8.30           |
| <b>Funcionalidad Familiar</b> | Normofuncional        | 8                | 66.70          |
|                               | Disfuncional Leve     | 1                | 8.30           |
|                               | Disfuncional grave    | 3                | 25.00          |

**Tabla 4. Distribución de adolescentes informados y no informados por sus padres del diagnóstico de Leucemia, IMSS 2014.**

| Variable                            |                         | Pacientes (n=12) | Porcentaje (%) |
|-------------------------------------|-------------------------|------------------|----------------|
| <b>Información del diagnóstico.</b> | Pacientes Informados    | 7                | 58.30          |
|                                     | Pacientes no Informados | 5                | 41.70          |

**Tabla 5. Distribución de sintomatología depresiva mediante la Escala de Depresión de Birleson (DSRS) en adolescentes con diagnóstico de Leucemia, IMSS 2014.**

| Variable  | N             | Media            | Mediana        | D.E. | Min | Max |
|---|---------------|------------------|----------------|------|-----|-----|
| Depresión puntos                                  | 12            | 15.17            | 16             | 3.73 | 9   | 19  |
| Variable  |               | Pacientes (n=12) | Porcentaje (%) |      |     |     |
| <b>Presencia de Depresión</b>                     | Con depresión | 9                | 75.00          |      |     |     |
|   | Sin depresión | 3                | 25.00          |      |     |     |
| Variable  |               | Pacientes (n=12) | Porcentaje (%) |      |     |     |
| <b>1. Me interesan las cosas tanto como antes</b> | Siempre       | 3                | 25.00          |      |     |     |
|   | A veces       | 9                | 75.00          |      |     |     |
|   | Nunca         | 0                | 0              |      |     |     |
| <b>2. Duermo muy bien</b>                         | Siempre       | 0                | 0              |      |     |     |
|   | A veces       | 10               | 83.3           |      |     |     |
|   | Nunca         | 2                | 16.7           |      |     |     |
| <b>3. Me dan ganas de llorar</b>                  | Siempre       | 9                | 14.06          |      |     |     |
|   | A veces       | 19               | 29.69          |      |     |     |
|   | Nunca         | 26               | 40.63          |      |     |     |
| <b>4. Me gusta salir con mis amigos</b>           | Siempre       | 6                | 50.00          |      |     |     |
|   | A veces       | 5                | 41.70          |      |     |     |
|   | Nunca         | 1                | 8.30           |      |     |     |
| <b>5. Me gustaría escapar, salir corriendo.</b>   | Siempre       | 5                | 41.70          |      |     |     |
|   | A veces       | 4                | 33.30          |      |     |     |
|   | Nunca         | 3                | 25.00          |      |     |     |

| Variable  |         | Pacientes (n=12) | Porcentaje (%) |
|---|---------|------------------|----------------|
| 6. Me duele la panza                                      | Siempre | 0                | 0              |
|   | A veces | 8                | 66.70          |
|   | Nunca   | 4                | 33.30          |
| 7. Tengo mucha energía                                    | Siempre | 0                | 0              |
|   | A veces | 11               | 91.70          |
|   | Nunca   | 1                | 8.30           |
| 8. Disfruto la comida                                     | Siempre | 5                | 41.70          |
|   | A veces | 4                | 33.30          |
|   | Nunca   | 3                | 25.00          |
| 9. Puedo defenderme por mi mismo/a                        | Siempre | 6                | 50.00          |
|   | A veces | 4                | 33.30          |
|   | Nunca   | 2                | 16.70          |
| 10. Creo que no vale la pena vivir                        | Siempre | 0                | 0              |
|   | A veces | 4                | 33.30          |
|   | Nunca   | 8                | 66.70          |
| 11. Soy bueno para las cosas que hago                     | Siempre | 3                | 25.00          |
|   | A veces | 9                | 75.00          |
|   | Nunca   | 0                | 0              |
| 12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacia antes        | Siempre | 2                | 16.70          |
|   | A veces | 9                | 75.00          |
|   | Nunca   | 1                | 8.30           |
| 13. Me gustaría hablar con mi familia                     | Siempre | 4                | 33.30          |
|   | A veces | 0                | 0              |
|   | Nunca   | 8                | 66.70          |
| 14. Tengo sueño horribles                                 | Siempre | 0                | 0              |
|   | A veces | 7                | 58.30          |
|   | Nunca   | 5                | 41.70          |
| 15. Me siento muy solo                                    | Siempre | 1                | 8.30           |
|   | A veces | 10               | 83.30          |
|   | Nunca   | 1                | 8.30           |
| 16. Me animo fácilmente                                   | Siempre | 2                | 16.70          |
|   | A veces | 7                | 58.30          |
|   | Nunca   | 3                | 25.00          |
| 17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo | Siempre | 1                | 8.30           |
|   | A veces | 8                | 66.70          |
|   | Nunca   | 3                | 25.00          |
| 18. Me siento muy aburrido                                | Siempre | 2                | 16.70          |
|   | A veces | 10               | 83.30          |
|   | Nunca   | 0                | 0              |

| Tabla 6. Distribución de la sintomatología ansiosa mediante el Inventario de Ansiedad-Estado-Rasgo (STAIC) en adolescentes con diagnóstico de Leucemia, IMSS 2014. |                            |                  |                |
|--|----------------------------|------------------|----------------|
| Variable   |                            | Pacientes (n=12) | Porcentaje (%) |
| Ansiedad   | Predominio Ansiedad Estado | 3                | 25.00          |
|  | Predominio Ansiedad Rasgo  | 9                | 75.00          |
| Variable   |                            | Pacientes (n=12) | Porcentaje (%) |
| Factor 1. Temor  | Presente                   | 5                | 41.70          |
|  | Ausente                    | 7                | 58.30          |
| Factor 2. Tranquilidad   | Presente                   | 0                | 0              |
|  | Ausente                    | 12               | 100.00         |
| Factor 3. Preocupación   | Presente                   | 3                | 25.00          |
|  | Ausente                    | 9                | 75.00          |
| Factor 4. Evitación  | Presente                   | 4                | 33.33          |
|  | Ausente                    | 8                | 66.70          |
| Factor 5. Somatización   | Presente                   | 4                | 33.33          |
|  | Ausente                    | 8                | 66.70          |
| Factor 6. Ira tristeza   | Presente                   | 2                | 16.7           |
|  | Ausente                    | 10               | 83.33          |

| Tabla 7. Diferencias sociodemográficas en adolescentes con Leucemia Informados y no informados de su diagnóstico por sus padres. |         |                              |                   |                                 |                   |       |
|--|---------|------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|-------|
| VARIABLE   |         | INFORMADOS<br>n = 7 (58.30%) |                   | NO INFORMADOS<br>n = 5 (41.70%) |                   | (p)   |
|  |         | Media                        | D.E               | Media                           | D.E               |       |
| Edad   |         | 12.71                        | 1.38              | 13.80                           | 1.92              | 0.268 |
| Variable   |         | INFORMADOS<br>n = 7 (58.30%) |                   | NO INFORMADOS<br>n = 5 (41.70%) |                   | (p)   |
|  |         | Pacientes<br>(n)             | Porcentaje<br>(%) | Pacientes<br>(n)                | Porcentaje<br>(%) |       |
| Sexo   | M (n=6) | 3                            | 42.90             | 3                               | 60.00             | 0.558 |
|  | F (n=6) | 4                            | 57.10             | 2                               | 40.00             |       |

| Tabla 8. Diferencias en la funcionalidad familiar en pacientes adolescentes con Leucemia Informados y no informados por sus padres. |                    |                              |                   |                                 |                   |       |
|---|--------------------|------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|-------|
| VARIABLE  |                    | INFORMADOS<br>n = 7 (58.30%) |                   | NO INFORMADOS<br>n = 5 (41.70%) |                   | (p)   |
|   |                    | Pacientes<br>(n)             | Porcentaje<br>(%) | Pacientes<br>(n)                | Porcentaje<br>(%) |       |
| Funcionali-<br>dad Familiar   | Normofuncional     | 4                            | 50                | 4                               | 50                | 0.152 |
|   | Disfuncional Leve  | 0                            | 0                 | 1                               | 100               |       |
|   | Disfuncional Grave | 3                            | 100               | 0                               | 0                 |       |

**Tabla 9. Diferencia de sintomatología depresiva mediante la Escala de Depresión de Birleson (DSRS) en adolescentes informados y no informados del diagnóstico de Leucemia por sus padres, IMSS 2014.**

|  |               | INFORMADOS<br>n = 7 (58.30%) |                   | NO INFORMADOS<br>n = 5 (41.70%) |                   |       |       |
|--|---------------|------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|-------|-------|
| Variable                                   | Media         | Mediana                      | D.E.              | Media                           | Mediana           | D.E.  | (p)   |
| Depresión puntos                           | 16.28         | 17.00                        | 2.36              | 13.60                           | 11.00             | 4.97  | 0.432 |
|  |               | INFORMADOS<br>n = 7 (58.30%) |                   | NO INFORMADOS<br>n = 5 (41.70%) |                   |       |       |
| Variable                                   |               | Pacientes<br>(n)             | Porcentaje<br>(%) | Pacientes<br>(n)                | Porcentaje<br>(%) | (p)   |       |
| Presencia de Depresión                     | Con depresión | 7                            | 77.80             | 2                               | 22.20             | 0.018 |       |
|  | Sin depresión | 0                            | 0                 | 3                               | 100.00            |       |       |
|  |               | INFORMADOS<br>n = 7 (58.30%) |                   | NO INFORMADOS<br>n = 5 (41.70%) |                   |       |       |
| Variable                                   |               | Pacientes<br>(n)             | Porcentaje<br>(%) | Pacientes<br>(n)                | Porcentaje<br>(%) | (p)   |       |
| 1. Me interesan las cosas tanto como antes | Siempre       | 1                            | 33.30             | 2                               | 66.70             | 0.310 |       |
|  | A veces       | 6                            | 66.70             | 3                               | 33.30             |       |       |
|  | Nunca         | 0                            | 0                 | 0                               | 0                 |       |       |
| 2. Duermo muy bien                         | Siempre       | 0                            | 0                 | 0                               | 0                 | 0.190 |       |
|  | A veces       | 5                            | 50.00             | 5                               | 50.00             |       |       |
|  | Nunca         | 2                            | 100.00            | 0                               | 0                 |       |       |
| 3. Me dan ganas de llorar                  | Siempre       | 2                            | 100.00            | 0                               | 0                 | 0.240 |       |
|  | A veces       | 5                            | 55.60             | 4                               | 44.40             |       |       |
|  | Nunca         | 0                            | 0                 | 1                               | 100.00            |       |       |
| 4. Me gusta salir con mis amigos           | Siempre       | 3                            | 50.00             | 3                               | 50.00             | 0.640 |       |
|  | A veces       | 3                            | 60.00             | 2                               | 40.00             |       |       |
|  | Nunca         | 1                            | 100.00            | 0                               | 0                 |       |       |
| 5. Me gustaría escapar, salir corriendo.   | Siempre       | 3                            | 60.00             | 2                               | 40.00             | 0.539 |       |
|  | A veces       | 3                            | 75.00             | 1                               | 25.00             |       |       |
|  | Nunca         | 1                            | 33.30             | 2                               | 66.70             |       |       |
| 6. Me duele la panza                       | Siempre       | 0                            | 0                 | 0                               | 0                 | 0.408 |       |
|  | A veces       | 4                            | 50.00             | 4                               | 50.00             |       |       |
|  | Nunca         | 3                            | 75.00             | 1                               | 25.00             |       |       |
| 7. Tengo mucha energía                     | Siempre       | 0                            | 0                 | 0                               | 0                 | 0.377 |       |
|  | A veces       | 6                            | 54.50             | 5                               | 45.50             |       |       |
|  | Nunca         | 1                            | 100.00            | 0                               | 0                 |       |       |
| 8. Disfruto la comida                      | Siempre       | 2                            | 40.00             | 3                               | 60.00             | 0.229 |       |
|  | A veces       | 2                            | 50.00             | 2                               | 50.00             |       |       |
|  | Nunca         | 3                            | 100.00            | 0                               | 0                 |       |       |
| 9. Puedo defenderme por mi mismo/a         | Siempre       | 5                            | 83.30             | 1                               | 17.70             | 0.014 |       |
|  | A veces       | 0                            | 0                 | 4                               | 100.00            |       |       |
|  | Nunca         | 2                            | 100.00            | 0                               | 0                 |       |       |

| Variable  |         | INFORMADOS<br>n = 7 (58.30%) |                   | NO INFORMADOS<br>n = 5 (41.70%) |                   | (p)   |
|---|---------|------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|-------|
|   |         | Pacientes<br>(n)             | Porcentaje<br>(%) | Pacientes<br>(n)                | Porcentaje<br>(%) |       |
| 10. Creo que no vale la pena vivir                        | Siempre | 0                            | 0                 | 0                               | 0                 | 0.679 |
|   | A veces | 2                            | 50.00             | 2                               | 50.00             |       |
|   | Nunca   | 5                            | 62.50             | 3                               | 37.50             |       |
| 11. Soy bueno para las cosas que hago                     | Siempre | 1                            | 33.30             | 2                               | 66.70             | .310  |
|   | A veces | 6                            | 66.70             | 3                               | 33.30             |       |
|   | Nunca   | 0                            | 0                 | 0                               | 0                 |       |
| 12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacia antes        | Siempre | 0                            | 0                 | 2                               | 100.00            | 0.152 |
|   | A veces | 6                            | 66.70             | 3                               | 33.30             |       |
|   | Nunca   | 1                            | 100.00            | 0                               | 0                 |       |
| 13. Me gustaría hablar con mi familia                     | Siempre | 2                            | 50.00             | 2                               | 50.00             | 0.679 |
|   | A veces | 5                            | 62.50             | 3                               | 37.50             |       |
|   | Nunca   | 0                            | 0                 | 0                               | 0                 |       |
| 14. Tengo sueños horribles                                | Siempre | 0                            | 0                 | 0                               | 0                 | 0.013 |
|   | A veces | 2                            | 28.60             | 5                               | 71.40             |       |
|   | Nunca   | 5                            | 100.00            | 0                               | 0                 |       |
| 15. Me siento muy solo                                    | Siempre | 1                            | 100               | 0                               | 0                 | 0.345 |
|   | A veces | 6                            | 60.00             | 4                               | 40.00             |       |
|   | Nunca   | 0                            | 0                 | 1                               | 100.00            |       |
| 16. Me animo fácilmente                                   | Siempre | 1                            | 50.00             | 1                               | 50.00             | 0.236 |
|   | A veces | 3                            | 42.90             | 4                               | 57.10             |       |
|   | Nunca   | 3                            | 100.00            | 0                               | 0                 |       |
| 17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo | Siempre | 1                            | 100.00            | 0                               | 0                 | 0.462 |
|   | A veces | 5                            | 62.50             | 3                               | 37.50             |       |
|   | Nunca   | 1                            | 33.30             | 2                               | 66.70             |       |
| 18. Me siento muy aburrido                                | Siempre | 1                            | 50.00             | 1                               | 50.00             | 0.793 |
|   | A veces | 6                            | 60.00             | 4                               | 40.00             |       |
|   | Nunca   | 0                            | 0                 | 0                               | 0                 |       |

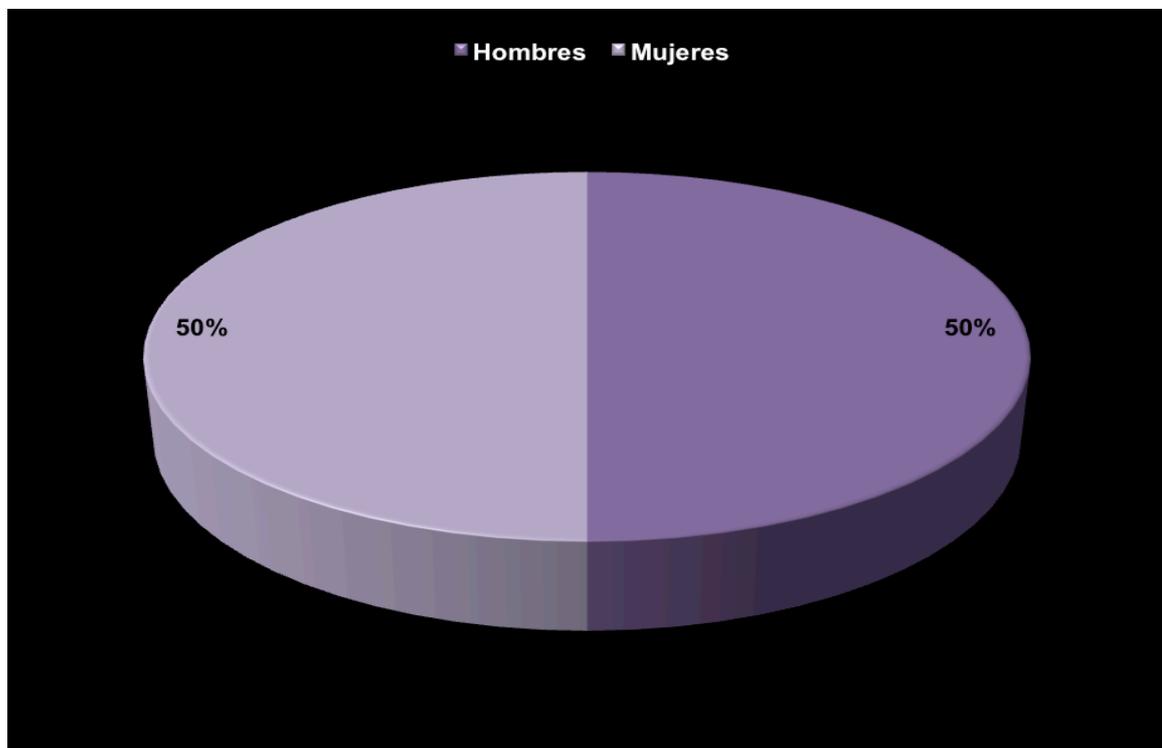
**Tabla 10. Distribución de sintomatología ansiosa mediante el Inventario de Ansiedad-Estado-Rasgo (STAIC) en adolescentes con diagnóstico de Leucemia, IMSS 2014.**

| Variable |                                | INFORMADOS<br>n = 7 (58.30%) |                   | NO INFORMADOS<br>n = 5 (41.70%) |                   | (p)   |
|----------|--------------------------------|------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|-------|
|          |                                | Pacientes<br>(n)             | Porcentaje<br>(%) | Pacientes<br>(n)                | Porcentaje<br>(%) |       |
| Ansiedad | Predominio Ansiedad Estado     | 2                            | 28.60             | 1                               | 20.00             | 0.735 |
|          | Sin Predominio Ansiedad Estado | 5                            | 71.40             | 4                               | 80.00             |       |
|          | Predominio Ansiedad Rasgo      | 5                            | 71.40             | 4                               | 80.00             | 0.735 |
|          | Sin Predominio Ansiedad Rasgo  | 4                            | 28.60             | 1                               | 20.00             |       |

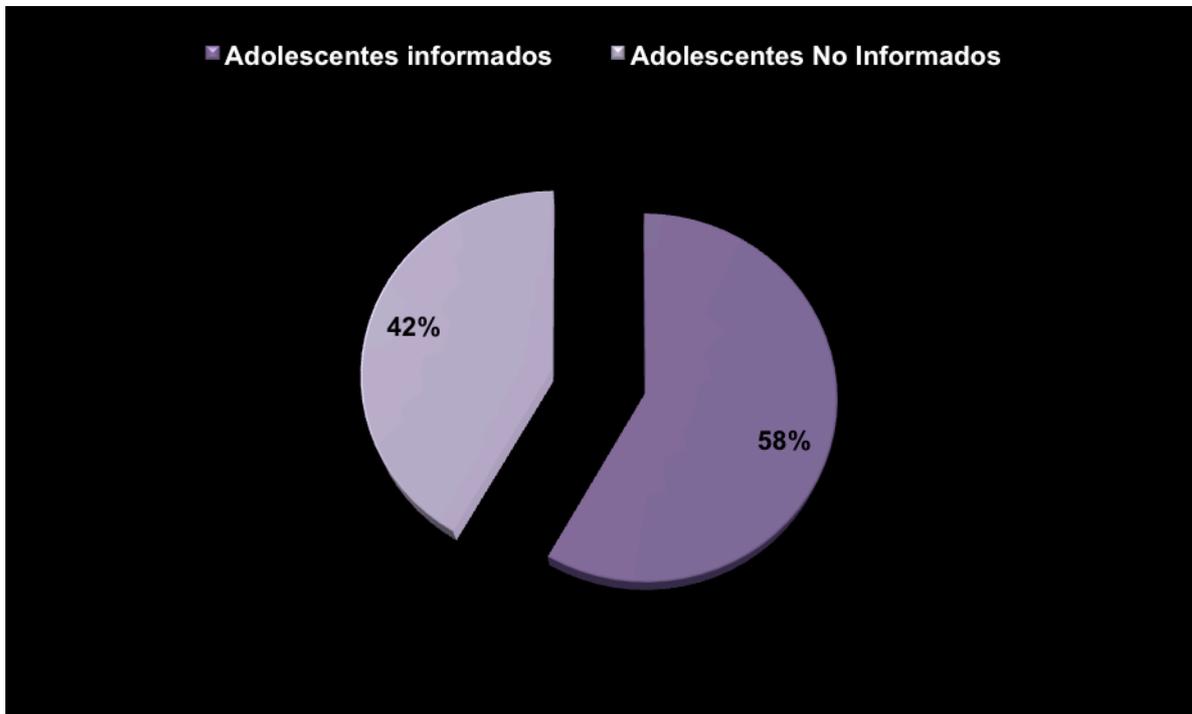
**Tabla 11. Distribución de sintomatología ansiosa mediante el Inventario de Ansiedad-Estado-Rasgo (STAIC) por Factores en adolescentes con diagnóstico de Leucemia, IMSS 2014.**

| Variable                  |          | INFORMADOS<br>n = 7 (58.30%) |                   | NO INFORMADOS<br>n = 5 (41.70%) |                   | (p)   |
|---------------------------|----------|------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|-------|
|                           |          | Pacientes<br>(n)             | Porcentaje<br>(%) | Pacientes<br>(n)                | Porcentaje<br>(%) |       |
| Factor 1.<br>Temor        | Presente | 4                            | 57.10             | 1                               | 20.00             | 0.198 |
|                           | Ausente  | 3                            | 42.90             | 4                               | 80.00             |       |
| Factor 2.<br>Tranquilidad | Presente | 0                            | 0                 | 0                               | 0                 | NV    |
|                           | Ausente  | 7                            | 100.00            | 5                               | 100               |       |
| Factor 3.<br>Preocupación | Presente | 2                            | 28.60             | 1                               | 20.00             | 0.735 |
|                           | Ausente  | 5                            | 71.40             | 4                               | 80.00             |       |
| Factor 4.<br>Evitación    | Presente | 3                            | 42.90             | 1                               | 20.00             | 0.408 |
|                           | Ausente  | 4                            | 57.10             | 4                               | 80.00             |       |
| Factor 5.<br>Somatización | Presente | 1                            | 14.30             | 6                               | 85.70             | 0.058 |
|                           | Ausente  | 3                            | 60.00             | 2                               | 40.00             |       |
| Factor 6.<br>Ira tristeza | Presente | 1                            | 14.30             | 1                               | 20.00             | 0.793 |
|                           | Ausente  | 6                            | 85.70             | 4                               | 80.00             |       |

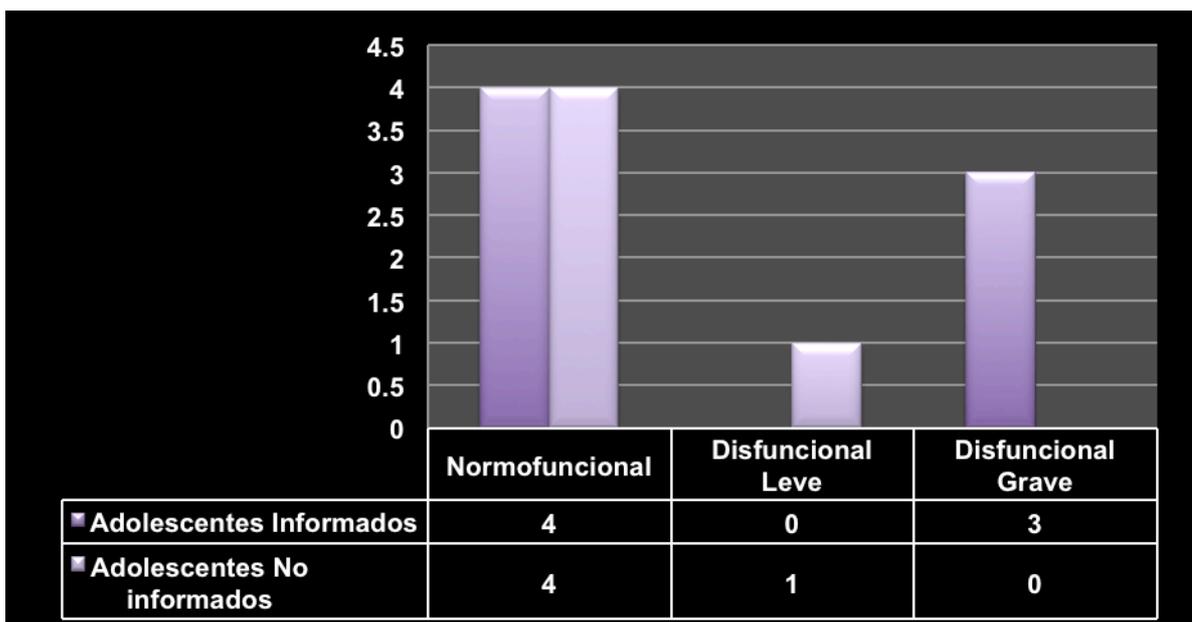
**Grafico 1.** Distribución por sexo de los adolescentes con diagnóstico del Leucemia del servicio de Hematología, IMSS 2014.



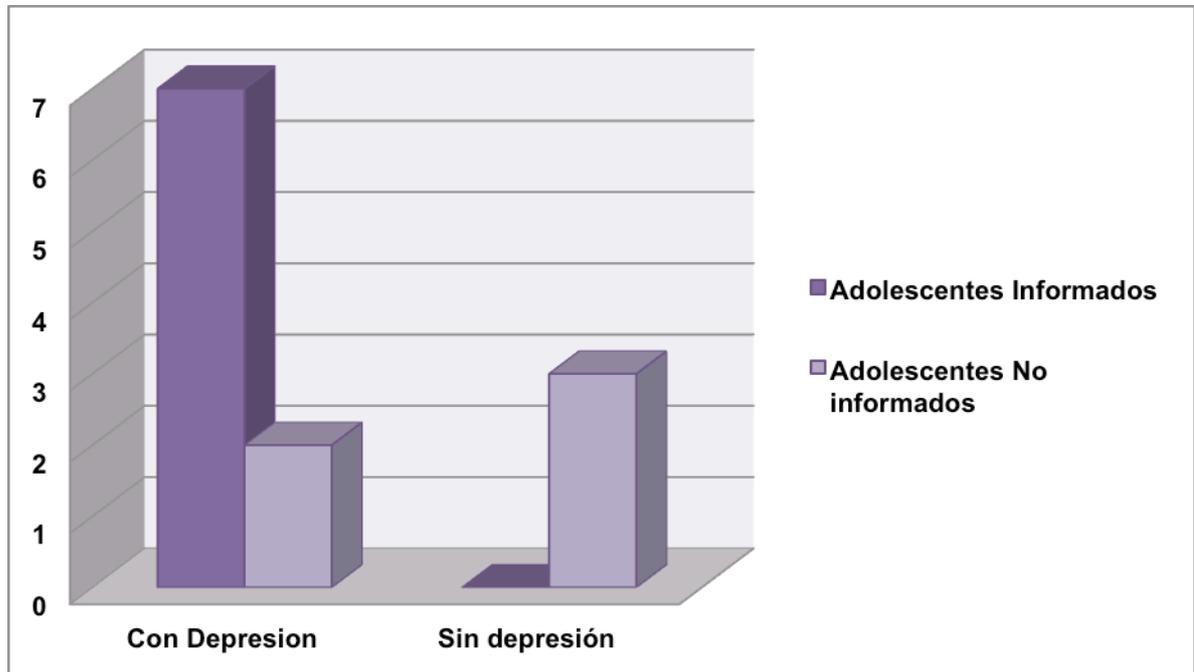
**Grafico 2.** Porcentaje de adolescentes informados por sus padres del diagnostico de Leucemia, IMSS 2014.



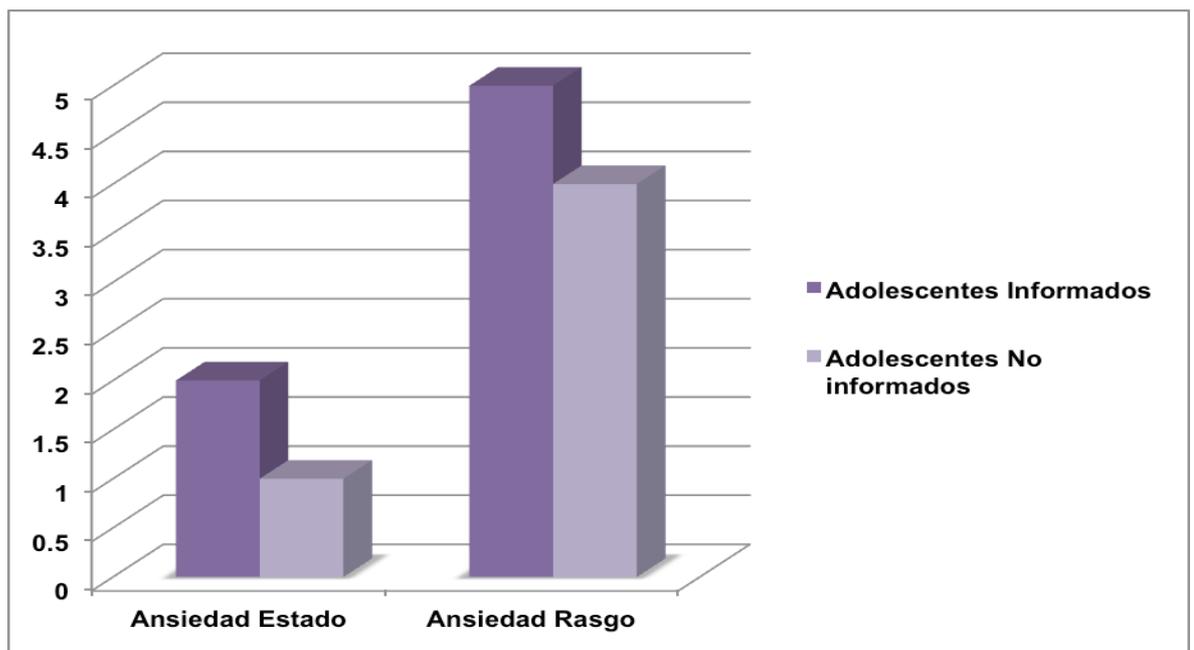
**Grafico 3.** Diferencias en la Funcionalidad Familiar en adolescentes informados y no informados del diagnóstico de Leucemia por sus padres, IMSS 2014.



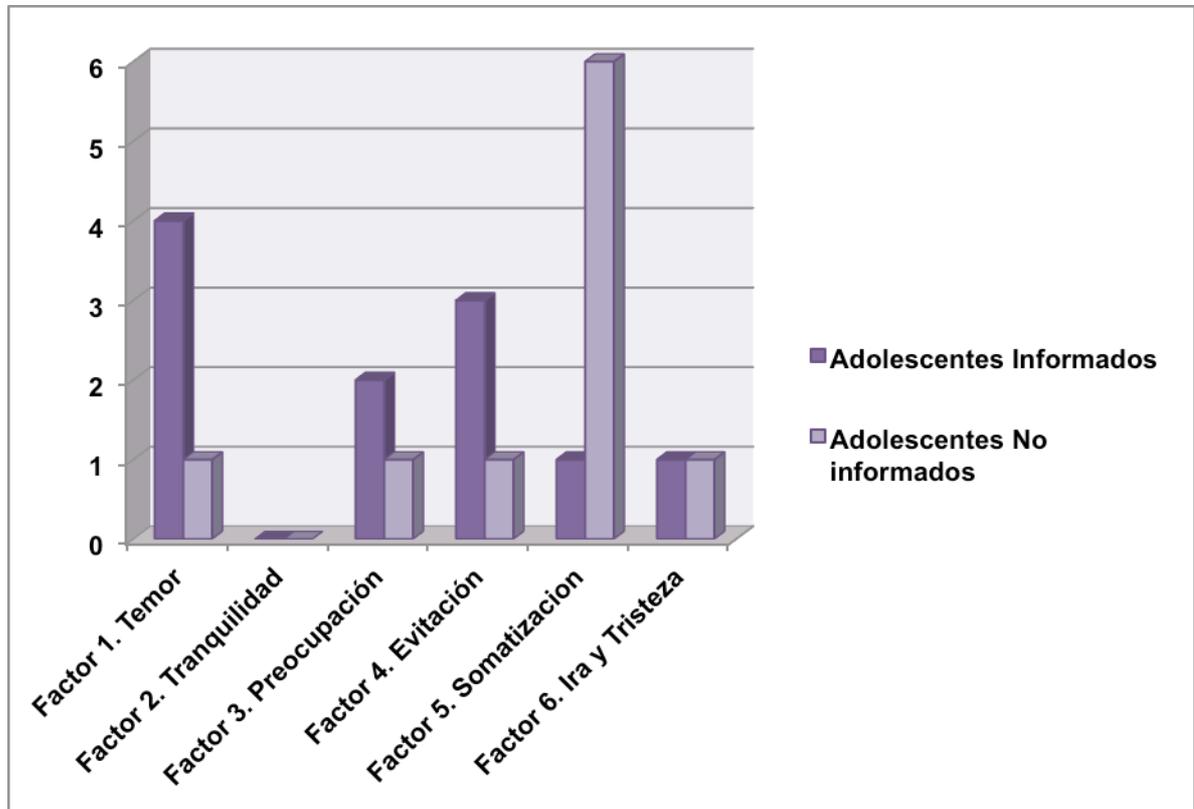
**Gráfico 4.** Diferencias en la presencia de Depresión mediante la Escala de Depresión de Birleson (DSRS) en adolescentes informados y no informados del diagnóstico de Leucemia por sus padres, IMSS 2014.



**Gráfico 5.** Diferencias en la presencia de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo mediante el Inventario de Ansiedad-Estado-Rasgo en adolescentes informados y no informados del diagnóstico de Leucemia por sus padres, IMSS 2014.



**Grafico 6.** Diferencias en los Factores de Ansiedad del Inventario de Ansiedad-Estado-Rasgo en adolescentes informados y no informados del diagnóstico de Leucemia por sus padres, IMSS 2014.



## ANEXOS.

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

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

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

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

**3. Escala de Birlson para Trastorno Depresivo Mayor en Niños y Adolescentes del ingles Depression Self Rating Scale (DSRS).**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Escolaridad:** \_\_\_\_\_

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

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

#### 4. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC).

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

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

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

## 5. Cuestionario APGAR Familiar.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

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

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

## 6. Cuestionario Sociodemográfico

|  |                          |   |                                |                         |  |       |
|--|--------------------------|---|--------------------------------|-------------------------|--|-------|
| <b>Folio</b>   |                          |   |                                |                         |  |       |
| <b>1.Nombre</b>  |                          |   |                                |                         |  |       |
| <b>2. Numero de seguridad social</b>                   |                          |   |                                |                         |  |       |
| <b>3. Domicilio</b>                                    |                          |   |                                |                         |  |       |
| <b>Calle:</b>  |                          |   | <b>No. Ext/No. Int:</b>        |                         |  |       |
| <b>Colonia:</b>  |                          |   | <b>CP:</b>                     |                         |  |       |
| <b>Ciudad:</b>   |                          |   | <b>Delegación o Municipio:</b> |                         |  |       |
| <b>Teléfono de casa:</b>                               |                          |   | <b>Teléfono celular:</b>       |                         |  |       |
| <b>4. Sexo:</b>  |                          |   |                                |                         |  |       |
| 1) hombre  |                          |   | 2) mujer                       |                         |  |       |
| <b>5. Edad</b>   |                          |   |                                |                         |  |       |
| 1) 10  | 2) 11                    | 3) 12   | 4) 13                          | 5) 14                   | 6) 15  | 7) 16 |
| <b>6. Fecha de nacimiento (día/mes/año)</b>            |                          |   |                                |                         |  |       |
| <b>7. Lugar de Origen</b>                              |                          |   |                                |                         |  |       |
| <b>8. Lugar de residencia (Donde vive actualmente)</b> |                          |   |                                |                         |  |       |
| <b>9. Escolaridad</b>                                  |                          |   |                                |                         |  |       |
| 1) Primero primaria                                    | 2) Segundo primaria      | 3) Tercero primaria                               | 4) Cuarto primaria             | 5) Quinto primaria      | 6) Sexto primaria                                  |       |
| 7) Primero secundaria                                  |                          | 8) Segundo secundaria                             |                                |                         | 9) Tercero secundaria                              |       |
| 10) Primer año de bachillerato o carrera técnica       |                          | 11) Segundo año de bachillerato o carrera técnica |                                |                         | 12) Tercero año de bachillerato o carrera técnica. |       |
| <b>INFORMACION PADRES</b>                              |                          |   |                                |                         |  |       |
| <b>Nombre Madre</b>                                    |                          |   |                                |                         |  |       |
| <b>Edad Madre</b>                                      |                          |   |                                |                         |  |       |
| <b>Escolaridad Madre</b>                               |                          |   |                                |                         |  |       |
| 1) Primaria completa                                   | 3) Secundaria completa   | 5) Bachillerato o carrera técnica completa        | 7) Licenciatura completa       | 9) Posgrado completo    |  |       |
| 2) Primaria incompleta                                 | 4) Secundaria incompleta | 6) Bachillerato o carrera técnica incompleta      | 8) Licenciatura incompleta     | 10) Posgrado incompleto |  |       |
| <b>Nombre Padre</b>                                    |                          |   |                                |                         |  |       |
| <b>Edad Padre</b>                                      |                          |   |                                |                         |  |       |
| <b>Escolaridad Padre</b>                               |                          |   |                                |                         |  |       |
| 1) Primaria completa                                   | 3) Secundaria completa   | 5) Bachillerato o carrera técnica completa        | 7) Licenciatura completa       | 9) Posgrado completo    |  |       |
| 2) Primaria incompleta                                 | 4) Secundaria incompleta | 6) Bachillerato o carrera técnica incompleta      | 8) Licenciatura incompleta     | 10) Posgrado incompleto |  |       |
| <b>Tipo de familia</b>                                 |                          |   |                                |                         |  |       |
| 1) Familia nuclear                                     | 2) Familia extensa       | 3) Familia desintegrada                           | 4) Familia reconstruida        | 5) Familia monoparental |  |       |
| <b>Funcionalidad Familiar (APGAR)</b>                  |                          |   |                                |                         |  |       |
| 1) Normofuncional                                      |                          | 2) Disfuncional leve                              |                                |                         | 3) Disfuncional grave                              |       |

## 7. Recogida de datos Depresión Y Ansiedad.

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Folio:</b>                            |           |
| <b>2. Diagnostico.</b>                      |           |
| <b>3. Informe de padres del diagnostico</b> |           |
| <b>1) Si</b>                                | <b>No</b> |

|   |               |            |          |
|---|---------------|------------|----------|
| <b>Primera evaluación</b>   |               |            |          |
| <b>Fecha:</b>   |               |            |          |
| <b>Escala de Birlson para Trastorno Depresivo Mayor en Niños y Adolescentes</b> |               |            |          |
| <b>Puntaje</b>  | <b>Total:</b> |            |          |
| 1. Me interesan las cosas tanto como antes                                      | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 2. Duermo muy bien  | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 3. Me dan ganas de llorar   | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 4. Me gusta salir con mis amigos  | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 5. Me gustaría escapar, salir corriendo   | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 6. Me duele la panza  | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 7. Tengo mucha energía  | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 8. Disfruto la comida   | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 9. Puedo defenderme por mí mismo/a  | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 10. Creo que no vale la pena vivir  | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 11. Soy bueno para las cosas que hago   | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes                              | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 13. Me gusta hablar con mi familia  | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 14. Tengo sueños horribles  | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 15. Me siento muy solo  | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 16. Me animo fácilmente   | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo                       | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |
| 18. Me siento muy aburrida  | 1) Siempre    | 2) A veces | 3) Nunca |

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <b>Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC)</b> |                                   |
| <b>Puntaje</b>                                     | <b>Total:</b>                     |
| 1. Factor 1 (Temor)                                | Total:                            |
| 2. Factor 2 (Tranquilidad)                         | Total:                            |
| 3. Factor 3 (Preocupación)                         | Total:                            |
| 4. Factor 4 (Evitación)                            | Total:                            |
| 5. Factor 5 (Somatización)                         | Total:                            |
| 6. Factor 6 (Ira y Tristeza)                       | Total:                            |
| <b>Ansiedad Estado</b>                             |                                   |
| 1) Con predominio Ansiedad Estado                  | 2) Sin predominio Ansiedad Estado |
| <b>Ansiedad Rasgo</b>                              |                                   |
| 1) Con predominio Ansiedad Rasgo                   | 2) Sin predominio Ansiedad Rasgo  |

|   |                    |                           |                     |          |
|---|--------------------|---------------------------|---------------------|----------|
| <b>Fuiste informado de tu diagnostico:</b>  |                    |                           |                     |          |
| 1) Si                                       |                    | 2) No                     |                     |          |
| <b>Quien te proporcione el diagnostico:</b> |                    |                           |                     |          |
| 1) Padres                                   | 2) Personal médico | 3) Personal de Enfermería | 4) Otros familiares | 5) Otros |

## 8. Carta De Consentimiento Informado Para Participación En Protocolos De Investigación.



### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D. F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado “**Comparación de Síntomas de Ansiedad Y Depresión En Adolescentes Del Hospital De Pediatría CMN Siglo XXI Que Conocen Su Diagnóstico De Leucemia En Comparación Con Adolescentes Que Lo Desconocen. Una evaluación a corto plazo.**”, registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI con el número

El objetivo del estudio es evaluar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes del Hospital de Pediatría que desconocen su diagnóstico de cáncer en comparación con adolescentes que lo conocen.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar un cuestionario sociodemográfico y una escala que evalúa la funcionalidad familiar.

Declaro que he recibido una explicación clara sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento de mi hijo (a), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe mi hijo (a) en el Hospital.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Martha Alicia López Jaime. Médico Psiquiatra. Residente de 2º año de Psiquiatría Infantil y del Adolescente.

Matrícula 99379043.

Teléfono: (044) 5525067350 / 56-27-69-00 Ext. 22303

Colaboradores:

Dra. Isabel Medrano Ortiz de Zarate. Médico Psiquiatra y Paidopsiquiatra adscrita al servicio de Salud Mental del Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI. Matrícula: 5115442. Teléfono: (044) 55 3127 7667 / 56-27-69-00 Ext. 22303

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_

Dra. Martha Alicia López Jaime

Testigo 1  
Nombre y firma

Testigo 2  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 9. Carta De Asentimiento Informado Para Participación En Protocolos De Investigación.



### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

México D. F., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

El objetivo del estudio es evaluar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes del Servicio de Hematología del Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar dos cuestionarios; los cuales tienen 18 preguntas respectivamente; es decir cada uno de ellos; con una duración máxima de 20 minutos para valorar que tan triste y preocupado estoy.

Declaro que he recibido una explicación clara sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de contestar los cuestionarios.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporcionen nos ayudarán a conocer que tan preocupado (ansiedad) y triste (depresión) te encuentras durante tu internamiento y de esta manera ayudarte a que te sientas mejor de tus emociones en caso de ser necesario. Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Martha Alicia López Jaime. Médico Psiquiatra. Residente de 2º año de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Matrícula 99379043. Teléfono: (044) 5525067350 / 56-27-69-00 Ext. 22303

Colaboradores:

Dra. Isabel Medrano Ortiz de Zarate. Médico Psiquiatra y Paidopsiquiatra adscrita al servicio de Salud Mental del Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI. Matrícula: 5115442. Teléfono: (044) 3127 7667 / 56-27-69-00 Ext. 22303

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Dra. Martha Alicia López Jaime

Testigo 1  
Nombre y firma

Testigo 2  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_