



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

**PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA
ADOLESCENCIA**

TÍTULO DE LA TESIS

**FRECUENCIA DE TRASTORNOS
PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES
ADOLESCENTES, CON DIAGNÓSTICO DE
SARCOMAS ÓSEOS O DE TEJIDOS BLANDOS
HOSPITALIZADOS**

PRESENTA:

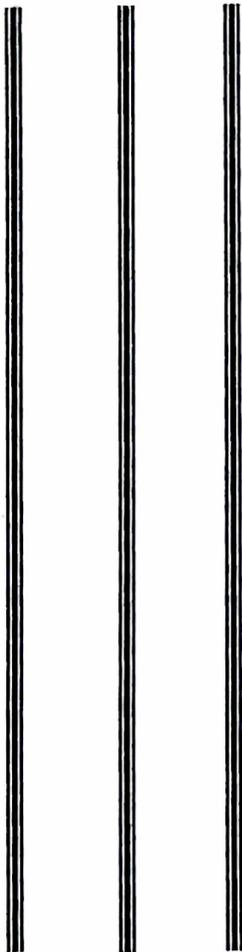
DRA. MARÍA ISABEL BARRERA FLORES

TUTOR DE TESIS:

DRA. DIANA MOLINA VALDESPINO

CO-TUTOR:

DR. SILVESTRE GARCÍA DE LA PUENTE



Ciudad de México 2025



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“FRECUENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES ADOLESCENTES,
CON DIAGNÓSTICO DE SARCOMAS ÓSEOS O DE TEJIDOS BLANDOS
HOSPITALIZADOS”.**



**DR. AARÓN PACHECO RÍOS
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA**



**DRA. NANCY EVELYN AGUILAR GÓMEZ
ENCARGADA DE LA SUBDIRECCIÓN DE
PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN EDUCATIVA**



**DRA. DIANA MOLINA VALDESPINO
TUTORA DE TESIS**



**DR. SILVESTRE GARCÍA DE LA PUENTE
CO-TUTOR**

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS, MI TODO.

A KARLA, MI COMPAÑERA.

ÍNDICE

RESÚMEN	1
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	3
MARCO TEÓRICO	3
-CÁNCER PEDIÁTRICO	3
-CÁNCER Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ADOLESCENTES	4
-CÁNCER EN ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS	5
-DETECCIÓN DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ADOLESCENTES CON CÁNCER	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
HIPOTESIS	11
MATERIAL Y MÉTODOS	11
CRITERIOS DE SELECCIÓN	11
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	11
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	11
VARIABLES	12
INSTRUMENTOS	24
DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	25
TAMAÑO DE LA MUESTRA	26
MUESTREO	26
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	26
CONSIDERACIONES ÉTICAS	26
CONFLICTO DE INTERÉS	27
RECURSOS	28
FACTIBILIDAD	27
RESULTADOS	28
MÉTODOS ESTADÍSTICOS	32
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIÓN	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	40

TÍTULO: FRECUENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES ADOLESCENTES, CON DIAGNÓSTICO DE SARCOMAS ÓSEOS O DE TEJIDOS BLANDOS HOSPITALIZADOS.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.

La presencia de trastornos psiquiátricos en población pediátrica con cáncer es elevada, en un estudio al menos el 89.2% de las neoplasias malignas cubren criterios específicos para este tipo de afectación en salud mental.

A pesar de que las recomendaciones internacionales sugieren el tamizaje de este tipo patología en la valoración multidisciplinaria de la población en estas edades, regularmente no se realiza y no contamos con estudios en México sobre esta condición en pacientes pediátricos hospitalizados por cáncer.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los padecimientos oncológicos en población pediátrica tienen elevada prevalencia de tumores tipo sarcomas óseos y de tejidos blandos en población adolescente, y la presencia de trastornos psiquiátricos en pacientes hospitalizados es alta y no hay estudios en México y en la literatura son escasos.

JUSTIFICACIÓN

Existe poca literatura referente a la prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes de 12 a 17 años, hospitalizados por sarcomas óseos o de tejidos blandos, al conocer la frecuencia y tipo de trastornos psiquiátricos, podemos incidir en que deben diagnosticarse oportunamente y dar el tratamiento apropiado.

OBJETIVO GENERAL

Describir la frecuencia y tipo de los trastornos psiquiátricos en pacientes adolescentes entre 12 a 17 años, con diagnóstico de sarcomas óseos o de tejidos blandos hospitalizados en el Instituto Nacional de Pediatría.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

En adolescentes con sarcomas óseos o de tejidos blandos hospitalizados en el Instituto Nacional de Pediatría:

Describir la frecuencia de trastornos psiquiátricos

Describir los tipos de trastornos psiquiátricos.

TIPO DE ESTUDIO. Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adolescentes que cursaron con hospitalización en el servicio de oncología pediátrica por diagnóstico de sarcomas óseos o de tejidos blandos, de cualquier sexo, de entre 12 a 17 años y que aceptaron participar en el estudio, previo asentimiento y consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes que presentaron discapacidad intelectual detectada por clínica, con metastasis documentada a sistema nervioso central que afectaba la cognición e impedían la adecuada comprensión de los reactivos del instrumento aplicado.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Una vez cumplidos los criterios de selección, se entrevistaron a los pacientes adolescentes de 12 a 17 años de edad, hospitalizados por diagnóstico de sarcoma óseo o de partes blandas en el servicio de oncología pediátrica y a pie de cama se aplicó la escala semiestructurada K-SADS_PL-5, en los meses de marzo a junio del 2024.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se resumieron con media y desviación estándar si tenían distribución normal o con mediana, valor mínimo y valor máximo en caso de no tener

distribución normal. La frecuencia de trastornos psiquiátricos se calculó teniendo como numerador los casos con trastornos psiquiátricos y como denominador el número total de pacientes con este tipo de tumores vistos en el período de estudio.

PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Cuál es la frecuencia y el tipo de trastornos psiquiátricos que presentan los pacientes adolescentes entre 12 a 17 años, con diagnóstico de sarcomas óseos o de tejidos blandos hospitalizados en el Instituto Nacional de Pediatría.

MARCO TEÓRICO.

CANCER PEDIÁTRICO.

El cáncer en población pediátrica es un problema de salud pública, constituyendo el segundo lugar como causa de mortalidad en esta población.¹ Según los datos de la Organización Panamericana de Salud ² se diagnostica cáncer cada año a aproximadamente 280 mil niños entre 0-19 años en América Latina y el Caribe.

De acuerdo con los datos que arrojó la Dirección General de Epidemiología, en el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA) en México, se reportó una tasa de 68.1 adolescentes por cada millón de habitantes, en 2017.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO), hizo un cálculo de 44 millones 697 mil 145 casos en 2018, para los casos sumados de 2020 a 2030. Referente a los datos en México, sobre tumores óseos, el osteosarcoma representa un 63%; el sarcoma de Ewing, el 27%; el grupo de edad más frecuente es el de 10 a 14 años.

³

En lo que se refiere a los datos estadísticos de casos nuevos de tumores sólidos en 2020, con fecha de corte de enero 2022, se encuentran el Osteosarcoma con 8.6%, Tumor Wilms, 6.2%; Rabdiomiosarcoma, 5.1 %; Sarcoma de Ewing, 3.9 %; Sarcoma de tejido blando específico, 3.5 %.⁴

CÁNCER Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ADOLESCENTES

Entre los factores estresantes de los adolescentes con diagnóstico de cáncer se encuentra la búsqueda de autonomía e independencia, la alteración de la dinámica con los pares ya que, en muchas ocasiones, el mismo tratamiento genera un aislamiento o distancia social. Las modificaciones del cuerpo causadas por la maduración sexual son fundamentales para la creación de identidad y autoimagen que se ve afectada en estas personas por los cambios negativos y evidentes en su cuerpo, que le muestran las diferencias con los otros. Lo que es particularmente impactante en los pacientes con sarcomas de extremidades, que pueden requerir amputaciones segmentarias o radicales de una extremidad.

En lo que respecta a la necesidad de identificación de trastornos psiquiátricos en población pediátrica con cáncer, se encontró que en las neoplasias malignas, el 89.2% de los pacientes, cumplieron los criterios diagnósticos para al menos un trastorno. Dentro de los más prevalente se describen la fobia específica, 57%; enuresis, 41.9%; trastorno obsesivo compulsivo, 45.6% y, el trastorno de ansiedad por separación, 30.3%, por lo que nuevamente se reitera la identificación y tratamiento de este tipo de trastornos psiquiátricos. ⁵

En este sentido, se describe en otro estudio ⁶, que el diagnóstico y tratamiento del cancer, da lugar a etapas complicadas y traumáticas con consecuencias psicológicas duraderas en niños, adolescentes y adultos jóvenes con cáncer, por lo que se analizó a través de la metodología planteada por PRISMA con el registro prospectivo PROSPERO, donde se incluyeron al final de la revisión 52 estudios, donde los metaanálisis identificaron que los sobrevivientes al cancer presentaban un mayor riesgo a lo largo de la vida de presentar trastornos psiquiátricos, por ejemplo para depresión se describe (RR, 1,57; IC del 95%, 1,29-1,92), ansiedad (RR, 1,29; IC del 95%, 1,14-1,47) y trastornos psicóticos (RR, 1,56; IC del 95%, 1,36-1,80) en relación tanto con sus controles emparejados como con sus propios hermanos. Por lo que concluyen la relevancia de la identificación y tratamiento por parte de Psiquiatría, así como la intervención psicooncológica durante el proceso del cáncer.

CÁNCER EN ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS.

Diversas organizaciones pediátricas entre las que se encuentran, la Academia Americana de Pediatría y la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, hacen recomendaciones para la realización de un tamizaje rutinario para la detección de trastornos psiquiátricos en adolescentes con enfermedades físicas.

En este rubro, también la Guía de Práctica Clínica del International Guideline Harmonization Group⁷, realiza una serie de recomendaciones obtenidas de revisiones sistemáticas en estudios de supervivientes de cáncer en la infancia, adolescencia y juventud, con diagnóstico previo a los 25 años.

Estas recomendaciones están fundamentadas en las tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos en personas supervivientes de cáncer, donde se describen datos tales como: la depresión y otros trastornos del estado de ánimo se llega a presentar hasta en un 40.8 % de los pacientes con enfermedad oncológica, la ansiedad en hasta 27.6%, angustia psicológica en hasta 35%, trastorno de estrés postraumático hasta el 18%, problemas conductuales o de comportamiento en hasta el 21.9%, ideación suicida en 12.4%, intento de suicidio en 4% y muerte por suicidio en 1.6%.

Un estudio encontró en una cohorte que los pacientes de cáncer infantil tienen un mayor riesgo de presentar trastornos psiquiátricos a largo plazo en comparación con la población general.⁸

En otros estudios sobre cáncer y depresión, se menciona que la prevalencia de depresión entre los pacientes con cáncer es superior a la población general, asociándolo a incremento de la mortalidad por suicidio.^{9,10}

Referente a este aspecto, es necesario identificar la presencia de psicopatología, ya que existen diversos estudios, donde han descrito la complejidad que implica abordar al adolescente con enfermedades médicas¹¹

Aún en pacientes con pronóstico terminal, se ha descrito la importancia de la identificación oportuna de psicopatología y tratamiento psiquiátrico, tal como se

menciona en las Recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos⁷.

En un estudio se menciona que la evaluación de los trastornos psiquiátricos debería ser un indicador del bienestar global de niños y adolescentes con cáncer, por lo que, se centró en describir la prevalencia de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático en esta población, encontrando en una revisión sistemática que realizó, que de 40 estudios, sólo 18 describían la prevalencia de ansiedad en 13.92 %, depresión en 20,43% y trastorno de estrés postraumático 20,90%.⁵

Así mismo, varias organizaciones recomiendan la identificación de Trastornos Psiquiátricos en adolescentes clínicamente enfermos.¹²

La recomendación primordial es la vigilancia de la salud mental para todos los supervivientes de cáncer y la pronta derivación al especialista cuando se identifiquen, aunque esta revisión es acerca de sobrevivientes de cáncer pediátrico, se encuentran datos relevantes de prevalencia a considerar, ya que no hay datos sobre la misma en pacientes adolescentes que actualmente cursan con cáncer y se encuentran hospitalizados, pero nos sirve de contexto para conocer las características descritas en revisiones sistemáticas.

Se ha descrito que el diagnóstico del cáncer y su tratamiento, conlleva toxicidades inmediatas, sumándose la presencia de dolor, náuseas, vómitos, inmunosupresión, por lo que para el adolescente que requiere largas hospitalizaciones, lo que afecta el proceso de socialización, que constituye un factor de riesgo para desarrollar psicopatología¹³

Con la finalidad de brindar una atención integral a los pacientes oncológicos adolescentes deben elaborarse rutas clínicas para determinar de forma individualizada, la participación de psicología, psiquiatría, clínica de dolor y cuidados paliativos, conforme a las necesidades de los pacientes y sus familias, transicionando el seguimiento de los pacientes pediátricos sobrevivientes, más allá de la edad adulta ya que se presenta una alta frecuencia de suicidios en esta población.

Sin embargo, a pesar de realizarse la búsqueda intencionada en las principales bases de datos médicas, no se ha descrito en la literatura, la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos en adolescentes con cáncer hospitalizados, pero en pacientes con sarcoma mayores de 18 años de edad, en un estudio, se evaluó a pacientes, atendidos en la clínica de oncología ortopédica, para determinar la presencia de depresión y ansiedad, la gravedad de los síntomas y cuantos requirieron manejo por profesionales de salud mental, además la presencia de otros factores y si estos estaban relacionados con la localización del tumor en el cuerpo, (esqueleto axial, extremidad superior o inferior) el tipo general de tumor (óseo o partes blandas) el diagnóstico específico, el uso de quimioterapia, la duración del seguimiento (menos de un año o más de un año) y el sexo, y cuantos aceptaron acudir a salud mental cuando se le ofertó esta posibilidad. Los resultados mostraron que el 35% de la población presentaron síntomas de depresión, referente a la ansiedad se observó en el 33%. Otros factores que se asociaron fueron la localización del tumor (extremidad superior sobre inferior o esqueleto axial) así como la categoría general del diagnóstico (sarcoma óseo frente al de partes blandas). El diagnóstico específico y la duración del seguimiento no se relacionaron con los síntomas de depresión o ansiedad. Al 22% se les ofreció derivación a servicios de salud mental y el 73% lo aceptaron.¹⁴

DETECCIÓN DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ADOLESCENTES CON CÁNCER.

Así mismo, se ha reportado una escasez de datos en la incidencia de los trastornos psiquiátricos a largo plazo en pacientes pediátricos con cáncer. Yardeni utilizó el K-SADS-PL (Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia, Present & Lifetime Version), encontrando que de los 99 pacientes incluidos, 48% cumplían criterios de ansiedad y/o depresión al menos una vez durante su seguimiento, a lo largo de 4 valoraciones, al mes 1, 4, 7 y 12 después del diagnóstico de cáncer.¹⁵

Para la detección de Trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, existen múltiples instrumentos, dentro de ellos, el Kiddie-Schedule for Affective Disorders

& Schizophrenia, Present & Lifetime Version (K-SADS-PL) ha mostrado consistencia, validez y confiabilidad.¹⁶⁻¹⁹

El K-SADS-PL está validada en población mexicana, se obtuvieron los coeficientes kappa para la fiabilidad interevaluador, cuando el valor era superior a 0.75, buena de 0.59 a 0.74, moderada de 0.40 a 0.58 y deficiente si es inferior a 0.40²¹

En el estudio²⁰ donde se describe el modelo mejor ajustado obtenido mediante el análisis factorial identificó seis factores que explicaban el 73,51% de la varianza. Cada factor contenía uno de los trastornos nuevos o modificados. Los coeficientes alfa de Chronbach para cada uno de los trastornos nuevos o modificados fueron TEA (trastorno del espectro autista) (= 0,92, TAS (trastorno de ansiedad social) = 0,95 TIE (Trastorno explosivo intermitente) = 0,94, TDAD (trastorno de disregulación disruptiva del estado de ánimo = 0,92, TAC (trastorno por atracón) = 0,93 y TICA (trastorno por ingesta evitativa/restrictiva de alimentos) = 0,74.

Este estudio, se realiza para la actualización de la K-SADS-PL al DSM 5 (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, versión 5 de la Asociación Psiquiátrica Americana)²¹.

En el presente estudio, se utiliza la Escala para el tamizaje del K-SADS-PL-5 (DSM-5), para la presencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes con cáncer hospitalizados, con la finalidad de describir la frecuencia de los mismos y normar conducta a seguir para su manejo integral, como persona e influir en su contexto de atención.

Cada diagnóstico se califica de acuerdo a la clasificación de criterios de diagnóstico probable del .²¹

1. Cumple los criterios de los síntomas del trastorno
2. Cumple todos excepto uno, o un mínimo del 75% de los criterios restantes requeridos para el diagnóstico, y
3. Evidencia de deterioro funcional.

Sin información = 0

Ausente = 1

Probable = 2

Remisión Parcial = 3

Definitivo = 4

Además, si en el tamizaje, la puntuación y el criterio clínico, califica para los diagnósticos de procederá a completar los suplementos diagnósticos de 6 patologías mentales: 1. Trastorno Afectivo, 2. Trastornos psicóticos, 3. Trastornos de ansiedad, 4. Trastorno de Conducta Disruptiva, 5. Trastorno de abuso de sustancias y otros trastornos y 6. Trastornos del neurodesarrollo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los padecimientos oncológicos en pacientes pediátricos condicionan no solo un impacto económico y en la funcionalidad familiar de estos pacientes, sino que constituyen un estresor que afecta el entorno psicosocial de los adolescentes que tienen este tipo de padecimientos.

Pese a que las guías refieren que es frecuente la patología psiquiátrica en oncología pediátrica, no hay muchos artículos que hablen de la prevalencia de los distintos trastornos en ésta población, ni su impacto en el apego y la adaptación de los pacientes y no se tiene información de los trastornos psiquiátricos en pacientes hospitalizados en México.

Los sarcomas de tejido óseo y tejidos blandos requieren tratamientos agresivos que pueden afectar desde la integridad física hasta la emocional y tienen una elevada frecuencia en población pediátrica, por lo que se considera que los adolescentes que padecen sarcomas pudieran constituir una población vulnerable para la emergencia de patología psiquiátrica.

JUSTIFICACION.

Hay poca literatura en torno a la prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes de 12 a 17 años de edad con cáncer, a pesar de que las recomendaciones internacionales sugieren el tamizaje de este tipo patología en la valoración multidisciplinaria de la población en estas edades.

En el Instituto Nacional de Pediatría, no se cuentan con datos epidemiológicos de patología mental en pacientes oncológicos, por lo que un primer paso, antes de pasar al trabajo multidisciplinario, es la realización de investigaciones, inicialmente en el contexto de hospitalización, para detectar la frecuencia de psicopatología en esta población.

El determinar la frecuencia con que se presentan los trastornos psiquiátricos en los adolescentes con neoplasias de alta prevalencia, sarcomas óseos y de tejidos blandos, permitira a futuro el desarrollo de guías prácticas para una intervención por parte del equipo de salud mental en los adolescentes con neoplasias, lo que redundaría en el diseño de estrategias de prevención y tratamiento oportuno de los trastornos psiquiátricos comórbidos al diagnóstico de cáncer.

Siendo el Instituto Nacional de Pediatría un hospital de concentración nacional, el realizar estudios para conocer el impacto en la salud mental pediátrica con diagnósticos neoplásicos, podrían servir a largo plazo como una base para crear políticas públicas de excelencia en la atención en oncología pediátrica.

OBJETIVO GENERAL.

Describir la frecuencia y tipo de los trastornos psiquiátricos en pacientes adolescentes entre 12 a 17 años, con diagnóstico de sarcomas óseos o de tejidos blandos hospitalizados en el Instituto Nacional de Pediatría.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

En adolescentes con sarcomas óseos o de tejidos blandos hospitalizados en el Instituto Nacional de Pediatría

Describir la frecuencia de trastornos psiquiátricos

Describir los tipos de trastornos psiquiátricos

HIPÓTESIS

1. Se espera tener 30 % de casos con trastornos psiquiátricos
2. Los principales tipos de trastornos serán trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastorno de disregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno por déficit de atención, trastorno por estrés, trastornos de alimentación, trastornos de conducta, trastornos por uso de sustancias, enuresis, encopresis, trastorno obsesivo compulsivo.

MATERIAL Y MÉTODO.

Diseño del estudio.

Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

Población objetivo. Adolescentes que cursen con hospitalización por diagnóstico de sarcomas óseos o de tejidos blandos.

Población elegible. Pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría de enero a diciembre de 2024.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión.

Adolescentes que cursaron con hospitalización en el servicio de oncología pediátrica por diagnóstico de sarcomas óseos o de tejidos blandos, de cualquier sexo, de entre 12 a 17 años y que aceptaron participar en el estudio, previo asentimiento y consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

Pacientes que presentaron discapacidad intelectual detectada por clínica, con metastasis documentada a sistema nervioso central que afectaba la cognición e impedía la adecuada comprensión de los reactivos del instrumento aplicado

VARIABLES.

Variable	Definición	Tipo de variable	Unidad de Medida
Edad	Número de años completos que ha vivido una persona.	Numérica continua	Años
Sexo	Asignación de una persona a una de dos categorías biológicas: masculino o femenino, basada en las características biológicas de sus genitales, ovarios o testículos.	Cualitativa, nominal dicotómica	1. Hombre, 2. Mujer,
Nivel socioeconómico	De acuerdo a clasificación de trabajo social del Instituto Nacional de Pediatría.	Categórica ordinal	1 Bajo 2 Medio 3 Alto
Escolaridad	Nivel de escolaridad alcanzado por el paciente	Categórica nominal	0 Ninguna 1 Primaria 2 Secundaria 3 Preparatoria
Tipo de Familia	Características de la integración familiar	Categórica nominal	1 Nuclear 2 Nuclear monoparental

				3 Extensa
Trastornos depresivos	Presencia de ánimo triste, vacío, irritable, con cambios somáticos y cognitivos que afectan la funcionalidad del individuo.	Cualitativa dicotómica		1. Presente 0. Ausente
Manía	Es un estado de ánimo en un tiempo definido persistentemente elevado, irritable, expansivo, aumento de la actividad o la energía casi todo el día, todo el día, al menos una semana	Cualitativa dicotómica		1. Presente 0. Ausente
Trastorno de disregulación disruptiva del estado de ánimo	Presencia de irritabilidad crónica, grave y persistente, pueden ser en respuesta a la frustración y tienen manifestaciones verbales o conductuales, debe estar presente la mayor parte del día, casi a	Cualitativa dicotómica		1. Presente 0. Ausente

		diario y perceptible por el entorno del niño.		
Psicosis		Se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones, y discurso y/o comportamiento desorganizado, además de abulia, anhedonia, apatía, en algunos casos de forma predominante, además de afectar la funcionalidad global de la persona.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Trastorno de pánico		Puede surgir en calma o en contexto ansiogénico para el individuo, y se caracteriza por la presencia de síntomas físicos y cognitivos y en cuestión de minutos alcanzan su pico de máxima intensidad.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Agorafobia		La característica es la presencia de ansiedad o miedo intenso ante la exposición simbólica o	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente

	real en espacios abiertos		
Trastorno de ansiedad de separación	Es la presencia de ansiedad excesiva ante el alejamiento de las personas o el contexto con los que el individuo está vinculado.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Trastorno de ansiedad social	En niños se produce en interacción con sus pares y no sólo con adultos, con la presencia de ansiedad o miedo intensos de características desproporcionadas	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Fobia específica	Presencia de ansiedad o miedo excesivos ante un estímulo específico, con presencia de reacciones desproporcionadas.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Trastorno de ansiedad generalizada	Caracterizado por la presencia de ansiedad y la preocupación es desproporcionada al impacto de la	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente

		probabilidad del suceso anticipado		
Trastorno Obsesivo compulsivo		Las características clínicas son la presencia de pensamientos intrusivos y conductas impulsivas en respuesta al pensamiento desencadenante que afecta la funcionalidad del individuo.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Trastorno de estrés postraumático		Es la presencia de síntomas específicos tras la exposición de uno más eventos traumáticos, tales como miedo re experimentado, asociado a manifestaciones emocionales y de la conducta, y se debe cumplir el criterio de un mes al menos para su manifestación.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente

<p>Trastorno de estrés agudo</p>	<p>Es la presencia de síntomas específicos tras la exposición de uno más eventos traumáticos, tales como miedo re experimentado, asociado a manifestaciones emocionales y de la conducta, y se debe cumplir el criterio de menos de un mes para su manifestación.</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>1. Presente 0. Ausente</p>
<p>Enuresis</p>	<p>Se caracteriza por eliminación inapropiada de orina, puede ser primaria o secundaria y diurna o nocturna. Se presenta dos veces por semana, mínimo por tres meses.</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>1. Presente 0. Ausente</p>
<p>Encopresis</p>	<p>La característica es la excreción repetida de heces en contextos inapropiados, se presenta al menos cada mes, durante tres meses.</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>1. Presente 0. Ausente</p>

Trastorno de alimentación.		Forma parte del trastorno de evitación/restricción de ingesta alimenticia y se asocia a miedo intenso de ganar peso y una percepción alterada de percibir la constitución corporal propia.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad		Se caracteriza por la presencia de forma persistente de inatención y/o hiperactividad - impulsividad que interfiere con el neurodesarrollo y afecta la funcionalidad del individuo.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Trastorno de conducta		Las características principales de este trastorno en la niñez son mostrar agresividad física hacia los demás, relaciones conflictivas con sus pares, y cumplen todos los criterios de trastorno de conducta antes de la pubertad. Los de inicio	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente

	en la adolescencia es menos probable que muestren conductas agresivas y tienden a relacionarse de mejor forma con sus pares.		
Trastorno desafiante negativista	Se caracteriza por un patrón persistente de enfado, irritabilidad, conducta conflictiva y discusiones asociado a actitudes desafiantes o vengativas, puede presentarse en un contexto específico, con una duración mínima de 6 meses.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Trastorno de tics	Presencia de tics motores o vocales, intermitentes, con presencia más de un año desde el primer tic y comienza antes de los 18 años.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Trastorno del espectro autista	Caracterizado por la presencia de una deficiente comunicación e interacción social recíproca, patrones de conducta e intereses	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente

	restrictivos y estereotipados, que impactan en la funcionalidad del individuo.		
Trastorno por uso de alcohol	Las características clínicas esenciales son los síntomas físico y del comportamiento, entre los que predominan la abstinencia, tolerancia, y craving, relacionados a la ingesta de alcohol.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Trastorno por uso de sustancias	Las características clínicas esenciales son los síntomas físico y del comportamiento, entre los que predominan la abstinencia, tolerancia, y deseo intenso de consumo relacionados al consumo de sustancias.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Otros diagnósticos de uso de sustancias (Especificar)	Especificar otro diagnóstico de uso de sustancias que no cumpla otros criterios de trastornos por uso de sustancias.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente

Historia de tratamiento psiquiátrico: paciente ambulatorio	Se refiere a si el paciente recibió tratamiento psiquiátrico de forma ambulatoria	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Edad de inicio del tratamiento psiquiátrico ambulatorio (años)	Edad de inicio de tratamiento psiquiátrico	Cuantitativa continua	Años
Duración total del tratamiento psiquiátrico ambulatorio (semanas)	Duración en semanas del tratamiento psiquiátrico en forma ambulatoria	Numérica discreta	Semanas
Historia de tratamiento psiquiátrico: paciente hospitalizado	Se refiere a si el paciente requirió internamiento psiquiátrico para su tratamiento.	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Edad del primer internamiento psiquiátrico (años)	Se refiere a que edad se realizó el primer internamiento en hospital psiquiátrico.	Numérica continua	Años
Numero de hospitalizaciones psiquiátricas	El número de veces que ha requerido hospitalización psiquiátrica.	Numérica discreta	Número
Duración total del tratamiento en	El número de semanas de internamiento en hospital psiquiátrico.	Numérica discreta	Semanas

internamiento psiquiátrico. (semanas)			
Conducta Suicida (acción)	Se refiere a la presencia de acciones dirigidas a la autolisis	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Conducta Suicida (intento)	Se refiere a los intentos suicidas previos	Cualitativa dicotómica	1. Presente 0. Ausente
Numero de hospitalización en el INP	Se refiere al número de veces que se ha hospitalizado para su atención en oncología pediátrica	Numérica discreta	Número
Número de días de internamiento	Es el número de días de estancia intrahospitalaria en el servicio de oncología pediátrica.	Numérica discreta	Días
Tiempo de evolución del cáncer (semanas)	Se refiere al tiempo de evolución en semanas desde el diagnóstico del cáncer	Numérica discreta	Semanas
Tipo de Sarcoma	Se refiere al diagnóstico oncológico de tumor	Categoría nominal	1 Osteosarcoma 2 Rabdomyosarcoma 3 Ewing

			<p>4 Sarcoma Epitelioide</p> <p>5 Fibrosarcoma</p> <p>6 Condrosarcoma</p> <p>7 Liposarcoma</p> <p>8 Angiosarcoma</p> <p>9 Sarcoma alveolar de tejidos blandos</p> <p>10 Tumor miofibroblástico inflamatorio</p> <p>11 Otros (especificar)</p>
Tipo de Tratamiento	Se refiere al tipo de tratamiento recibido	Categoría nominal	<p>Quimioterapia</p> <p>0 no</p> <p>1 si</p> <p>Radioterapia</p> <p>0 no</p> <p>1 Si</p>
Cirugía realizada	Acto quirúrgico realizado como tratamiento	Cualitativa dicotómica	<p>0 Ninguna</p> <p>1 Amputacion miembro superior</p>

			<p>2 Amputación miembro inferior</p> <p>3 Toracotomía</p> <p>4 Cirugía abdominal</p> <p>5 Cirugía Facial</p>
Náuseas	Sensación de malestar estomacal acompañado de asco intenso	Cualitativa dicotómica	<p>1. Presente</p> <p>0. Ausente</p>
Vómito	Es la expulsión intempestiva de contenido del estómago por la boca	Cualitativa dicotómica	<p>1. Presente</p> <p>0. Ausente</p>
Dolor	Experiencia corporal subjetiva, sensitiva y emocional desagradable, asociado a potencial daño tisular	Cualitativa dicotómica	<p>1. Presente</p> <p>0. Ausente</p>

INSTRUMENTOS

La escala K-SADS_PL-5 es una entrevista clínica estructurada.

Se utilizará la subescala de tamizaje de dicha escala.

En cada diagnóstico se califica de forma global la presencia de síntomas donde queda la siguiente manera:

Sin información= 0

Ausente= 1

Probable =2

Remision parcial=3

Definitivo =4.

Criterios de diagnóstico probable:

1. Cumple los criterios de síntomas del trastorno.
2. Cumple todos, excepto uno, o un mínimo del 75% de los criterios restantes requeridos para el diagnóstico y
3. Evidencia de deterioro funcional.

(VER ANEXO 5)

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

La médico residente de la especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia acudió al paso de visita del servicio de oncología pediátrica, para identificar a los pacientes que cumplieran con los criterios de selección del presente estudio.

Se invitó a los pacientes y a sus padres a participar, previa explicación y firma del consentimiento y asentimiento informado. Se revisó el expediente para registrar los datos incluídos en la lista de variables y se procedió a realizar la entrevista K-SADS-PL-5 a pie de cama, respetando el estado general del paciente, utilizando un biombo para mayor intimidad del paciente al responder.

La información obtenida se vació en una hoja de Excel, para posteriormente copiarlas a programa SPSS v29.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se calculó utilizando la fórmula para estudios descriptivos, en base a la estimación del error en el intervalo de confianza:

$$n = ((z_{1-\alpha/2})^2 * (p*q))/e^2$$

Error α bimarginal = 0.05

Frecuencia estimada de trastornos psiquiátricos = 30%

Error permitido en la estimación del intervalo de confianza = 10%

Sustituyendo: $((1.96)^2 * (.3*.7)) / .1^2 = 80.67 = 81$ pacientes

Muestra a conveniencia.

MUESTREO

No probabilístico de casos consecutivos

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Para las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se resumieron con media y desviación estándar si tenían distribución normal o con mediana, valor mínimo y valor máximo en caso de no tener distribución normal. La frecuencia de trastornos psiquiátricos se calculó teniendo como numerador los casos con trastornos psiquiátricos y como denominador el número total de pacientes con este tipo de tumores vistos en el período de estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, artículo 17, fracción II, se consideró esta investigación con riesgo mínimo, ya que se llevó a cabo una entrevista clínica, aplicación de una entrevista semiestructurada estandarizada en población mexicana, lo cual no representó un riesgo para su salud física o mental.

La investigación cumplió con los lineamientos y recomendación de la Declaración de Helsinki y código de Nuremberg, la participación en el estudio fue

completamente voluntaria, sin afectación de la integridad física ni los principios de beneficencia y no maleficencia.

Se mantiene la confiabilidad de los datos obtenidos y la información se resguardó por la doctora María Isabel Barrera Flores.

CONFLICTO DE INTERÉS.

No hay conflicto de interés.

RECURSOS.

El material de papelería y cómputo requeridos para la investigación fueron aportados por la tesista.

Recursos humanos

Los Doctores Diana Molina Valdespino y Silvestre García de la Puente, llevaron a cabo la supervisión y la revisión de la investigación y brindaron asesoría clínica y metodológica sobre la misma.

La Dra. María Isabel Barrera Flores, llevó a cabo la entrevista K-SADS-PL-5 (DSM-5) en los pacientes con cáncer de tipo sarcomas en adolescentes de 12 a 17 años hospitalizados en el Instituto Nacional de Pediatría, así como la obtención del consentimiento informado, asentimiento informado, aviso de privacidad y privacidad para testigos.

El grupo de investigadores, realizó los procedimientos metodológicos correspondientes, además de lo requerido para la publicación de la presente investigación.

FACTIBILIDAD

En el servicio de Oncología pediátrica, durante 2022, se diagnosticaron 55 casos con sarcoma óseos y tejido blandos.

RESULTADOS

Desde marzo de 2024, se reclutaron 15 pacientes, 10 fueron mujeres (67%); no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el sexo, edad, edad al diagnóstico, escolaridad, tipo de familia o nivel socioeconómico, como se detalla en la tabla 1. Cabe resaltar que, en el nivel educativo, se encontró una aparente tendencia a una menor escolaridad en los pacientes con rhabdomiomasarcoma; que se corresponde con una edad discretamente menor en el mismo grupo, aunque en ambos casos sin llegar a la significancia estadística.

Tabla 1 Descripción de las variables sociodemográficas, en grupos acorde al tipo de sarcoma. Las variables cualitativas se compararon con la prueba exacta de Fisher, las variables cuantitativas se compararon con la prueba U de Mann-Whitney.

Variable	Total n= 15	Osteosarcoma n=7	Rabdomiosarcoma n=8
Sexo			
- Masculino	5 (33.3)	3 (42.9)	2 (25)
- Femenino	10 (66.7)	4 (57.1)	6 (75)
Edad	14 (12 – 17)	14 (12 – 16)	12.5 (12 – 17)
Edad al diagnóstico	12 (10 – 16)	12 (10 – 16)	13 (12 – 14)
Escolaridad			
- Primaria	4 (26.7)	-	4 (50)
- Secundaria	10 (66.7)	6 (85.7)	4 (50)
- Preparatoria	1 (6.7)	1 (14.3)	-
Tipo de familia			
- Nuclear	7 (46.7)	3 (42.9)	4 (50)
- Nuclear, monoparental	1 (6.7)	-	1 (12.5)
- Extensa	7 (46.7)	4 (57.1)	3 (37.5)
Nivel socioeconómico			
- Bajo	14 (93.3)	6 (85.7)	8 (100)
- Medio	1 (6.7)	1(14.3)	-

En la tabla 2, se describen las variables sociodemográficas, en esta ocasión tomando el sexo como variable de agrupación. De manera similar a los resultados obtenidos al agrupar por tipo de sarcoma, no encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, se puede apreciar que no se encuentran la tendencia a un nivel educativo o edad como en el caso anterior.

Tabla 2 Descripción de las variables sociodemográficas, en grupos acorde al sexo. Las variables cualitativas se compararon con la prueba exacta de Fisher, las variables cuantitativas se compararon con la prueba U de Mann-Whitney.

Variable	Total n= 15	Mujeres n=10	Hombres n=5
Edad	14 (12 – 17)	14 (12 – 17)	13 (12 – 16)
Edad al diagnóstico	12 (10 – 16)	12 (10 – 16)	13 (12 – 14)
Escolaridad			
- Primaria	4 (26.7)	3 (30)	1 (20)
- Secundaria	10 (66.7)	7 (70)	3 (60)
- Preparatoria	1 (6.7)	-	1 (20)
Tipo de familia			
- Nuclear	7 (46.7)	4 (40)	3 (60)
- Nuclear, monoparental	1 (6.7)	1 (10)	-
- Extensa	7 (46.7)	5 (50)	2 (40)
Nivel socioeconómico			
- Bajo	14 (93.3)	10 (100)	4 (80)
- Medio	1 (6.7)	-	1 (20)

En las tablas 3 y 4 se reportan los casos encontrados de depresión y ansiedad. De los 15 casos, 6 (40%) tenían algún trastorno psiquiátrico, El trastorno más frecuente fue la depresión (40%), y ansiedad (33.3%). No se encontraron diferencias en las proporciones de estos trastornos, cuando se agruparon por sexo o por tipo de sarcoma. La frecuencia de sarcomas en general que ameritaron hospitalización de marzo a junio, fueron 56, de los cuales 15 fueron la población adolescente entre 12 y 17 años, representando el 3.7%.

Tabla 3 Descripción del tipo de trastorno psiquiátrico por tipo de sarcoma. Las variables cualitativas se compararon con la prueba exacta de Fisher, las variables cuantitativas se compararon con la prueba U de Mann-Whitney.

Variable	Total n= 15	Osteosarcoma n=7	Rabdomiosarcoma n=8
Depresión	6 (40)	2 (28.6)	4 (50)
Ansiedad	5 (33.3)	2 (28.6)	3 (37.5)

Tabla 4 Descripción del tipo de trastorno psiquiátrico por sexo. Las variables cualitativas se compararon con la prueba exacta de Fisher, las variables cuantitativas se compararon con la prueba U de Mann-Whitney.

Variable	Total n= 15	Mujeres n=10	Hombres n=5
Depresión	6 (40)	5 (50)	1 (20)
Ansiedad	5 (33.3)	4 (40)	1 (20)

En cuanto al tratamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de hospitalizaciones, semanas de evolución, tratamiento con quimioterapia, radioterapia, efectos secundarios a tratamiento o tipo de intervención. Cabe resaltar en cuanto al tratamiento, que la mayoría de los pacientes recibieron quimioterapia (93.3%), mientras que 53.3% recibieron quimioterapia y también un 53.3% tuvieron alguna intervención. El síntoma más reportado fue náusea (73.3%), seguido por dolor (60%) y vómito (53.3%).

Tabla 5 Descripción del tratamiento acorde al tipo de sarcoma. Las variables cualitativas se compararon con la prueba exacta de Fisher, las variables cuantitativas se compararon con la prueba U de Mann-Whitney.

Variable	Total n= 15	Osteosarcoma n=7	Rabdomiosarcoma n=8
Número de hospitalizaciones	12 (2 – 35)	16 (2 – 35)	11 (5 – 22)
Semanas de evolución	44 (1 – 162)	82 (1 – 162)	34 (13 – 72)
Tratamiento			
- Quimioterapia	14 (93.3)	7 (100)	7 (87.5)
- Radioterapia	8 (53.3)	3 (42.9)	5 (62.5)

Efectos secundarios			
- Náuseas	11	4 (57.1)	7 (87.5)
- Vómito	(73.3)	3 (42.9)	3 (62.5)
- Dolor	8 (53.3)	4 (57.1)	5 (62.5)
	9 (60)		
Cirugía realizada			
- Amputación miembro superior	1 (6.7)	1 (14.3)	-
	2 (13.3)	2 (28.6)	-
- Amputación miembro inferior	3 (20)	1 (14.3)	2 (25)
	1 (6.7)	-	1 (12.5)
- Toracotomía	1 (6.7)	-	1 (12.5)
- Cirugía abdominal	7 (46.7)	3 (42.9)	4 (50)
- Cirugía facial			
- No se realizó cirugía			

Cuando se comparó el tratamiento, ahora por el sexo de los pacientes, se encontró que las mujeres tuvieron un mayor número de hospitalizaciones, y consecuentemente, una tendencia a un mayor tiempo de evolución, que no resultó estadísticamente significativo. En cuanto al tipo de tratamiento, se encontró que todos los pacientes que recibieron radioterapia fueron mujeres. En cuanto a los efectos secundarios del tratamiento, la principal queja fueron las náuseas en las mujeres y el dolor en los hombres, aunque esta diferencia no alcanzó la diferencia estadística.

Tabla 6 Descripción del tratamiento acorde al sexo de los pacientes. Las variables cualitativas se compararon con la prueba exacta de Fisher, las variables cuantitativas se compararon con la prueba U de Mann-Whitney.

Variable	Total n= 15	Mujeres n=10	Hombres n=5
Número de hospitalizaciones	12 (2 – 35)	17.5 (8 – 35)	5 (2 – 10)
Semanas de evolución	44 (1 – 162)	69.5 (25 – 162)	13 (1 – 98)
Tipo de sarcoma			
- Osteosarcoma	7 (46.7)	4 (40)	3 (60)
- Rbdomiosarcoma	8 (53.3)	6 (60)	2 (40)
Tratamiento			
- Quimioterapia	14 (93.3)	10 (100)	4 (80)

- Radioterapia	8 (53.3)	8 (80)	-
Efectos secundarios			
- Náuseas	11 (73.3)	8 (80)	3 (60)
- Vómito	8 (53.3)	5 (50)	3 (60)
- Dolor	9 (60)	5 (50)	4 (80)
Cirugía realizada			
- Amputación miembro superior	1 (6.7)	-	1 (20)
- Amputación miembro inferior	2 (13.3)	2 (20)	-
- Toracotomía	3 (20)	2 (20)	1 (20)
- Cirugía abdominal	1 (6.7)	1 (10)	-
- Cirugía facial	1 (6.7)	-	1 (20)
- No se realizó cirugía	7 (46.7)	5 (50)	2 (40)

Cuando se comparó el tratamiento, ahora por el sexo de los pacientes, se encontró que las mujeres tuvieron un mayor número de hospitalizaciones, y consecuentemente, una tendencia a un mayor tiempo de evolución, que no resultó estadísticamente significativo. En cuanto al tipo de tratamiento, se encontró que todos los pacientes que recibieron radioterapia fueron mujeres. En cuanto a los efectos secundarios del tratamiento, la principal queja fueron las náuseas en las mujeres y el dolor en los hombres, aunque esta diferencia no alcanzó la diferencia estadística.

METODOS ESTADISTICOS:

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS v29.0. La descripción de las variables cualitativas se realizó con frecuencias y proporciones; mientras que las variables cuantitativas se describieron con medianas y rango mínimo – máximo. Para realizar la descripción de las variables, se agruparon los grupos por el tipo de sarcoma y en un segundo análisis por el sexo del paciente. Para determinar diferencias entre los grupos se utilizó la prueba exacta de Fisher para las variables cualitativas y la U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo presentamos la descripción de 15 casos de sarcoma en pacientes del Instituto Nacional de Pediatría, correspondientes a los pacientes que han recibido seguimiento en hospitalización durante el año 2024. Debido a la limitación de la muestra, los resultados se deben considerar parciales. Una vez hecha esta aclaración, continuamos con la discusión de los resultados.

Uno de los más relevantes, aunque esperado al tratarse de una institución pública, es que la gran mayoría de los pacientes pertenecían a un nivel socioeconómico bajo (93.3%), esto podría interpretarse como una adecuada distribución de los servicios de salud en las poblaciones con mayores necesidades. También es relevante, debido a que estos padecimientos suelen generar gastos importantes, por lo que podría considerarse la inclusión de otras variables como la escolaridad de los padres o tutores o los gastos realizados fuera de la institución para llevar el tratamiento (por ejemplo, el transporte); además de considerarse el tipo de vínculo con las redes de apoyo que percibe el adolescente, variables que podrían detallar otros condicionantes de estrés en el ambiente del paciente oncológico y que podrían relacionarse al desarrollo de trastornos psiquiátricos.

Si bien en muchos de los casos no se lograron encontrar diferencias estadísticamente significativas, en algunos casos se observaron tendencias hacia la significancia, que podrían develarse al lograr un mayor poder. Un ejemplo de esta situación es la edad de los pacientes y su escolaridad, en donde se encontró una discreta tendencia hacia un menor nivel de estudios y menor edad en los pacientes con rhabdomyosarcoma.

En el tratamiento llama la atención que, aunque no hay una diferencia en la proporción de tipo de sarcoma entre hombres y mujeres, sólo las mujeres recibieron radioterapia, sin encontrarse diferencias en la proporción de sujetos que recibieron quimioterapia o fueron intervenidos. En cuanto al número de hospitalizaciones, este fue significativamente mayor en las mujeres, respecto a los hombres, con una tendencia a un mayor tiempo de evolución en las mujeres. Estos resultados podrían deberse al momento de detección de sarcoma entre hombres y mujeres; resultado

que sería de gran importancia indagar a mayor profundidad, ya que podría deberse a una menor atención en las niñas, además de que, en caso de confirmarse una enfermedad con mayor progresión al momento del diagnóstico, establecer las causas de este retraso en el diagnóstico podrían llevar al desarrollo de estrategias de detección temprana, que llevarían a un mejor pronóstico y calidad de vida.

En cuanto a los trastornos psiquiátricos, la depresión ocupó el primer lugar con un 40%; cabe mencionar que, si bien no es estadísticamente significativo, un mayor número de mujeres sufrían de depresión (50%), en comparación con los hombres (20%). Nuevamente esto podría deberse a la falta de poder del estudio.

En la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022²³, en México, en adolescentes de población general; se evaluó la prevalencia del puntaje promedio para depresión con un 31.1% con un síntoma depresivo y 7.1 % presentó dos síntomas depresivos, y adicionalmente se reportaron mayores prevalencias en mujeres, sin embargo en dicha encuesta, no se cuentan con datos específicos de la población que califique en su totalidad para un trastorno depresivo, únicamente es una escala de tamizaje, lo que se ratifica lo planteado en la presente investigación, sobre la necesidad de la detección oportuna sobre los trastornos depresivos en población adolescente, siendo más preponderante la necesidad de identificarlos en pacientes con procesos oncológicos, mediante instrumentos adecuados y valorados por Psiquiatría, quien debe formar parte del grupo de atención integral para el cáncer en edad pediátrica.

En otro estudio ²⁴, donde se describe la prevalencia de depresión en mayores de 18 años, en Estados Unidos, ésta se detecta en un 8.6% y en el caso de la ansiedad del 2.9%, en población general, pero en su relación con la presencia de sarcoma, se observaron síntomas depresivos en un 35% y referente a síntomas de ansiedad se encontró en un 33%; por lo que se recomiendan que en el tratamiento de pacientes con sarcoma, es necesario considerar los síntomas psiquiátricos concomitantes, sobre todo en momentos de mayor riesgo, como lo son el diagnóstico inicial y el momento de la recidiva, ya que los trastornos afectivos del

tipo depresión y ansiedad, no son reconocidos fácilmente de manera oportuna, especialmente en pacientes con cáncer.

Los datos arriba comentados, apoyan los resultados encontrados en la presente investigación, donde la frecuencia de depresión es del 40%, y de ansiedad del 33.3%, lo que apoya lo reportado por la literatura, sin embargo, lo relevante y novedoso del presente estudio, es que estos datos son reportados con población adolescente de 12 a 17 años de edad, donde se ha encontrado poca o nula información sobre el comportamiento de los trastornos psiquiátricos en pacientes con sarcomas, lo que puede afectar a largo plazo, ya que esto puede generar un impacto relevante, ya que en otro estudio²⁵, se observó que los sobrevivientes de cáncer, pueden llegar a experimentar un 29% ansiedad y 24% depresión, siendo éstas prevalencias mayores a la población general, donde las prevalencias se estiman del 5% para ansiedad y el 4% para depresión.

Por lo anterior descrito, se plantea la necesidad de la identificación oportuna, el manejo y el seguimiento por parte de Psiquiatría en el manejo integral de la población infantil y adolescente con cáncer, ya que es de vital importancia para impactar en la calidad de vida de esta población.

CONCLUSIÓN

Estos resultados a pesar de ser limitados debido al número de pacientes incluidos llevan al desarrollo de nuevas preguntas que deberían ser abordadas en futuros trabajos. Consideramos de suma importancia la identificación oportuna de los principales diagnósticos psiquiátricos de índole afectivo, tales como la depresión y la ansiedad, por el impacto en la calidad de vida de los pacientes, además de prevenir complicaciones a largo plazo, ya que el adecuado discernimiento de los resultados del presente trabajo pueden llevar al desarrollo de estrategias de diagnóstico oportuno, mejorando así el pronóstico de los pacientes, como se describe en las recomendaciones internacionales donde se deben integrar valoraciones por parte de Psiquiatría en la atención integral de la población infantil y adolescente con procesos oncológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Cárdenas R. Cáncer en pediatría. Un reto social. Acta Pediátrica Mexicana. 2019;25(4):205-6. Disponible en: repositorio.pediatria.gob.mx. Consultado el 13 de noviembre de 2023.
2. Cáncer en la niñez y la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. S/f. Disponible en: www.paho.org/es/temas/cancer-ninez-adolescencia#:~:text=El%20cáncer%20infantil%20comprende%20numerosos,y%20el%20tumor%20de%20Wilms. Consultado el 13 de noviembre de 2023.
3. Cáncer Infantil en México. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. 2019. Disponible en: www.gob.mx/salud%7Ccensia/articulos/cancer-infantil-en-mexico-130956. Consultado el 13 de noviembre de 2023.
4. Lineamientos 2023 Cáncer en la infancia y la adolescencia. Centro Nacional para la salud de la infancia y la adolescencia. Subdirección de estrategias y desarrollo de programas. Disponible en: www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/859549/Lineamientos_PCIA_2023.pdf Consultado el 15 de noviembre de 2023.
5. Al-Saadi L, et al. Prevalence of anxiety, depression and post-traumatic disorder among children and adolescents with cancer: a systematic review and meta-analysis. J Pediatr Hematol Oncol Nurs. 2022;39(2):114-131. (<https://doi.org/10.1177/27527530211056001>). Consultado el 9 de noviembre de 2023.
6. Salvia L en Moreno F, et al. Manual de Psiconcología Pediátrica. Instituto Nacional del Cáncer, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2022. ISBN 978-987-3945-99. Disponible en: bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-10/2022-10-psiconcologia-pediatria.pdf Consultado el 10 de octubre de 2023.

7. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos en Pediatría. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos en Pediatría. Ministerio de Sanidad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2022. Disponible en: [portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/09/gpc_618_cuidados_palitativos_pediatria_iacs_compl.pdf] (https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/09/gpc_618_cuidados_palitativos_pediatria_iacs_compl.pdf) . Consultado online el 10 de octubre de 2023.
8. Zahed GH, et al. Emotional and behavioral disorders in pediatric cancer patients. Iran J Child Neurol. Winter 2020;14(1):113-121. Disponible en: [journals.sbmu.ac.ir/ijcn/issue/view/Iran%20J%20Child%20Neurol.%20winter] Consultado el 10 de octubre de 2023.
9. Szelei A, et al. Daganatos megbetegedések és a depresszió: rövid irodalmi áttekintés. 2020;161(22):908–916. DOI: [10.1556/650.2020.31759](http://real.mtak.hu/151349/1/1788-6120-article-p908.pdf). Consultado el 10 de octubre de 2023.
10. Ainsley R, et al. Lifetime burden of psychological symptoms, disorders, and suicide due to cancer in childhood, adolescent, and young adult years. A systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatrics. 2023;177(8):790-799. DOI: [10.1001/jamapediatrics.2023.2168](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37345504/). Consultado el 10 de octubre de 2023.
11. Malas N, et al. Depression in Medically Ill Children and Adolescent. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am. 2019;28:421–445. DOI: [10.1016/j.chc.2019.02.005](https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.02.005). Consultado el 14 de septiembre de 2023.
12. Gilleland J. Recommendations for the Surveillance of Mental Health Problems in Childhood, Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: A Report from the International Late Effects of Childhood Cancer Guideline Harmonization Group. Lancet Oncol. 2022;23(4):e184–e196. DOI: [10.1016/S1470-2045(21)00750-

6]([https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00750-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00750-6)). Consultado el 14 de septiembre de 2023.

13. Rosenberg A, et al. Poor mental health among survivors of childhood cancer-risk factors a call for intervention. *JAMA Pediatrics*. August 2023;177(8). DOI: [10.1001/jamapediatrics.2023.2162](<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/issue/177/8>). Consultado el 10 de octubre de 2023.

14. Polfer, E. Alici, Y. et. al. What Proportion of Patients With Musculoskeletal Sarcomas Demonstrate Symptoms of Depression or Anxiety? *Clinical Orthopaedics and Related Research* (2022) 480:2148-2160. DOI 10.1097/CORR.0000000000002295. Consultado el 30 de enero del 2024.

15. Yardeni M. Trajectories and risk factors for anxiety and depression in children and adolescents with cancer: a 1-year follow-up. *Cancer Medicine*. 2021;10:5653–5660. DOI: [10.1002/cam4.4100](<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34309238/>). Consultado el 10 de octubre de 2023.

16. Kauffman J, et al. Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia, Present & Lifetime Version (K-SADS-PL) *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Jul;36(7):980-8. (<https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>).

17. Kauffman J, et al. Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia, Present & Lifetime Version (K-SADS-PL) *Child and Adolescent Research and Education (CARE) program*, Yale University. 2015.

18. de la Peña F, et al. Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia, Present & Lifetime Version (K-SADS-PL)(1996). Traducción al español de la entrevista diagnóstica. Instituto Nacional de Psiquiatría. 1996.

19. de la Peña, F. et. al. Validity and reliability of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version DSM-5 (K-SADS-PL-5) Spanish version. *BMC Psychiatry* (2018) 18:193 <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1773-0> Consultado el 10 de octubre del 2023)

20. Ulloa R, et al. Interrater reliability of the Spanish version of schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children- present and lifetime version (K-SADS-PL) Actas españolas de Psiquiatría. 2006, Jan-Feb;34(1):36-40. (Consultado el 10 de octubre del 2023)

21. de la Peña, F. et. al. Construct validity and parent-child agreement of the six new or modified disorders included in the Spanish version of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia present and Lifetime Version DSM-5 (K-SADS-PL-5) Journal of Psychiatric Research. 101 (2018) 28-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.029>. (consultado el 10 de octubre del 2023)

22. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. American Psychiatric Association. 2014. <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>. (Consultado el 10 diciembre del 2023)

23. Vázquez-Salas RA, Hubert C, Portillo-Romero AJ, Valdez-Santiago R, Barrientos-Gutiérrez T, Villalobos A. Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut 2022. Salud Publica Mex. 2023;65(supl 1):S117-S125. <https://doi.org/10.21149/14827> (Consultado el 24 de Junio del 2024)

24. Polfer E, Alici Y, Baser R. What Proportion of Patients With Musculoskeletal Sarcomas Demonstrate Symptoms of Depression or Anxiety? Clinical Orthopaedics and Related Research 480(11):p 2148-2160, November 2022. | DOI: 10.1097/CORR.0000000000002295 (Consultado el 24 Junio 2024)

25. Osmani V, Hörner L, Klug S. Prevalence and risk of psychological distress, anxiety an depression in adolescent and young adult (AYA) cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. Cancer Medicine. 2023;12:18354–18367. DOI: 10.1002/cam4.6435 (Consultado el 24 de Junio 2024).

ANEXOS.

Anexo 1. Carta de asentimiento informado para pacientes pediátricos.

Anexo 2. Carta de Consentimiento informado para pacientes pediátricos.

Anexo 3. Aviso de privacidad

Anexo 4. Aviso de privacidad para testigos

Anexo 5. K-SADS-PL-5 (DSM-5)



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

“CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS”

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES ADOLESCENTES ENTRE 12 A 17 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO DE SARCOMAS ÓSEOS O DE TEJIDOS BLANDOS HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.
Versión 1 de fecha 13 de diciembre de 2023

Nombre Del Investigador Principal: Dra. Diana Molina Valdespino.

Nombre del Investigador asociado: Dra. María Isabel Barrera Flores

Documento De Asentimiento Informado Para Niños(as) Mayores de 12 años

Nombre del niño que toma el Asentimiento: _____.

Introducción

Somos las Dras. Diana Molina e Isabel Barrera, somos parte del Servicio de Salud Mental, en este estudio queremos conocer como esta tu ánimo, tus ideas y/o conductas que te generan malestar cuando te encuentras bajo diagnóstico y tratamiento del cáncer, que es el motivo por el que estás en este hospital. Esto nos ayudará a comprenderte a ti y también a otros adolescentes. Puedes tomarte el tiempo para decidir si quieres participar o no en el estudio.

Si aceptas participar en el estudio, se te aplicará una entrevista que te tomará aproximadamente 40 minutos en una sesión o hasta en cuatro sesiones, para conocer sobre tu ánimo, tus ideas y/o conductas que te generan malestar, en caso de presentarlo Los resultados del estudio, se te darán a conocer y te orientaremos para que sepas la importancia de tu resultado durante el seguimiento que te ofreceremos en el Servicio de Salud Mental, si así lo requieres. Si durante la entrevista, al principio, durante o después, te surgen dudas sobre alguna palabra, o tema, podemos hablarlo cuando lo desees.

Después de esta invitación y aclarar tus dudas, te comento que es necesario que tú decidas si participarás o no en este estudio.

Lee este formato y pregunta a cualquier médico del estudio si tienes dudas.

Propósito:

¿Para que se efectúa el estudio?

Para conocer la presencia de afectación en el estado de ánimo, en las ideas que tienes de ti, y las conductas que te generan dificultades en tu vida, en caso de que los presentes y si esto se ha presentado por el cáncer o ya las tenías antes de tu diagnóstico y/o tratamiento de este.

Tipo de Intervención de la Investigación:

¿En qué consiste el estudio?

El estudio consiste en que te realizaré una entrevista, donde te preguntare sobre tu estado de ánimo, tus ideas, tus conductas, para identificar si de alguna forma; si está pasando, esto te está afectando en tu vida diaria.

Selección De Participantes:

¿Quiénes pueden participar en el estudio?

Para este estudio se ha elegido a los pacientes internados en el hospital, con cáncer, que tengan entre 12 a 17 años, y que quieran participar.

No podrán participar aquellos en los que les cueste trabajo comprender las preguntas, porque tienen problemas de aprendizaje y/o que en su cerebro tengan cáncer, lo que les puede impedir la comprensión de las preguntas y responderlas.

Participación Voluntaria

Es importante que sepas que tu participación es voluntaria, es decir, depende de tu decisión si quieres participar o no; en caso de no querer participar, no te preocupes, tu atención no se verá afectada de ninguna manera. En ningún momento estás obligado a participar.

Procedimientos y Protocolo:

¿Cuál es mi participación en este proyecto?

Tu participación en el estudio, es responder a las preguntas que te realizaré, sin que sientas presión para contestar, por eso utilizaremos un biombo para que puedas hablar, sin que te vean mientras me contestas, y además todo lo que me informes, será tratado con confidencialidad, es decir, no se expondrá tu nombre, ni

tus datos personales. La duración de la entrevista puede variar dependiendo de tu cooperación, ya que entiendo que puedes sentirte incómodo por algún malestar, por lo que te preguntaré que tan dispuesto (a) estas a contestar, y por eso, quizá sea necesario verte en una o hasta en cuatro ocasiones para completar la entrevista.

¿Cuáles son los riesgos al participar en el estudio?

El riesgo de la entrevista, es que durante la misma, algunas preguntas puedan causarte ganas de llorar porque te recuerdan algo triste o simplemente no quieras responder, y quiero que sepas que en caso de que algo así suceda, te puedes sentir en libertad de llorar, o de simplemente permanecer en silencio, sabiendo que siempre respetaré el tiempo que necesites para desahogarte en caso necesario, me he preparado para poder escucharte, sin juzgarte, por eso es la importancia del estudio, conocer como está tu estado mental.

Si surge alguna complicación relacionada con el medicamento, maniobra relacionada al estudio, ¿cómo se me atenderá?

En caso de malestar emocional, puedo acompañarte para procesar ese malestar, y no me retiraré hasta que te sientas nuevamente en control de tus emociones.

¿A quién debo buscar si tengo preguntas?

En caso de que tengas preguntas sobre la investigación que estamos realizando nos puedes llamar a la Dra. Diana Molina y a la Dra. Isabel Barrera, que nos encontramos en el Servicio de Salud Mental, en la extensión 1844, en caso de querer hablar sobre dudas sobre tus derechos como participante te puedes comunicar con el Presidente del Comité de Ética en Investigación, su teléfono es 10840900 extensión 1581.

¿Puedo dejar de participar en el estudio en cualquier momento?

En caso de que tu decisión sea retirarte del estudio, al inicio o durante el mismo, puedes hacerlo sin que esto afecte tu atención médica a la que tienes derecho como paciente del Instituto Nacional de Pediatría.

¿Quién va a conocer mis datos? ¿Qué se va hacer con ellos? ¿Puedo conocerlos, incluyendo los resultados de laboratorio?

Al concluir la entrevista, te informaré de los resultados obtenidos, se respetará en todo momento tu confidencialidad, y no serán publicados de ninguna forma donde se relacionen datos de tu identidad.

Al firmar a continuación acepto que:

1. He leído este formato de asentimiento
2. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas
3. Mi participación en estudio es voluntaria
4. Acepto formar parte del estudio con los procedimientos indicados
5. Sé que puedo negarme a participar y retirarme cuando yo quiera
6. Si no sigo las indicaciones de mi médico, me pueden retirar del estudio, sin que esto afecta la atención médica que necesite.

Nombre del niño participante _____ Fecha _____

Nombre y firma del testigo _____ Fecha _____

Relación con el voluntario _____

(No deben ser los padres, familiares del niño o Investigadores del estudio)

Dirección _____

Nombre y firma del testigo _____ Fecha _____

Relación con el voluntario _____

(No deben ser los padres, familiares del niño o Investigadores del estudio)

Dirección _____

_____ Fecha _____

Nombre y firma del Investigador que toma el Asentimiento



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

Nombre del Investigador Principal: Dra. Diana Molina Valdespino.

Nombre del investigador asociado: Dra. María Isabel Barrera Flores

Documento De Consentimiento Informado Para Padres o Tutores De Menores Participantes en El Estudio.

Trastornos psiquiátricos en pacientes adolescentes entre 12 a 17 años, con diagnóstico de sarcomas óseos o de tejidos blandos hospitalizados en el Instituto Nacional de Pediatría". Versión 1 de fecha 13 de diciembre de 2023

PARTE I Información

Introducción

La Dra. Diana Molina Valdespino; Médico Adscrita al servicio de Salud Mental. INP y la Dra. María Isabel Barrera Flores, Médico Residente de la especialidad de Psiquiatría infantil y de la adolescencia hacen una cordial invitación a ustedes a participar en la investigación "Trastornos psiquiátricos en pacientes adolescentes entre 12 a 17 años, con diagnóstico de sarcomas óseos o de tejidos blandos hospitalizados en el Instituto Nacional de Pediatría".

Es importante que sepan que pueden hablar con las personas que se sientan cómodos acerca si desean o no participar en esta investigación, así como tomar el tiempo que consideren necesario para reflexionar si deciden o no participar en este estudio de investigación. Si hay alguna duda con respecto al estudio, con la finalidad, conceptos o circunstancias en las que se realizará pueden preguntarlo y se dará el tiempo e información necesarias para explicarlo y esto puede ser al inicio o durante la misma investigación cuando ustedes lo deseen.

Propósito

La finalidad de este estudio es conocer los trastornos psiquiátricos que pueden tener los adolescentes con diagnóstico de sarcomas óseos o de tejidos blandos que se encuentran hospitalizados para dar atención a ellos de manera oportuna.

Tipo de Intervención de la Investigación

En caso de aceptar su participación se le aplicará un cuestionario para determinar si existe un trastorno psiquiátrico mediante la escala K-SADS-PL-5.

Esta investigación se realizará sólo con pacientes del Instituto Nacional de Pediatría. Se espera tener 81 pacientes.

Este proyecto de investigación es de riesgo mínimo. Las molestias son mínimas y únicamente es relacionado con el tiempo que dure la entrevista y la naturaleza de las preguntas.

Selección De Participantes

Las personas que pueden participar en este estudio tienen las siguientes características:

- Hombres o mujeres
- Entre 12 a 17 años.
- Hospitalizados en el servicio de Oncología pediátrica.
- Que acepten participar en el estudio, y firmen el asentimiento y consentimiento informado.

Las personas que no pueden participar en este estudio son:

- Personas que tengan dificultades para entender las preguntas o de aprendizaje.
- Que el cáncer haya llegado al cerebro y afecten el entender las preguntas e impidan la adecuada comprensión de los puntos del instrumento a aplicar.

Participación Voluntaria

La participación es voluntaria y si decide retirarse del estudio o no participar, lo puede hacer libremente y sin que se afecte su atención médica y rutinaria en el Instituto Nacional de Pediatría.

Procedimientos y Protocolo

Durante el estudio se realizará una entrevista de 40 minutos en una o hasta cuatro sesiones para determinar si hay alguna situación que afecte el estado de ánimo, los pensamientos o las conductas de su paciente.

Las preguntas serán realizadas poniendo un biombo para que otras personas no puedan ver sus reacciones y guardando la confidencialidad de las respuestas que sean proporcionadas.

Las molestias son mínimas y únicamente es relacionado con el tiempo que dure la entrevista y la naturaleza de las preguntas.

Beneficios

Generar conocimientos que nos permitan conocer el estado de salud mental de los adolescentes con cáncer de tipo sarcomas óseos o de tejidos blandos para identificar datos clínicos de psicopatología que puedan influir en las (los) adolescentes, a fin de poder diseñar programas de prevención.

Independientemente de que se acepte o no participar en el estudio serán valorados por el área de salud mental del Instituto Nacional de Pediatría, en caso de que se solicite

Incentivos

Para este estudio no se dará retribución monetaria.

Confidencialidad

La información que se proporcione será anónima y confidencial y los datos que se obtengan se presentaran como cifras sin mencionar nombres, iniciales o algún dato que permita el reconocimiento del paciente.

Entrega y divulgación de resultados

De acuerdo con los resultados obtenidos se ofrecerá orientación para comprender mejor las condiciones emocionales y se dará un tratamiento más específico por el servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría.

Los resultados de la investigación tienen el objetivo de detectar a los pacientes oportunamente, brindar orientación en caso de que se requiera y evitar el desarrollo de complicaciones.

Los resultados podrán ser compartidos ampliamente en congresos médicos o publicaciones científicas respetando siempre la confidencialidad de ustedes.

Derecho a negarse y/o retirarse

La participación es voluntaria y si decide retirarse del estudio o no participar, lo puede hacer libremente y sin que se afecte su atención en el Instituto, además de que, si tienen alguna duda pueden preguntarle al investigador para que sean aclaradas, en cualquier momento de la investigación.

A quién contactar

Dra. Diana Molina Valdespino; Médico Adscrita al servicio de Salud Mental. INP.
 Dra. María Isabel Barrera Flores, Médico Residente de la Especialidad de
 Psiquiatría infantil y de la adolescencia. INP Insurgentes Sur 3700 Letra C, Av.
 Insurgentes Sur 3700, Colonia Insurgentes Cuicuilco, Coyoacán, C. P. 04530,
 Ciudad de México. Teléfono 5510840900 EXT1844

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Pediatría, cuya tarea es asegurarle que se protegerá de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte con el presidente del comité de ética en Investigación del INP, el Dr. Alberto Olaya, al teléfono 10840900, extensión 1581 de 8 a 16 horas.

PARTE 2 Formulario de Consentimiento

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

[Si es analfabeto nombre y firma del testigo que sabe leer y escribir (si es posible) esta persona debe ser seleccionada por el participante y no tener conexión con el equipo de investigación).

Los participantes analfabetos deben incluir su huella dactilar también.]

Nombre del padre: _____

Firma del padre: _____

Nombre de la madre: _____

Firma de la madre: _____

Fecha: _____

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo 1: _____

Firma del testigo: _____

Dirección: _____

Relación con el participante: _____

Fecha: _____

Nombre del testigo 2: _____

Firma del testigo: _____

Dirección: _____

Relación con el participante: _____

Fecha: _____

Nombre del investigador o quien recoge el consentimiento informado: **Dra. María Isabel Barrera Flores**

Firma: _____

Fecha: _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____

AVISO DE PRIVACIDAD

La Dra. Diana Molina Valdespino con Cédula Profesional 916113, legalmente acreditado para brindar servicios de salud en población infantil y como trabajador adscrito al Instituto Nacional de Pediatría, con domicilio en Insurgentes Sur 3700c Colonia Insurgentes Cuicuilco, Código Postal 04530, Delegación Coyoacán en México D.F., es el responsable de recabar sus datos personales, el uso que se les dé a los mismos y su protección.

Sus datos personales serán utilizados con fines que deriven exclusivamente del proyecto de investigación **“Trastornos psiquiátricos en pacientes adolescentes entre 12 a 17 años, con diagnóstico de sarcomas óseos o de tejidos blandos hospitalizados en el Instituto Nacional de Pediatría”**, en el que usted voluntariamente aceptó participar. Para los fines antes mencionados podemos recabar sus datos personales mediante una entrevista clínica posterior a ser derivados del servicio de oncología.

Los datos que recabaremos de manera directa, serán entre otros:

- 1) Una ficha de identificación que incluirá el nombre completo de su hijo, fecha de nacimiento, sexo, CURP, domicilio, teléfono particular y o celular. Nombre y domicilio de la escuela, nombre de padres.
- 2) Historia Clínica completa.

Todas sus dudas o aclaraciones sobre proyecto de investigación o cualquier otra duda que usted tenga sobre el estado de salud mental de su hijo las podrá realizar en la entrevista inicial o en las entrevistas posteriores. Le informamos que, para cumplir con las finalidades previstas en este aviso de privacidad, serán recabados y captados como datos personales sensibles, todos aquellos relacionados con antecedentes clínicos, hábitos generales, condiciones patológicas y condiciones sociales, principalmente, nos comprometemos a que los mismos serán tratados bajo las más estrictas medidas de seguridad que garanticen su confidencialidad. Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales que poseemos y a los detalles del tratamiento de los mismos, así como a rectificarlos en caso de estar inexactos o incompletos. Podrá cancelarlos cuando:

- Considere que no se requieren para alguna de las finalidades señaladas en el presente aviso de privacidad.
- A su juicio, estén siendo utilizados para finalidades no consentidas.
- Decida finalizar su participación en el proyecto.
- O bien, oponerse al tratamiento de los mismos para fines específicos.

En caso de cancelarlos usted deberá de manifestarlo por escrito y especificar el fin que desea para sus datos. Esta carta deberá de ser entregada personalmente a la Dra. María Isabel Barrera Flores y/o a la Dra. Diana Molina Valdespino del servicio de salud mental, del Instituto Nacional de Pediatría.

Sus datos personales serán almacenados en una base electrónica diseñada ex profeso para tal fin, y bajo resguardo del personal que labora en este proyecto por

un lapso de 5 años. Nos comprometemos a no transferir su información a terceros sin su consentimiento, salvo las excepciones previstas en el artículo 37 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, así como a realizar esta transferencia en los términos que fija la ley.

Nos reservamos el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente aviso de privacidad, para la atención de novedades legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de nuestro servicio.

Si Usted considera que su derecho de protección de datos ha sido lesionado por alguna conducta de nuestro personal o nuestras actuaciones o respuestas, presume que en el tratamiento de sus datos personales existe alguna violación a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, podrá interponer queja o denuncia correspondiente ante el INAI, para mayor información visite www.inai.org.mx

De conformidad con lo que establece el artículo 9 de la Ley en cita, requerimos de su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos personales sensibles, por lo que solicitamos que indique si acepta o no el tratamiento.

_____ **Consiento que mis datos personales sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones del presente aviso de privacidad.**

NOMBRE

FIRMA

FECHA

AVISO DE PRIVACIDAD PARA TESTIGOS

La *Dra. Diana Molina Valdespino* con domicilio en *Av. Insurgentes Sur 3700-C, Colonia Insurgentes Cuicuilco, Delegación Coyoacán*, es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección.

Su información personal será utilizada con los fines indicados a continuación:

Participar como testigo en el proceso de consentimiento informado de los estudios clínicos que se llevan a cabo en el Instituto Nacional de Pediatría.

Para las finalidades antes mencionadas, *la Dra. María Isabel Barrera Flores* requiere la obtención de los siguientes datos personales:

- Nombre
- Firma
- Parentesco con el paciente/sujeto
- Dirección
- Identificación oficial

Usted tiene derecho de tener acceso a sus datos personales, rectificarlos (corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta) y cancelarlos (que la eliminemos de nuestras bases de datos), así como de oponerse al uso de los mismos o retirar el consentimiento que para tal fin haya otorgado. En caso de que usted requiera realizar alguna de estas acciones, le sugerimos contactar a *la Dra. Diana Molina Valdespino y/o a la Dra. María Isabel Barrera Flores en el Instituto Nacional de Pediatría al teléfono 5510840900 extensión 1844* quien le informará el proceso a seguir.

La Dra. Diana Molina Valdespino tomará las medidas necesarias para garantizar en todo momento el apego a los principios de protección de datos establecidos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

El presente Aviso de Privacidad puede sufrir modificaciones o actualizaciones debido a nuevos requerimientos legales, nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de nuestros servicios o nuevos requerimientos de los estudios clínicos. Estas modificaciones podrán ser consultadas con el *la Dra. Diana Molina Valdespino y/o a la*

Dra. María Isabel Barrera Flores ya sea acudiendo al centro o en el siguiente número telefónico: *5510840900 extensión 1844*.

Si usted considera que alguno de sus derechos como titular de los datos personales ha sido lesionado por alguna conducta de nuestros empleados o de nuestros actos o respuestas o presume que en el tratamiento de sus datos personales existe alguna violación a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, podrá imponer la queja o denuncia correspondiente ante el INAI (Instituto Nacional de Acceso a la Información y Protección de Datos), para mayor información visite www.inai.org.mx

Schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children (K-SADS-PL-5)

Versión en Español para Latinoamérica de Abril 2016

Proyecto de Investigación Multicéntrico Internacional, 2015 México, Venezuela, Colombia, Chile, Argentina y Uruguay

Equipo: México: **Francisco R. de la Peña**, Lino Palacios, **Liz Sosa**, Miriam Fera, Patricia Zavaleta, Melina Angulo, Daniela Uribe, Andrés Rodríguez, Lino Villavicencio, Manuel Hernández, **Rosa Elena Ulloa**, Pablo Mayer, **Silvia Ortiz**, Aurora Jaimes, **Fernando Félix**, Genaro Reyna, Arturo Berber; **Venezuela:** **Cecilia Montiel**, Pastora Linares; **Colombia:** **Juan David Palacio**, Diana Botero, Santiago Estrada; **Chile:** **Marcela Larraguibel**, Consuelo Aldunate, Gloria Toledo, Macarena Pi; **Argentina:** **Andrea Abadi**, Paula Tripicchio, Nadia Glombovsky, Ignacio Gath; **Uruguay:** **Laura Viola**, Sofía Fernández, Ivannah Campodonico, y Gabriela Gómez

La aplicación del K-SADS-PL-5 forma parte del conjunto de evaluaciones para el establecimiento diagnóstico en psiquiatría para niños y adolescentes. Su uso exige la toma de decisiones clínicas dentro de un contexto estandarizado por lo que exclusivamente personal clínico certificado en la entrevista deberá aplicar el instrumento.

Antecedentes

Entrevista Introductoria

Nombre del niño o adolescente: _____

Nombre del clínico que entrevista: _____

Nombre del adulto entrevistado: _____ Parentesco con el niño: _____

¿Existe alguna persona más cercana al niño que pueda ser entrevistado? _____ Si _____ No

Nombre: _____ Parentesco con el niño: _____

Teléfono: _____

Fecha de la entrevista: _____ Lugar de la entrevista: _____

Expediente: _____

Datos Demográficos:

1. Fecha de nacimiento: _____
Mes Día Año

2. Edad : _____

3. Sexo : _____

4. Raza (Observar)

- | | |
|-------------|----------------------------|
| 1=Caucásica | 4=Oriental |
| 2=Indígena | 5=Mestiza |
| 3=Negra | 6=Otra (especificar) _____ |

Listado resumido de diagnósticos a lo largo de la vida

Nombre: _____ No. de Registro: _____
 Entrevistador: _____ Fecha: _____

Sin información = 0
 Ausente = 1
 Probable = 2
 Remisión Parcial = 3
 Definitivo = 4

Criterios de Diagnóstico Probable:

1. Cumple los criterios de los síntomas del trastorno.
2. Cumple todos excepto uno, o un mínimo del 75% de los criterios restantes requeridos para el diagnóstico, y
3. Evidencia de un deterioro funcional.

	Diagnóstico de Episodios Previos	Diagnóstico de Episodios Actuales	Edad de Inicio del Primer Episodio	Edad de Inicio del Episodio Actual	Duración en Meses de Todos los Episodios	Número Total de Episodios
Trastorno Disruptivo de la Desregulación Emocional	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno Depresivo Mayor	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
NSSI	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Distimia	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Ciclotimia	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Bipolar I	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Bipolar II	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Esquizofrenia y Relacionados	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno de Pánico	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno de Ansiedad por Separación	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Fobia Simple	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Ansiedad Social	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Agorafobia	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno de Ansiedad Generalizada	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Mutismo Selectivo	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Ts. Obsesivo - Compulsivo	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Ts. por Estrés Post-traumático	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno por Estrés Agudo	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Enuresis	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Encopresis	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Anorexia Nervosa	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Bulimia	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno por Restricción de Alimentos	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno por Atracones	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno Explosivo Intermitente	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno Negativista y Desafiante	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno de Conducta Disocial	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Emociones prosociales limitadas	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____

Trastorno del Espectro Autista	01234	01234	_____	_____	_____	_____
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	01234	01234	_____	_____	_____	_____
Ts. Por Tics	01234	01234	_____	_____	_____	_____
Trastorno por Uso de T	01234	01234	_____	_____	_____	_____
Trastorno por Uso de tabaco/Cigarro						
Trastorno por Uso de Alcohol	01234	01234	_____	_____	_____	_____
Trastorno por Uso de Sustancias	01234	01234	_____	_____	_____	_____
Otro Trastorno Psiquiátrico (Especifique)	01234	01234	_____	_____	_____	_____
Sin Trastorno Psiquiátrico	01234	01234	_____	_____	_____	_____
Nota*= Especifique el Subtipo						

Historia de Tratamiento (Califique: 0 =Sin información, 1= No, 2= Si)

Tratamiento de Consulta Externa	012	Antipsicótico (Especifique)	012
Edad del Primer Tratamiento como externo	___	Antidepresivos (Especifique)	012
Duración total del Tratamiento como externo (en semanas)	___	Sedantes/Tranquilizantes (Especifique)	Menores 012
		Estimulantes (Especifique)	012
		Litio (Especifique)	012
Hospitalización Psiquiátrica	012	Otro (Especifique)	012
Edad en la Primera Hospitalización psiquiátrica	___	Medicamentos Actuales (Especifique:)	012
No. de Hospitalizaciones Psiquiátricas	___	_____	
Duración del Tratamiento intrahospitalario (en semanas)	___	_____	

Conductas Suicidas	No	Confiabilidad de la Información	
Ideación	___	Buena	___
Gesto	___	Regular	___
Intento	___	Pobre	___
Notas:			

Listado de Suplementos a Complementar

Instrucciones: Marque las secciones que deben ser completadas de cada suplemento. Registre fechas y/o edades de inicio para cada posible trastorno actual y pasado.

Suplemento # 1: Trastornos Afectivos

- Trastorno Depresivo Mayor - Actuales
- Trastornos Depresivo Mayor - Del pasado
- Trastorno Bipolar Actual
- Trastorno Bipolar Pasado

Suplemento # 2: Trastornos Psicóticos

- Esquizofrenia y Tx. Psicóticos - Actual
- Esquizofrenia y Tx. Psicóticos - Del pasado

Suplemento # 3: Trastornos de Ansiedad

- Trastornos de Ansiedad por Separación - Actual
- Trastornos de Ansiedad por Separación - Pasados
- Fobias Específicas - Actuales
- Fobias Específicas - Pasados
- Agorafobia - Actual
- Agorafobia - Pasado
- Trastornos de Pánico - Actual
- Trastornos de Pánico - Pasados
- Trastornos de Ansiedad Generalizada - Actual
- Trastornos de Ansiedad Generalizada - Pasados
- Trastorno de Ansiedad Social - Actual
- Trastorno de Ansiedad Social - Pasados
- Mutismo Selectivo - Actual
- Mutismo Selectivo - Pasados
- TOC Actual
- TOC Pasado

Suplemento # 4: Trastornos de Conducta Disruptiva

- Trastorno Negativista Desafiante - Actual
- Trastorno Negativista Desafiante - Del pasado
- Trastorno de la Conducta Disocial - Actual
- Trastorno de la Conducta Disocial - Del pasado

Suplemento # 5: Abuso de Sustancias y Otros Tx.

- Abuso de Alcohol - Actual
- Abuso de Alcohol - Pasado
- Abuso de Sustancias - Actual
- Abuso de Sustancias - Pasado
- Bulimia - Actual
- Bulimia - Pasado
- Anorexia Nervosa - Actual
- Anorexia Nervosa - Pasado

Suplemento #6: Trastornos del Neurodesarrollo

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad - Actual
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad - Pasados
- Trastorno por Tics - Actual
- Trastorno por Tics - Pasados

Fin del apartado de Tamizaje

K-SADS-PL-5 (DSM-5)

**Proyecto de Investigación Multicéntrico Internacional, 2015-2017
México, Venezuela, Colombia, Chile, Argentina y Uruguay**

Equipo: **México:** Francisco R. de la Peña, Lino Palacios, Liz Sosa, Miriam Feria, Patricia Zavaleta, Melina Angulo, Daniela Uribe, Andrés Rodríguez, Lino Villavicencio, Manuel Hernández, Rosa Elena Ulloa, Pablo Mayer, Silvia Ortiz, Aurora Jaimes, Fernando Félix, Genaro Reyna, Arturo Berber; **Venezuela:** Cecilia Montiel, Pastora Linares; **Colombia:** Juan David Palacio, Diana Botero, Santiago Estrada; **Chile:** Marcela Larraguibel, Consuelo Aldunate, Gloria Toledo, Macarena Pi; **Argentina:** Andrea Abadi, Paula Tripicchio, Nadia Glombovsky, Ignacio Gath; **Uruguay:** Laura Viola, Sofía Fernández, Ivannah Campodonico, y Gabriela Gómez.

Comunicación: Francisco R. de la Peña, adolesc@imp.edu.mx