

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
EN PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON ENFERMEDADES HEMATO-ONCOLÓGICAS”**

Estudio descriptivo realizado en 314 padres de pacientes
atendidos en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica
y la Unidad Hemato-Oncológica del Hospital General
San Juan de Dios, Guatemala

mayo-junio 2012

Mariajosé Zambroni Cabrera

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
EN PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON ENFERMEDADES HEMATO-ONCOLÓGICAS”**

Estudio descriptivo realizado en 314 padres de pacientes
atendidos en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica
y la Unidad Hemato-Oncológica del Hospital General
San Juan de Dios, Guatemala

mayo-junio 2012

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

Mariajosé Zambroni Cabrera

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2012



El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

La estudiante:

Mariajosé Zambroni Cabrera 200510152

ha cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
EN PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON ENFERMEDADES HEMATO-ONCOLÓGICAS”**

**Estudio descriptivo realizado en 314 padres de pacientes
atendidos en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica
y la Unidad Hemato-Oncológica del Hospital General
San Juan de Dios, Guatemala**

mayo-junio 2012

Trabajo asesorado por la Dra. María Virginia Ortiz Paredes, co-asesorado por la Licda. Karla Irene Aldana y revisado por la Dra. Ada Beatriz Reyes, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, veinticuatro de agosto del dos mil doce

**DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO**





El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que la estudiante:

Mariajosé Zambroni Cabrera 200510152

ha presentado el trabajo de graduación titulado:

**“SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
EN PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON ENFERMEDADES HEMATO-ONCOLÓGICAS”**

**Estudio descriptivo realizado en 314 padres de pacientes
atendidos en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica
y la Unidad Hemato-Oncológica del Hospital General
San Juan de Dios, Guatemala**

mayo-junio 2012

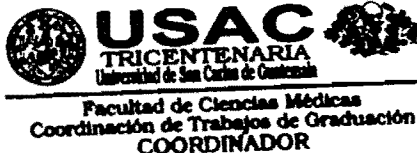
El cual ha sido revisado y corregido y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, veinticuatro de agosto del dos mil doce.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

**Dra. Ada Beatriz Reyes
Profesora Revisora**

Vo.Bo.

**Dr. Edgar de León Barillas
Coordinador**



Guatemala, 24 de agosto del 2012

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León:

Le informo que la estudiante abajo firmante:

Mariajosé Zambroni Cabrera



Presentó el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

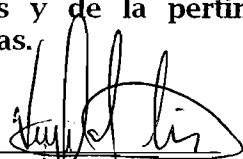
**“SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
EN PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON ENFERMEDADES HEMATO-ONCOLÓGICAS”**

**Estudio descriptivo realizado en 314 padres de pacientes
atendidos en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica
y la Unidad Hemato-Oncológica del Hospital General
San Juan de Dios, Guatemala**

mayo-junio 2012

Del cual como asesora, co-asesora y revisora nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Virginia Ortiz Paredes
Médico y Cirujano
Col. No. 10.824


Asesora
Firma y sello



Revisora
Firma y sello
Reg. de personal 200703

 M.A. Karla Irene Aldama Robles
Co-asesora Licenciada en Psicología
Firma y sello Colegiada 5609

RESUMEN

Objetivo.- Describir la sintomatología de depresión en los padres de pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedades hemato - oncológicas. **Metodología.-** Estudio de tipo descriptivo, transversal realizado durante los meses de mayo y junio de 2012, en la consulta externa de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica y la consulta externa de la Unidad de Hemato - Oncología del Hospital General San Juan de Dios, se aplicó el inventario de depresión de Beck en 214 padres de los niños atendidos en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica y 100 del Hospital General San Juan de Dios. **Resultados.-** De los padres entrevistados el 22.6% presentó depresión leve, el 18.8% moderada y el 7% grave. El 38.2% de los niños fueron diagnosticados entre 0 a 6 meses previo a realizarse la entrevista y el 24.8% entre los 7 y 13 meses. El 70.4% correspondió al sexo femenino, el 43.9% se encontró en el grupo de 30 a 39 años. **Conclusiones.-** Los padres presentaban depresión leve, con 6 meses o menos de conocer el diagnóstico de su hijo, de sexo femenino y de 30 a 39 años.

Palabras Clave: depresión, grados de depresión, padres de pacientes, enfermedades hemato - oncológicas.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
3. MARCO TEÓRICO	
3.1 Contextualización del área de estudio.....	5
3.2 Trastorno mental.....	6
3.3 Trastorno del estado de ánimo.....	7
3.4 Depresión	
3.4.1 Definición.....	7
3.4.2 Epidemiología.....	7
3.4.3 Etiología.....	9
3.4.4 Factores genéticos.....	9
3.4.5 Neuroanatomía.....	10
3.4.6 Neurotransmisores.....	10
3.4.7 Fisiopatología.....	12
3.4.8 Sintomatología y clasificación.....	14
3.4.9 Diagnóstico.....	15
3.4.10 Instrumentos de Medición.....	19
3.4.11 Tratamiento.....	21
4. METODOLOGÍA	
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	27
4.2 Unidad de análisis.....	27
4.3 Población y muestra.....	27
4.4 Selección de sujetos a estudio.....	29
4.5 Definición y operacionalización de variables.....	30
4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar.....	32
4.7 Instrumento	33
4.8 Procesamiento y análisis de datos.....	34

4.9 Alcances y límites de la investigación.....	35
4.10 Aspectos éticos de la investigación.....	35
5. RESULTADO.....	37
6. DISCUSIÓN.....	39
7. CONCLUSIONES.....	41
8. RECOMENDACIONES.....	43
9. APORTES	45
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
11. ANEXOS.....	53

1. INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema importante de salud pública mundial debido tanto a su alta prevalencia a lo largo de la vida, como a la importante discapacidad que causa. En el año 2002 fue responsable del 4.5% de la carga mundial de morbilidad (expresada como años de vida ajustados en función de la discapacidad). Asimismo, es responsable de la proporción más elevada de la carga atribuible a resultados sanitarios no mortales, y a ella se debe casi el 12% del total mundial de años vividos con discapacidad. (1)

Según las comparaciones realizadas sobre la prevalencia mundial de trastornos de salud mental, obtenidos por el Instituto de Salud Mental de la Universidad de Peking, China y la encuesta nacional de salud mental de Guatemala, para el año 2009, Guatemala se encontraba en el primer lugar de prevalencia de dichos trastornos, presentando un 27.8%, de los cuales la depresión correspondía a la primera causa de los trastornos de humor. (2)

La depresión es una afección comórbida, que se relaciona a menudo con enfermedades crónicas, este síndrome afecta aproximadamente del 15 a 25% de los pacientes con cáncer. (3) Hasta el año 2008 se han diagnosticado más de 2,288 pacientes pediátricos con cáncer. Se estima que la incidencia, cada año, en Guatemala es de 586 casos entre las edades de 0 a 14 años. (4)

Los modelos de estrés en los padres de familias de niños tratados por cáncer son diferentes de los de las familias de los niños tratados por otras enfermedades. En un estudio realizado en Taiwan, en el año 2003, de 675 padres de niños que fueron tratados por cáncer o diabetes, o que eran sanos, los padres de niños con cáncer dieron cuenta de grados significativamente más altos de aflicción. (5)

Un estudio realizado en España, en el año 2002, titulado "Síntomas de ansiedad y depresión en grupos de pacientes oncológicos y sus cuidadores", evidenció que el 9.2% de los cuidadores padecían depresión, concluyendo que era necesario diseñar intervenciones terapéuticas que incluyan de forma sistemática una evaluación familiar. (6)

La tesis titulada "Sintomatología de trastornos ansioso - depresivos en padres de pacientes pediátricos hospitalizados", realizada en el departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios, en el año 2002, demostró que el 28% de los padres de los niños que se encontraban ingresados en la unidad de hemato - oncología

presentaban depresión leve, el 50% moderada y no se encontraron casos de depresión grave. (7)

La tesis titulada "Incidencia de síndrome depresivo en madres de niños con diagnóstico de leucemia", realizada en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el año 1998, demostró que el 46% de las madres presentaba depresión en grado mínimo, 10% en grado moderado y 4% grave. (8)

Por lo anterior se formulan las siguientes preguntas: ¿En qué grado de depresión se clasifican los síntomas que presentan los padres de los pacientes pediátricos con enfermedades hemato - oncológicas? ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que se les informó a los padres, el diagnóstico de sus hijos? y ¿Cuál es su caracterización en relación a las variables edad y sexo?

El estudio presentado a continuación determinó la presencia de los síntomas depresivos en los padres de pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedades hemato - oncológicas, clasificándolos a través de grados de depresión y caracterizándolos por el tiempo de conocer el diagnóstico de sus hijos, la edad y el sexo de las personas entrevistadas.

El estudio de tipo descriptivo, transversal, se realizó durante los meses de mayo y junio de 2012. La recolección de datos se llevó a cabo en la consulta externa de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica y la consulta externa de la unidad de hemato - oncología del Hospital General San Juan de Dios, a través del inventario de depresión de Beck.

Entre los resultados del estudio se encontró que el 48.4% de los padres presentaron algún grado de depresión, correspondiendo el 22.6% al grado leve, el 18.8% moderado y el 7% grave. El 38.2% de los padres entrevistados conocieron el diagnóstico de sus hijos entre los 0 a 6 meses previos a realizar la investigación. El 70.4% de los padres entrevistados correspondían al sexo femenino, el 43.9% se encontró en el grupo de 30 a 39 años.

Se concluye que los padres presentaban depresión leve, con 6 meses o menos de conocer el diagnóstico de su hijo, de sexo femenino y de 30 a 39 años de edad.

2. OBJETIVOS

General

- 2.1. Describir la sintomatología de depresión en los padres de pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedades hemato – oncológicas.

Específicos

- 2.2. Identificar la sintomatología que presentan los padres de los pacientes pediátricos con enfermedades hemato – oncológicas, en grados de depresión.
- 2.3. Estimar el tiempo que tienen los padres de conocer el diagnóstico de sus hijos.
- 2.4. Caracterizar por edad y sexo a los padres de los pacientes pediátricos con enfermedades hemato – oncológicas.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización del área de estudio

3.1.1 Unidad Nacional de Oncología Pediátrica

La Unidad Nacional de Oncología Pediátrica fue creada en mayo de 1997, está integrada por la fundación Ayúdame a Vivir y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Desde sus inicios ha atendido a más de 4,500 niños y atiende en promedio 300 casos nuevos por año. Cuenta con un equipo multidisciplinario para brindar apoyo a los pacientes y sus familias, conformado por la unidad de psicología, trabajo social y la unidad de medicina integral. (9)

La unidad de psicología cuenta con un programa de atención el cual ubica a los pacientes en grupos de riesgo lo que permite intervenir de forma estructurada con las familias según el motivo de consulta y la necesidad que presentan en cada etapa del tratamiento. Estos grupos se dividen en: nuevo diagnóstico, fase curativa libre de eventos (pacientes con buen pronóstico, sin riesgo de ninguna amputación y sin factores que comprometen el cumplimiento del tratamiento), fase curativa con complicaciones (recidivas, mal pronóstico, amputaciones, ingreso a la unidad de intensivo), Fase curativa con complicaciones de abandono del programa, prolongación de la vida (sin posibilidades curativas), atención al final de la vida, seguimiento al duelo y pacientes que han finalizado su tratamiento.

3.1.2 Hospital General San Juan de Dios

El Hospital San Juan de Dios en la Nueva Guatemala de la Asunción, fue inaugurado en el mes de octubre del año de 1778 a solo dos años de la destrucción de la Antigua ciudad de Santiago de los Caballeros. En 1976 tuvo que ser trasladado al parque de la Industria debido a la destrucción causada por el terremoto ocurrido el 4 de febrero de ese mismo año. Posteriormente, en el año 1981 inicio su servicio en las instalaciones de la zona 1, donde reside actualmente. En la entrevista realizada al Dr. Alvarado, jefe de la unidad de hemato – oncología, indicó que dicha unidad se encuentra laborando aproximadamente desde el año 1976, sin embargo se atendía a pacientes tanto adultos como pediátricos. No se cuenta con datos exactos sobre los pacientes atendidos durante dicho período; posteriormente la unidad se dividió para atender a pacientes adultos y

pediátricos en áreas distintas. (10) Actualmente se atiende en consulta externa de pediatría aproximadamente 3,600 niños; el área de encamamiento designada para dichos pacientes cuenta con 12 camas y comparte la sala con pacientes que presentan enfermedades renales.

Para dar apoyo a los pacientes y sus familias el hospital cuenta con 2 psicólogas, una de ellas encargada para el área de encamamiento del departamento de pediatría y la otra para el área de consulta externa. Ambas reciben consultas de pacientes que, por evaluación del médico encargado, requieran apoyo psicológico. El departamento de psicología no cuenta con un programa especializado para brindar apoyo a los familiares de pacientes con enfermedades hemato – oncológicas, sin embargo, debido a los múltiples reingresos que los pacientes realizan a causa del tratamiento, el departamento de psicología ha tenido la oportunidad de conocer a la mayoría de estos pacientes y sus familiares. Además la licenciada encargada del área de encamamiento realiza visitas rutinarias al servicio de hemato – oncología para poder conocer pacientes nuevos y detectar a aquellos que requieren ayuda psicológica. Para la terapia de apoyo utilizan varias actividades tanto con padres como con los pacientes.

Como se ha mencionado anteriormente, la depresión es una afección comórbida, que se relaciona a menudo con enfermedades crónicas, afectando del 15 al 25% de los pacientes con cáncer; tanto los individuos diagnosticados con dicha enfermedad, como sus familias, son afectados en el ámbito emocional, cognitivo y conductual (3, 11). Ambas instituciones reconocen la importancia de brindar apoyo tanto a los pacientes como a sus familiares, esto conlleva a crear interés en evaluar si los grupos afectados presentan algún trastorno mental, como depresión.

3.2 Trastorno mental

El término trastorno mental, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades, no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto. Los conocimientos actuales indican que hay mucho de aspecto físico en los trastornos mentales y mucho de aspecto mental en los trastornos físicos. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o

biológica. Esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar, discapacidad o un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. (12, 13)

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas, por lo que es necesario recordar que los trastornos mentales son un problema de salud y las personas padecen dicho problema, no son, el problema diagnosticado. (13)

3.3 Trastorno del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo son parte de los trastornos mentales. Este grupo tienen como característica principal una alteración del humor. Estos trastornos presentan gran variedad de formas y cada una cursa con diferentes manifestaciones clínicas. Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedades médicas y trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias. (14)

3.4 Depresión

3.4.1 Definición

La depresión es un trastorno mental afectivo que se presenta fundamentalmente con un estado de tristeza, ánimo bajo o desesperanza y anhedonia, estos síntomas pueden acompañarse de reducción de la energía y disminución de la actividad, pérdida del interés sexual, concentración reducida, cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo, sueño alterado, apetito disminuido. La autoestima y la confianza en si mismo está reducida, aumentando los pensamientos negativos y deseos de muerte o ideas suicidas. (12, 15)

3.4.2 Epidemiología

La depresión es dos veces más común en las mujeres que en hombres. Esta puede desarrollarse a cualquier edad, pero el tiempo promedio de aparición se sitúa alrededor de los 25 años. (16, 17)

El riesgo de padecer depresión grave incrementa 1.5 a 3.0 veces si la enfermedad la padecen parientes en primer grado, en comparación con aquellos cuyos familiares en primer grado no la padecen. (16)

Estudios establecen que, de los pacientes hospitalizados en salas médicas, aproximadamente un 20 – 25% sufren predominantemente un cuadro depresivo. (18)

La encuesta nacional de salud mental de Guatemala, realizada en el año 2009, evidenció que este país se encontraba en el primer lugar de prevalencia de trastornos de salud mental, ocupando el 27.8%; dentro de este grupo, los trastornos de humor correspondían a la segunda causa (8%) de mayor prevalencia. La depresión correspondía al 6.4%, siendo la primera causa de los trastornos de humor. Asimismo se evidenció una mayor prevalencia de los trastornos de humor en personas que residían en el área urbana (6.4%) y aquellas que se encontraban entre las edades de 21 a 50 años (5%). (2)

Los estudios epidemiológicos en Estados Unidos han evidenciado que la depresión tiene una incidencia del 5 – 6% de la población, con una prevalencia del 5 – 11% a lo largo de la vida. La probabilidad que se presente es dos veces mayor en mujeres que en hombres, siendo el pico habitual entre los 20 y 40 años. (16)

En Europa los resultados no difieren mucho; la prevalencia de la enfermedad es de 8.5%, siendo doble la frecuencia en las mujeres que en los hombres. (16)

Actualmente, cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta. De acuerdo con la carga global de las enfermedades, 2001, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neuropsiquiátricos. Solo el trastorno de depresión unipolar causa 12.15% de años vividos con discapacidad y constituye la tercera causa contribuyente a la carga global de las enfermedades. (19)

Se estima que la depresión mayor se convertirá en la segunda enfermedad más incapacitante para el año 2020, superada tan sólo por la cardiopatía isquémica en cuanto al grado de discapacidad y costo social que origina. (17)

3.4.3 Etiología:

3.4.3.1 Primaria:

- Endógena: Una depresión endógena alude a un cuadro en donde no es posible determinar la situación externa desencadenante, y por tanto refiere a factores internos o psicobiológicos. (20)
 - Con factores hereditarios
 - Sin factores hereditarios
- Reactivas: surge como respuesta a un acontecimiento psicosocial, como la pérdida de un ser querido, el divorcio o la pérdida del trabajo. (20)

3.4.3.2 Secundarias o sintomáticas (factores biológicos o enfermedades médicas)

- Depresión debida a sustancias: consumo de altas dosis de alcohol, anfetaminas, entre otras. (20)
- Depresión debida a condición o enfermedad médica: cáncer, anemia, postparto, alteraciones hormonales (hipotiroidismo), alteraciones neurológicas (epilepsia, evento cerebro vascular). (20)
- Depresión secundaria a otro Trastorno Mental: trastorno por estrés postraumático, psicóticos, de pánico, entre otros. (20)

3.4.4 Factores genéticos

La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. El riesgo de morbilidad en parientes en primer grado (padres, hermanos o hijos) está incrementado en todos los estudios que se han llevado a cabo, y es independiente de los efectos del ambiente o educación. Marcadores genéticos potenciales han sido localizados en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21. (21)

En un estudio reciente se encontró que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT) modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en la depresión. Los individuos con una o dos copias del alelo corto del 5-HTT mostraron más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes en comparación con individuos con un solo alelo. (21)

3.4.5 Neuroanatomía

Se ha propuesto un modelo neuroanatómico que comprende la corteza prefrontal, el complejo amígdala-hipocampo, el tálamo, los ganglios basales y las abundantes conexiones entre estas estructuras. Se piensa que los dos principales circuitos neuroanatomicos involucrados en la regulación del estado de ánimo son: el circuito límbico-talamico-cortical, que incluye la amígdala, los núcleos dorsomediales del tálamo y la corteza prefrontal; así como el circuito límbico-estriado-pálido-talámico-cortical. De acuerdo con este modelo las alteraciones del estado de ánimo podrían ser el resultado de disfunción o anomalías en diferentes partes de esos circuitos. (21)

3.4.6 Neurotransmisores

Los neurotransmisores son sustancias químicas encargadas de la transmisión de señales a través de la sinapsis; también se encuentra en la terminal axónica de las neuronas motoras, donde estimulan las fibras musculares. (22)

La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada con la función motriz. Estas tres sustancias son fundamentales para un funcionamiento normal del cerebro y se han visto involucradas con los trastornos depresivos. (21)

3.4.6.1 Serotonina

La serotonina o 5 hidroxitriptamina (5-HT), ejerce importante acción en la conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones

neutral de aminoácidos (LNAA). El LNAA también transporta otros aminoácidos (tirosina, leucina, entre otros), por lo que el triptófano debe competir con estos otros. La cantidad de triptófano transportado depende tanto de su concentración, como de la concentración de los otros aminoácidos; ya dentro de la neurona, se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina. (21)

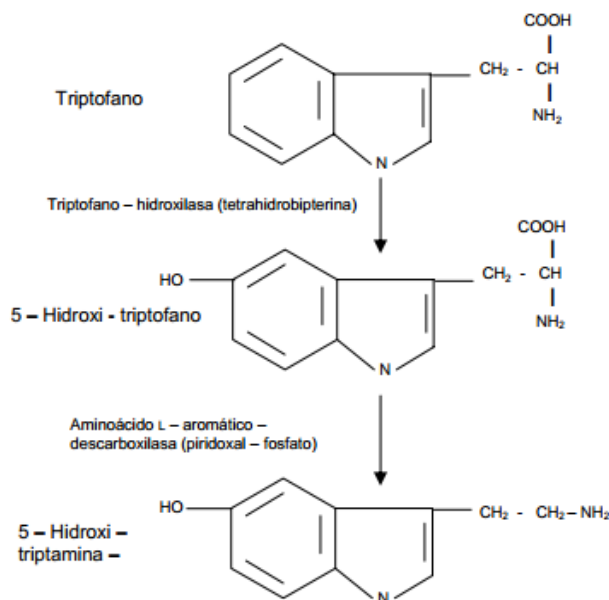


Figura 1. El aminoácido precursor es el triptófano. El triptófano hidroxilasa, que precisa del tetrahidrobiopterin como cofactor, convierte al triptófano en 5 hidroxitriptofano. Este, por descarboxilación aromática y utilizando el piridoxal-fosfato como cofactor, se transforma en 5-hidroxitriptamina (5-HT) o serotonina (Bueno y Humbert, 1992, citado por Vallejo-Fuiloba, 1992) (23)

3.4.6.2 Noradrenalina

El locus ceruleus (LC) es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera la noradrenalina (NA); las neuronas del LC envían sus axones principales a las estructuras límbicas, que incluyen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. La NA ayuda a regular el humor, la actividad global y la conciencia, así como aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés. (21, 22)

3.4.6.3 Dopamina

La dopamina es una catecolamina que se genera por las neuronas pigmentadas en la parte compacta del locus niger y en las neuronas de la parte ventral del tegmento mesencefálico; de aquí se origina la vía que existe entre la sustancia nigra y el cuerpo estriado (vía nigroestriada), la vía que va del área tegmental ventral del mesencéfalo hacia el núcleo accumbens del sistema límbico y a la corteza prefrontal (vía mesolímbico - cortical). Una

tercera vía dopaminérgica se origina de neuronas del túbulo de la hipófisis a la adenohipófisis (vía tuberohipofisaria), aunque esta última solo participa en la síntesis de prolactina. (21)

La dopamina es principalmente un neurotransmisor inhibitorio. Este neurotransmisor, en las vías mesocortical y mesolímbica, participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina y la síntesis es por la misma vía que la noradrenalina. (21)

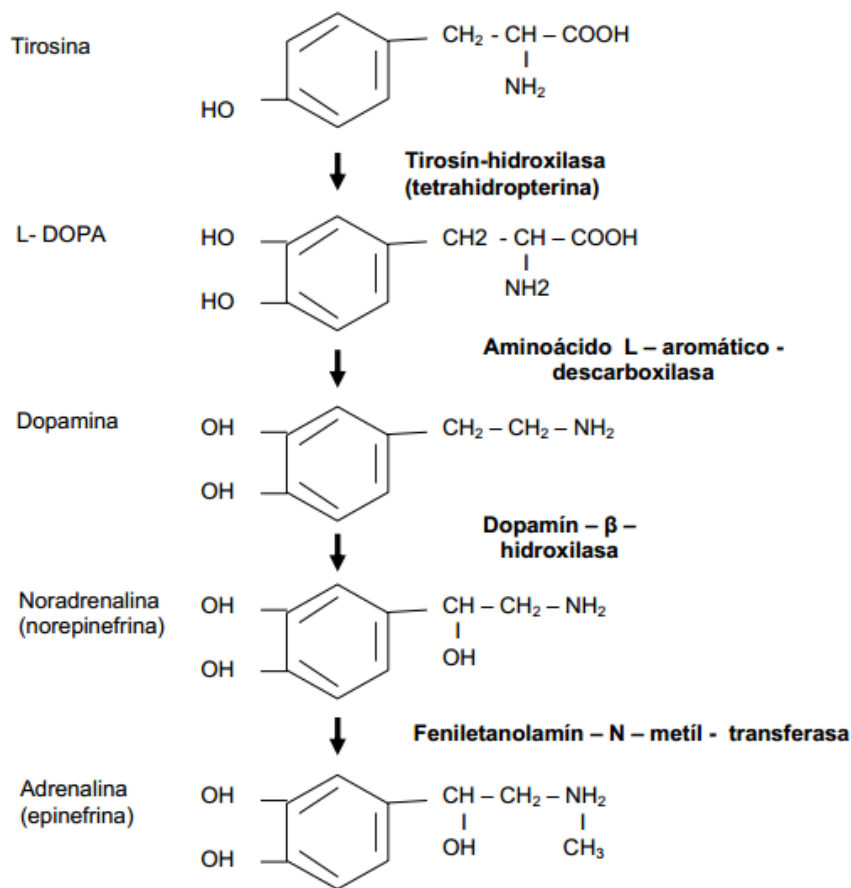


Figura 2. La tirosina es el aminoácido precursor que se hidroliza en L-DOPA y después en dopamina, como cofactor para esta reacción. Las neuronas noradrenérgicas contienen dopamin- β -hidroxilasa, enzima que transforma la dopamina en noradrenalina al añadir un radical hidroxilo a su cadena. Finalmente la noradrenalina se convierte en adrenalina en el cerebro y medula suprarrenal por acción de la feniletanolamina (Bueno y Humbert, 1992, citado por Vallejo-Fuiloba, 1992) (23)

3.4.7 Fisiopatología

A pesar de la gran actividad investigadora que se ha realizado sobre las bases biológicas de la depresión y los mecanismos de acción de los antidepresivos, poco se sabe de todo ello. La hipótesis monoaminérgica, uno de cuyos precursores fue Schildkraut (1965), ha sido el principal punto

de referencia para explicar la fisiopatología de la depresión. Esta hipótesis sugiere que es el déficit en la neurotransmisión por aminas biogénicas, cuyos niveles se hallarían disminuidos, el principal motivo de la depresión. Los resultados de múltiples estudios demuestran también la importante participación de la serotonina (5-HT) y la noradrenalina (NA). Se ha observado que la depleción de triptófano, precursor de la 5-HT, mediante una dieta sin este compuesto, o la administración de alfa-metil-paratirosina, que inhibe la síntesis de noradrenalina, pueden desencadenar recaída en los pacientes que continúan con tratamiento con fármacos antidepresivos. (24)

La noradrenalina y la 5-HT no son neurotransmisores independientes. Aunque se piensa que la mayoría de las neuronas que sintetizan 5-HT en el cerebro se hallan en los núcleos del rafe, y las que sintetizan noradrenalina en el locus ceruleus, parece existir una interacción recíproca entre ambas regiones, que se proyectan terminaciones mutuamente. En este sentido, la 5-HT representa un complejo papel regulador de la actividad de las catecolaminas cerebrales. Las neuronas serotoninérgicas proyectan además terminaciones hacia otras regiones del cerebro, entre las que se encuentran las que se dirigen a la corteza frontal, las cuales parecen mediar el estado de ánimo, las que se proyectan al hipotálamo, regulador del apetito, y las proyectadas a la amígdala, que participan en los procesos asociados a la ansiedad y el miedo. (24)

También destacan las teorías basadas en el desequilibrio entre los sistemas de neurotransmisión y en la regulación de los receptores donde actúan esas monoaminas. Esta alteración asociada a los receptores, tanto presinápticos como postsinápticos, podría producirse en varios niveles, tanto por una variación en su número, como por la afectación de su sensibilidad o de los mecanismos que a raíz de su estimulación se producen en la membrana o dentro de las neuronas. (24)

Recientemente se han descubierto otros mecanismos que podrían invertir en la aparición de la depresión y que afectarían a los procesos intracelulares que regulan la neuroplasticidad y la neurodegeneración. Así, el estrés podría favorecer la atrofia y muerte de neuronas y en algunas áreas cerebrales, una disminución de la neurogénesis. Asimismo se han

observado cambios funcionales y estructurales en las sinapsis, también asociadas al estrés. (24)

3.4.8 Sintomatología y clasificación

Según los síntomas y la intensidad de los mismos, el síndrome depresivo puede dividirse en:

3.4.8.1 Leve

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Entre sus síntomas podemos encontrar ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatiga; ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. La persona afectada tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque no las deje por completo. (20, 25)

3.4.8.2 Moderada

Sus síntomas varían desde los mencionados en el episodio leve hasta pérdida del apetito, disminución del interés sexual, alteración del sueño. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. El paciente suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. (20, 25)

3.4.8.3 Grave

Se caracteriza por una combinación de síntomas que intervienen con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. (20, 25)

- Con síntomas psicóticos: además de los síntomas ya mencionados, están presentes ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.
- Sin síntomas psicóticos: ausencia de síntomas somáticos, aunque se presupone que dichos síntomas están presentes casi siempre, durante un episodio depresivo grave.

La Organización Mundial de la Salud realizó una clasificación internacional de enfermedades (CIE - 10), con el objetivo de convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, en códigos alfanuméricos que

permitan el registro sistemático, análisis, interpretación y comparación de los datos. En su eje V encontramos los trastornos mentales y del comportamiento, correspondiente a la letra "F"; los trastornos afectivos corresponden al código F30 a F39, dentro de los cuales el F32 es específico para el episodio depresivo. A continuación se presenta su sub-clasificación. (12)

Código	Patología
F32	Episodios depresivos
F32.0	Episodio depresivo leve
F32.1	Episodio depresivo moderado
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
F32.8	Otros episodios depresivos
F32.9	Episodio depresivo sin especificación

3.4.9 Diagnóstico

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos, los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son las clasificaciones: internacional de la enfermedad (CIE-10) y el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). Su importancia radica en la utilización de criterios diagnósticos homogéneos entre los diferentes profesionales. (26)

3.4.9.1 El CIE-10

Utiliza una lista de síntomas depresivos y divide el cuadro en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad y el episodio debe durar al menos dos semanas. (26, 27)

Cuadro 1
Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE 10
<p>A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas</p> <p>B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico</p> <p>C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras • Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta • Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de lo habitual • Empeoramiento matutino del humor depresivo • Presencia de enlentecimiento motor o agitación • Pérdida marcada del apetito • Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes • Notable disminución del interés sexual

Fuente: adaptado de OMS, decima revisión de la clasificación internacional de enfermedades CIE – 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.

Cuadro 2
Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE – 10
<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas • El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico <p>B. Presencia de al menos de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas • Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras • Falta de vitalidad o aumento de la fatiga <p>C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad • Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada • Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier idea suicida • Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones • Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición • Alteraciones del sueño de cualquier tipo • Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente

modificación de peso

D. Puede haber o no síndrome somático

- Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
- Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
- Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: OMS, decima revisión de la clasificación internacional de enfermedades CIE - 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.

3.4.9.2 EI DSM

Es un sistema de clasificación de la Sociedad Americana de Psiquiatría para ofrecer descripciones claras de las categorías diagnósticas. El DSM-IV está enfocado a problemas psicosociales, y su capítulo VI corresponde a los trastornos del humor. Utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para sentir placer. (26, 27)

Cuadro 3
Criterios para el episodio depresivo, según DSM IV

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

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

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

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

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

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

Fuente: American psychiatric association, cuarta edición de DSM -IV - TR Manual diagnóstico y estadístico: de los trastornos mentales. España, 2004.

3.4.10 Instrumentos de Medición

En los trastornos depresivos también se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Estas tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen una pretensión diagnóstica, ya que esta deberá realizarse a partir de la información sicopatológica obtenida de la entrevista clínica. (26)

Las escalas más utilizadas en los trabajos de investigación son:

- Inventario para depresión de Beck (BDI)
- Escala de Hamilton para depresión (HAM-D)
- Escala de depresión de Montgomery (MADRS)

3.4.10.1 Inventario de depresión de Beck

Es una escala que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Se construyó para medir las manifestaciones conductuales de la depresión y disponer de una evaluación cuantitativa de la intensidad de la misma. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. La versión original del año 1961 consta de 21 ítems, publicándose posteriormente dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975. Posee una alta confiabilidad y validez. (26, 28, 29)

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-IV cubre el 88,9% de los síntomas que definen el episodio depresivo mayor; mientras que si se toma como referencia los criterios sintomáticos de la CIE-10 cubre el 90% de los síntomas del episodio depresivo. (29)

3.4.10.2 Escala de Hamilton para la depresión

Es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican. La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986. (26)

3.4.10.3 Escala de depresión de Montgomery

Es una escala heteroaplicada publicada en 1979 que consta de 10 ítems que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión. El marco temporal de la evaluación se corresponde a la última semana o a los tres últimos días y la validación de las versiones en español fue realizada en 2002. (26)

La HAM-D y MADRS, al tener mayor carga de síntomas somáticos, son de difícil evaluación en pacientes con patología médica, frente a la escala BDI que evalúa de forma predominante los aspectos cognitivos de la depresión. (26)

Como se mencionó anteriormente, la información obtenida en una entrevista es de mayor utilidad para el diagnóstico preciso. La entrevista psiquiátrica es el método más ampliamente usado e importante para evaluar al paciente psiquiátrico; su objetivo es obtener información del desarrollo del paciente, antecedentes familiares y personales sobre problemas médicos y psiquiátricos, la situación actual del paciente y orígenes de estrés. (18) Entre los tipos de entrevistas psiquiátricas podemos encontrar:

3.4.10.4 Entrevista psiquiátrica estructurada

Es una evaluación guiada por una serie de preguntas específicas, sin embargo una entrevista excesivamente dirigida puede implicar una falta de espontaneidad y llevar a un diagnóstico basado más en los conocimientos científicos del médico que en la realidad del paciente. (28)

3.4.10.5 Entrevista psiquiátrica semi – estructurada

Es una evaluación estandarizada, en donde las preguntas dan libertad para que el paciente pueda expresar de mejor manera sus ideas, siguiendo los lineamientos de la entrevista. Su objetivo

primordial es ofrecer uniformidad en la recopilación global de los datos psicopatológicos. Esto es fundamental a la hora de realizar un estudio de investigación, donde medir de forma uniforme y estandarizada es la única vía de hacer los datos comparables. (28)

3.4.11 Tratamiento

Los casos leves de depresión pueden tratarse con psicoterapia aun sin medicación, sin embargo en depresiones moderadas o graves es necesaria la utilización de fármacos antidepresivos. (30) El tratamiento farmacológico puede dividirse en tres etapas:

- Fase aguda: se busca eliminar todos los síntomas del episodio, hasta que haya una respuesta clínica positiva, con una mejoría del 50% de los síntomas.
- Fase de continuación: si el paciente consigue la recuperación (4 a 9 meses sin sintomatología) se pueden omitir los fármacos.
- Fase de mantenimiento: en caso de riesgo de recurrencia o mala evolución, se puede continuar con la farmacoterapia por un año o más.

Los fármacos antidepresivos se pueden clasificar en las siguientes categorías:

- Antidepresivos tricíclicos (ATC)
- Antidepresivos atípicos o de segunda generación
- Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS)
- Inhibidores de la enzima monoaminoxidasa (IMAO)

3.4.11.1 Antidepresivos tricíclicos (ATC)

Bloquean la bomba recaptadora de serotonina (5 - HT), noradrenalina (NA), con diferente grado de selectividad, de forma que los neurotransmisores no pueden ser enviados de vuelta a la neurona presináptica, consiguiendo así una mayor concentración sináptica del neurotransmisor en el espacio sináptico. Su mecanismo de acción es agudo ya que se pone en marcha tras la primera administración del fármaco y de cada una de las siguientes dosis. Presentan una absorción rápida y completa, sin embargo sufre un intenso efecto de primer paso hepático, su metabolismo es hepático y su vida media oscila entre 10 a 70 horas. (30)

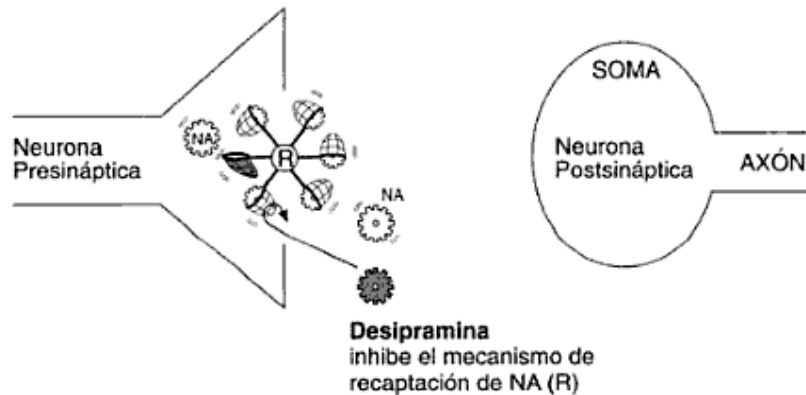


Figura 3. Ilustración del mecanismo por el que los antidepresivos tricíclicos (como la desipramina) inhiben la recaptación (R) de noradrenalina (NA; se representa con ruedas dentadas por su relación con la actividad motora y de procesos psíquicos) al interior de la neurona presináptica. Ello da lugar a una mayor disponibilidad del neurotransmisor en el espacio sináptico y por tanto una mayor disponibilidad que los receptores postsinápticos sean estimulados por la NA.

Fuente: Fernandez – Teurel, Farmacología de la conducta, 2008

Cuadro 4		
Típicos antidepresivos tricíclicos e inhibición relativa de la recaptación de noradrenalina (NA) y serotonina (5-HT)		
Fármaco	Inhibición de la recaptación de:	
	NA	5-HT
Imipramida	+	++
Amitriptilina	+	++
Desipramina	+++	0
Nortriptilina	+++	+
Doxepina	++	+
Protriptilina	++	+/-
Clorimipramina	+	+++

Fuente: Fernandez – Teurel, Farmacología de la conducta, 2008.

0=no efecto; +/-= efecto dudoso; += efecto limitado; ++= efecto moderado; +++= efecto muy potente. Nota: los anteriores tricíclicos no inhiben la recaptación de dopamina.

3.4.11.2 Antidepresivos atípicos o de segunda generación

En este grupo se encuentran fármacos de estructura química y propiedades farmacológicas diferentes. En algunos aspectos son similares a los antidepresivos tricíclicos, pero con menos efectos secundarios. Son el grupo más reciente y frecuentemente son efectivos en pacientes que no respondieron a otros fármacos.

(31)

Cuadro 5				
Antidepresivos Atípicos				
Fármaco	Dosis terapéutica	Inhibición de la recaptación de:		
		Serotonina	Noradrenalina	Dopamina
Bupropion	75-400mg	0	+	++
Venlafaxina	300-450mg	+++	++	+
Nefazodona	300-400mg	(2A)+++	+	

0=no efecto; +/-= efecto dudoso; += efecto limitado; ++= efecto moderado; +++= efecto muy potente.

Fuente: Kalat J. Psicología biológica, 2004.

3.4.11.3 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Su acción, como su nombre lo indica, es inhibir selectivamente la recaptación de 5 - HT de forma más potente que la acción que ejerce sobre al recaptación de NA. Su acción tan potente y selectiva explica su baja incidencia en efectos adversos. Este mecanismo de acción provoca un incremento en los niveles de 5 - HT, responsables de la acción terapéutica del fármaco, ya que se pierde la capacidad del autorreceptor para regular la liberación de 5 - HT, quedando la neurona desinhibida y emitiendo impulsos hacia el terminal axónico incrementando la 5 - HT en la sinapsis. Estos fármacos presentan una buena biodisponibilidad oral, sin influir la presencia de alimentos, se metabolizan en el hígado y su vida media es aproximadamente de 20 a 30 horas. (23)

Cuadro 6			
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina			
Fármaco	Indicaciones	Dosis usual	Rango
Citalopram	Depresión Trastorno de pánico con /sin agorafobia	20-60 mg/día	10-60 mg/día
Fluoxetina	Depresión c/s ansiedad Trastorno obsesivo compulsivo Bulimia nerviosa	20-60 mg/día	60 mg/día
Fluvoxamina	Depresión Trastorno obsesivo compulsivo	100-300 mg/día	
Paroxetina	Depresión c/s ansiedad Trastorno obsesivo compulsivo Trastorno de pánico c/s agorafobia	20-50 mg/día	10-60 mg/día
Sertralina	Depresión c/s ansiedad	50-100 mg/día	

Fuente: Cañas M. Informe de área farmacológica, 2001.

3.4.11.4 Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Estos fármacos inhiben la desaminación oxidativa de las monoaminas. Existen 2 isoenzimas de la monoaminoxidasa (MAO). La MAO-A es la forma más común en el intestino y desdobla selectivamente la 5-HT y la NA. La MAO-B es más común en el cerebro y sus substratos preferidos son la feniletilamina y la bencilamina. Estos fármacos dejaron de utilizarse debido a sus efectos adversos, entre los cuales se observan riesgos cardiovasculares, crisis hipertensivas relacionadas con la dieta, interacciones farmacológicas y alta hepatotoxicidad. (30)

Cuadro 7		
Típicos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs)		
Fármaco	Inhibe MAO del tipo:	Comentario:
Fenelcina	A y B	IR: peligro con alimentos con tiramina
Tranilcipromina	A y B	IR: peligro con alimentos con tiramina
Isocarboxacida	A y B	IR: peligro con alimentos con tiramina
Moclobemida	A	R: menos peligro con alimentos con tiramina
Deprenil	B	No efectivo como antidepresivo. Sin peligro por la tiramina. Antiparkinsoniano

Fuente: Fernandez – Teurel, Farmacología de la conducta, 2008.

IR: irreversible en su inhibición de la MAO; R: reversibles en su inhibición de la MAO

Todos los antidepresivos atraviesan la barrera placentaria, por lo que solo deben prescribirse en la gestación cuando sean absolutamente necesarios. Aunque existe un riesgo ante la exposición fetal a los antidepresivos, también la depresión sin tratar puede acarrear problemas neonatales, esta posibilidad debe sopesarse sobre todo en mujeres con alto riesgo de recurrencia, ya que en estas se alcanza una tasa de recaídas del 70% especialmente durante el primer trimestre. (24)

3.4.11.5 Psicoterapia

La psicoterapia es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de: a) eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, b) mediatizar patrones de conducta perturbados y c) promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo. La Psicoterapia busca restaurar a su conciencia la habilidad de tomar sus propias decisiones. Los ensayos clínicos y los metaanálisis mostraron beneficios evidentes de la psicoterapia en una serie de trastornos bien definidos, entre los cuales se encuentra la depresión. (32)

Existen cuatro modelos de psicoterapia:

- Psicoanálisis: basadas en una mayor comprensión de sí mismo y de los conflictos pasados y presentes
- Terapia cognitivo-comportamental: adquisición y aprendizaje de nuevos comportamientos
- Terapia sistémica : modificación de las pautas de relación interpersonal dentro del abordaje del sistema relacional como un todo
- Terapias experienciales y corporales: facilitar nuevas experiencias en el aquí y ahora

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño

Descriptivo, transversal.

4.2 Unidad de análisis

4.2.1 Unidad primaria de muestreo

Padres de pacientes pediátricos con enfermedades hemato – oncológicas que eran atendidos en la consulta externa de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica y la Unidad Hemato – Oncológica del Hospital General San Juan de Dios.

4.2.2 Unidad de análisis

Datos obtenidos a través del inventario de depresión de Beck.

4.2.3 Unidad de información

Padres de pacientes pediátricos con enfermedades hemato – oncológicas que eran atendidos en la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios y la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica; y datos del inventario de Beck.

4.3 Población y muestra

Se tomaron en cuenta dos poblaciones: 214 padres de los pacientes de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica y 100 padres de los pacientes de la Unidad de Hemato – Oncología del Hospital General San Juan de Dios, para un total de 314.

4.3.1 Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP)

4.3.1.1 Población

Padre y/o madre, de los pacientes atendidos en consulta externa, con diagnóstico de enfermedad hemato – oncológica.

4.3.1.2 Marco muestral

Base de datos de la Unidad sobre los pacientes atendidos en consulta externa.

4.3.1.3 Muestra

De la población que se incluye en el estudio se tomó una muestra representativa de la misma y de tamaño adecuado.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula de muestreo por proporciones (33):

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2N + z^2pq}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra

N: tamaño de la población

z: nivel de confianza de 95%, (1.96).

p: prevalencia del fenómeno estudiado. Por no ser posible calcular esta prevalencia, se toma 0.5 como valor estándar, logrando a la vez abarcar la máxima variación posible. (34)

q: 1 - p

d: coeficiente de confiabilidad

La muestra para la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica fue de 214 padres de familia. El método de muestreo se realizó por conveniencia, encuestando a los primeros 22 padres citados, cada día, por 2 semanas.

4.3.2 Hospital General San Juan de Dios (HGSJD)

4.3.2.1 Población

Padre y/o madre, de los pacientes atendidos en consulta externa con diagnóstico de enfermedades hemato - oncológicas.

4.3.2.2 Marco muestral

Estimado de pacientes atendidos en consulta externa de la unidad de hemato - oncología.

4.3.2.3 Muestra

No se contaba con datos exactos sobre la población total por lo que se utilizó la fórmula de población desconocida. (33)

$$n = \frac{z^2 pq}{B^2}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra

z: nivel de confianza de 95%, (1.96).

p: prevalencia del fenómeno estudiado. Por no ser posible calcular esta prevalencia, se toma 0.5 como valor estándar, logrando a la vez abarcar la máxima variación posible. (34)

q: 1 - p

B: error admitido o precisión. Por desconocer el tamaño de la población se utiliza una menor precisión, de 0.1

La muestra para el Hospital General San Juan de Dios fue de 100 padres de familia. El método de muestreo se realizó por conveniencia, tomando en cuenta a la totalidad de los padres que asistan cada día hasta cubrir el total de la muestra.

El total de la muestra fue de 314 padres de pacientes.

4.4 Selección de los sujetos a estudio

4.4.1 Criterios de inclusión:

- Padres de pacientes con diagnóstico de enfermedad hemato – oncológica que se encontraban en tratamiento por consulta externa.
- Padres que se encontraban en la consulta externa del hospital al momento de hacer el estudio.

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Padres que presentaron algún impedimento físico o mental que les dificultaba proveer información.
- Padres que hablaban únicamente idioma maya.
- Padres menores de 18 años.
- Padres que no accedieron voluntariamente a participar en el estudio.

4.5 Definición y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Instrumento
Síntomas de depresión	Síntomas presentes en el trastorno afectivo depresión que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, sentimiento de minusvalía y apatía. (18)	Puntuación del test de Beck <ul style="list-style-type: none"> • 0-9 depresión ausente • 10-16 depresión leve • 17-29 depresión moderada • >30 depresión grave 	Cualitativa	Nominal	Inventario de Beck
Enfermedades hemato - oncológicas	Conjunto de enfermedades en la cual el organismo produce un exceso de células malignas o existe ausencia de células o proteínas necesarias para un funcionamiento hematológico normal (35)	Diagnóstico por el cual el paciente se encuentra en tratamiento por el hospital	Cualitativa	Nominal	Entrevista
Tiempo de diagnóstico	Tiempo transcurrido desde el día que se diagnostica la enfermedad hemato - oncológica, hasta el momento de la entrevista	Dato del tiempo de diagnóstico en meses	Cuantitativa	Razón	Entrevista

Sexo	Características físicas de la persona entrevistada que condicionan el hecho de ser hombre o mujer, observadas por el entrevistador. (36)	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Cualitativa dicotómica	Nominal	Entrevista
Edad	Dato obtenido de la persona entrevistada respecto a su edad en años. (37)	Rango de edades <ul style="list-style-type: none"> • 18-19 años • 20-29 años • 30-39 años • 40-49 años • 50-59 años • > 60 años 	Cuantitativa	Razón	Entrevista

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.6.1 Técnicas

Se llevó a cabo a través de una entrevista la cual constaba de tres partes:

- Primera parte: consentimiento informado
- Segunda parte: datos generales
- Tercera parte: se realizó el inventario de depresión de Beck, versión revisada (BDI - IA), en su segunda edición (1993).

4.6.2 Procedimientos

- Elección del tema de investigación.
- Realización de protocolo de investigación.
- Revisión y corrección de protocolo de investigación por parte de asesor y co - asesor.
- Solicitud de cartas de autorización y aval para la realización de la investigación por parte de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica y el Hospital General San Juan de Dios.
- Revisión, corrección y aprobación de protocolo de investigación por parte de la Unidad de Trabajos de Graduación.
- Recolección de datos:
 - Se entregó el protocolo aprobado por la unidad de tesis a ambas instituciones para su revisión y aprobación.
 - En la UNOP las encuestas se realizaron a los padres que asistieron a sus citas en consulta externa, durante el 21 de mayo al 5 de junio.
 - En el HGSJD las encuestas se realizaron a los padres que asistieron a su cita en consulta externa durante el 6 de junio al 29 de junio.
 - Durante la tarde de cada día se ingresaron a la base de datos los resultados obtenidos durante el día.
- Análisis e interpretación de la información obtenida.
- Realización del informe final
- Revisión y aprobación del informe final por parte del comité de investigación del Hospital General San Juan de Dios y la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica
- Revisión y aprobación del informe final por parte de la Unidad de Trabajos de Graduación.

- Examen privado
- Impresión de trabajos de graduación
- Entrega de trabajos impresos a la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica y al Hospital General San Juan de Dios
- Examen público y acto de graduación

4.7 Instrumentos

4.7.1 Inventario de depresión de Beck (BDI - IA)

El BDI se construyó para medir las manifestaciones conductuales de la depresión y disponer de una evaluación cuantitativa de la intensidad de la depresión. (29)

El inventario consta de 21 ítems, cada uno recoge un síntoma depresivo y para cada uno de ellos se presentan cuatro afirmaciones alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad. (29)

En cuanto a su contenido se distingue que 10 de sus 21 ítems (el 47,6%) se refieren a síntomas cognitivos, 4 ítems evalúan síntomas fisiológicos, 3 síntomas anímicos y 3 síntomas motivacionales. (29)

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-IV cubre el 88,9% de los síntomas que definen el episodio depresivo mayor; mientras que si se toma como referencia los criterios sintomáticos de la CIE-10 cubre el 90% de los síntomas del episodio depresivo. (29)

Para su evaluación cada ítem posee cuatro posibles respuestas, cada respuesta tiene una ponderación diferente, otorgando un valor de 0 puntos a la primera, 1 punto a la segunda, 2 puntos a la tercera y 3 puntos a la cuarta; el total de puntos obtenidos se suma y se clasifica según la siguiente escala:

Punteo	Clasificación de depresión
0 – 9	Ausente o mínima
10 – 16	Leve
17 – 29	Moderada
> 30	Grave

- Confiabilidad: se han encontrado coeficientes de confiabilidad que oscilan entre 0,76 y 0,95 en muestras de pacientes psicopatológicos y entre 0,73 y 0,93 en muestras de población general. (29)
- Validez: existe una abundante literatura empírica que ha obtenido buenos índices de validez convergente del BDI-IA al mostrar que el instrumento correlaciona de forma moderada o alta con otras medidas de depresión en distintos tipos de población. En su revisión metaanalítica, Beck et al. (1988) encontraron una correlación media de 0,74 y 0,72 entre las puntuaciones del BDI-IA y las valoraciones clínicas de depresión en muestras psiquiátricas y no psiquiátricas, respectivamente. (29)

4.8 Procesamiento y análisis de datos

4.8.1 Procesamiento de datos

- Tabulación manual de los datos.
- Uso del programa Excel® 2007 para la realización de las tablas y gráficas pertinentes.
- Ingreso de la información a la matriz SPSS® versión 19 para formar la base de datos.

4.8.2 Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de los datos recolectados, se hizo uso de las herramientas proporcionadas por la estadística descriptiva, mediante la agrupación inicial de los datos en distribución de frecuencias con los respectivos porcentajes, para las variables grado de depresión sexo y edad. Se utilizó la regla empírica para la distribución de intervalos con respecto al tiempo de conocer el diagnóstico del paciente y de igual manera se presentó en distribución de frecuencia y porcentajes.

Esto permitió realizar un análisis detallado de los distintos ítems de la entrevista, para poder comprender de una manera adecuada el fenómeno investigado y así establecer conclusiones respecto a los objetivos planteados.

4.9 Alcances y límites de la investigación

4.9.1 Alcances

Se define la investigación como un estudio descriptivo, a través del cual se presentó la incidencia de síntomas de depresión en padres de pacientes con diagnóstico hemato – oncológico y sus grados de depresión para evidenciar la necesidad de brindar una atención multidisciplinaria en las distintas etapas de esta enfermedad, tomando en cuenta no solo al paciente, sino también a su familia.

Motivar la realización de tesis que puedan plantear métodos de apoyo para disminuir la incidencia de depresión en padres de familia, así como tesis que puedan tener un enfoque holístico e integral del paciente.

4.9.2 Límites

La investigación se limitó a la muestra de los padres de pacientes que son atendidos en consulta externa de ambas instituciones; la carencia de recursos humanos y materiales, no permitió tomar en cuenta toda la población, ni aquellos pacientes que se encuentren ingresados al momento del estudio.

4.10 Aspectos éticos de la investigación

El estudio pertenece a la categoría I de la clasificación de riesgo, en la cual no se realiza ninguna intervención o modificación fisiológica, psicológica o social. Por lo que el estudio se clasifica sin riesgo para la población.

Por medio del consentimiento informado referido por escrito, se dio a conocer la voluntariedad de participar en el estudio. Se explicó a las personas que acepten participar voluntariamente en el estudio, que los datos brindados son confidenciales y que su uso será únicamente con fines científicos.

Debe tomarse en cuenta que siendo ésta una investigación que involucra a personas y sus opiniones, se realizó de acuerdo a principios éticos básicos, como lo son el respeto por las personas y por ende el respeto a su autonomía, evitando coaccionar a los sujetos de estudio y sus respuestas. De igual manera, se logró cumplir con el principio de beneficencia ya que los resultados que se obtendrán al término de la presente investigación ayudaran a mejorar la atención integral y multidisciplinaria en enfermedades hemato – oncológicas.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de las 314 entrevistas realizadas a los padres de los pacientes pediátricos con enfermedades hemato – oncológicas, de las cuales 214 se realizaron en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP) y 100 en el Hospital General San Juan de Dios (HGSJD).

TABLA 1

Grados de depresión en los padres de los pacientes pediátricos con enfermedades hemato – oncológicas, en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrico y el Hospital General San Juan de Dios, durante los meses de mayo a junio de 2012.

Grados de depresión	Centro de recolección de datos				TOTAL	%
	UNOP		HGSJD			
	f	%	F	%		
Ausente	109	50.9	53	53	162	51.6
Leve	42	19.6	29	29	71	22.6
Moderado	47	22	12	12	59	18.8
Grave	16	7.5	6	6	22	7
TOTAL	214	100	100	100	314	100

Fuente: entrevista realizada a padres de pacientes pediátricos con enfermedades hemato-oncológicas.

UNOP: Unidad Nacional de Oncología Pediátrica

HGSJD: Hospital General San Juan de Dios

TABLA 2

Tiempo que tienen los padres de conocer el diagnóstico de la enfermedad hemato – oncológica de sus hijos, en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrico y el Hospital General San Juan de Dios, durante los meses de mayo a junio de 2012.

Tiempo de conocer el diagnóstico	Centro de recolección de datos				TOTAL	%
	UNOP		HGSJD			
	F	%	F	%		
0-6 meses	91	42.5	29	29	128	38.2
7-13 meses	60	28	18	18	78	24.8
14-20 meses	26	12.1	16	16	42	13.4
21-27 meses	19	8.9	11	11	30	9.6
28-34 meses	10	4.7	6	6	16	5.1
35-41 meses	2	0.9	2	2	4	1.3
42-48 meses	2	0.9	7	7	9	2.9
>49 meses	4	1.9	11	11	15	4.8
TOTAL	214	100	100	100	314	100

Fuente: entrevista realizada a padres de pacientes pediátricos con enfermedades hemato-oncológicas.

TABLA 3

Características de los padres de los pacientes pediátricos con enfermedades hemato – oncológicas, según edad y sexo, en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrico y el Hospital General San Juan de Dios, durante los meses de mayo a junio de 2012.

Características		Centro de recolección de datos				TOTAL	%
		UNOP		HGSJD			
		F	%	F	%		
Sexo	Masculino	63	29.4	30	30	93	29.6
	Femenino	151	70.6	70	70	221	70.4
	TOTAL	214	100	100	100	314	100
Edad	18-19	3	1.4	2	2	5	1.6
	20-29	49	22.9	25	25	74	23.6
	30-39	95	44.4	43	43	138	43.9
	40-49	53	24.8	26	26	79	25.2
	50-59	12	5.6	3	3	15	4.8
	>60	2	0.9	1	1	3	1
	TOTAL	214	100	100	100	314	100

Fuente: entrevista realizada a padres de pacientes pediátricos con enfermedades hemato-oncológicas.

6. DISCUSIÓN

En el presente estudio se observa que los padres de los pacientes pediátricos con enfermedades hemato – oncológicas fueron clasificados en grados de depresión, según los síntomas que refirieron a través del inventario de Beck. Del total de padres entrevistados el 48.4% presentó algún grado de depresión (tabla 1) esto sobrepasa los resultados obtenidos en el estudio “Síntomas de ansiedad y depresión en grupos de pacientes oncológicos y sus cuidadores”, realizado en España, en el año 2002 (6), donde se evidenció que el 9.2% de los cuidadores padecían depresión, esto implicaría que los padres de los pacientes con enfermedades hemato – oncológicas en Guatemala presenta 39.2% mayor depresión que un país desarrollado.

El estudio realizado en Guatemala en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en 1998 (8) evidenció que el 60% de las mamás con hijos diagnosticados con leucemia padecían depresión, de los cuales el 46% correspondía a grado leve, el 10% a grado moderado y el 4% severo. Con esto se puede evidenciar que en comparación al presente estudio la cantidad de casos con depresión leve han disminuido en un 22.6%, sin embargo los casos de depresión moderada y grave han aumentado a 18.8% y 7% respectivamente.

El estudio realizado en el Hospital General San Juan de Dios, durante el año 2002 sobre trastornos ansioso – depresivos en padres de pacientes pediátricos hospitalizados (7) demostró una incidencia de depresión de 78%, en donde el 50% correspondía a casos de grado moderado y no se reportaron casos de depresión grave. Estos resultados son mayores a los encontrados en el presente estudio, sin embargo cabe resaltar que aquellos pacientes que se encuentran internados en hospitales o fuera de sus casas generan un mayor nivel de estrés, tanto en ellos como en sus cuidadores. (3)

Ambas instituciones donde se llevó a cabo la presente investigación presentaron resultados similares en cuanto a los niveles de depresión, sin embargo quien presentó un número mayor de casos fue la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP), a pesar de ser ellos quienes cuentan con un equipo multidisciplinario estructurado para brindar apoyo en cada etapa del proceso de tratamiento, a diferencia del Hospital General San Juan de Dios (HGSJD) quienes no cuentan con ningún programa específico de apoyo a las familias. Este fenómeno puede deberse a que el 70% de los padres

entrevistados en la UNOP habían recibido el diagnóstico de sus hijos en un tiempo menor a 13 meses y de este 70% el 60% corresponde a padres que conocieron el diagnóstico entre 0 a 6 meses previos a la entrevista (tabla 2).

En el HGSJD se encuentra que el 18% de los entrevistados tenían más de 3 años y medio de conocer el diagnóstico de sus hijos (tabla 2). Por lo que se puede considerar que el tiempo de conocer el diagnóstico influyó en el grado de depresión que mostraron los padres en cada hospital. Sin embargo cabe mencionar que sería conveniente realizar entrevistas psiquiátricas a los padres para determinar de mejor manera la razón de los resultados obtenidos o recolectar más información como el grado de conocimiento de la enfermedad y la etapa de tratamiento, entre otros.

Del total de padres entrevistados el 70.4% corresponde al sexo femenino (tabla 3), esto debido a que la mayoría de pacientes son acompañados por sus madres a la cita de la consulta externa.

La mayoría de padres presentaba una edad comprendida entre el rango de 30 a 39 años de edad (tabla 3), el cual es menor en comparación a la población investigada en España (6) quienes presentaban una media de 59 años, esto debido a que en Guatemala según los datos de la encuesta nacional de salud materno infantil, realizada en el 2002, el 43.2% de mujeres en edad fértil presentaban su primer embarazo antes de los 25 años. (38) Sin embargo el rango de edad obtenido en el presente estudio es superior al reportado por las investigaciones previas realizadas en Guatemala en el Hospital General San Juan de Dios (7) y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (8) en donde las edades oscilaban entre los 26 a los 31 años. Esto puede deberse a varios factores como el grado de escolaridad de la madre o el número de hijo que presenta la enfermedad, sin embargo esta investigación no cuenta con estos datos, por lo que no se pueden hacer dichas inferencias.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 Los padres de los pacientes pediátricos con enfermedades hemato – oncológicas presentaron síntomas de depresión en un 48.4%, de los cuales el 22.6% corresponden al grado de depresión leve, el 18.8% moderada y el 7% severa.
- 7.2 El tiempo que tenían los padres de conocer el diagnostico de sus hijos se estimó entre 0 a 6 meses, para el 38.2% de la población entrevistada.
- 7.3 Del total de los padres entrevistados el 70.4% correspondió al sexo femenino. El 43.9% se encontró en el rango de 30 a 39 años de edad.

8. RECOMENDACIONES

A la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica

- 8.1. Continuar con el apoyo multidisciplinario a las familias de los pacientes, brindando mayor apoyo al inicio del diagnóstico.
- 8.2. Evaluar la necesidad de integrar un psiquiatra al equipo multidisciplinario, que pueda brindar un mejor apoyo en los casos de depresión moderada y grave.

Al Hospital General San Juan de Dios

- 8.3. Crear un programa para brindar atención integral con el apoyo del departamento de psicología y el departamento de psiquiatría infanto - juvenil.
- 8.4. Colocar afiches alusivos para la detección de casos depresión en el área de consulta externa.
- 8.5. Motivar al personal médico del departamento de hemato - oncología para evaluar la presencia de síntomas de depresión en los padres de los pacientes y referirlos adecuadamente.

9. APORTES

- 9.1. Creación de afiche alusivo para la detección de casos depresión. (ver anexo 3).
- 9.2. Presentación de los resultados de la investigación a la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica, lo cual permitirá realizar las recomendaciones pertinentes de forma directa y crear un ambiente adecuado para analizar en conjunto los resultados. (ver anexo 5).
- 9.3. Entrega de los resultados de investigación al Hospital General San Juan de Dios y análisis de los mismos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

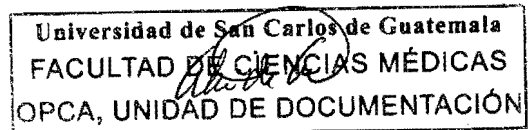
1. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales: Diez cuestiones estadísticas de especial interés en salud pública mundial. [en línea] Ginebra: OMS; 2007. [accesado 28 Ene 2012] Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/WHS2007Sp_Parte1.pdf
2. Encuesta nacional de salud mental. [en línea] Guatemala: Libertopolis.com; 2009. [accesado 6 Feb 2012] Disponible en: <http://www.libertopolis.com/wp-content/uploads/2009/09/encuesta-nacional-salud-200911.pdf>
3. Instituto Nacional de Cáncer. Depresión. [en línea] Bethesda, MD: El Instituto; 2011 [accesado 28 Ene 2012] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/depresion/>
4. Antillón F. Programa de hemato – oncología pediátrica para Centro América en la unidad de oncología pediátrica. [en línea] Guatemala: UFM; 2009 [accesado 30 Ene 2012] Disponible en: <http://www.medicina.ufm.edu.gt/uploads/assets/ProgramadePostgradoUNOP.pdf>
5. Instituto Nacional de Cáncer. Cuidado médico pediátrico de apoyo. [en línea] Bethesda, MD: El Instituto; 2010 [accesado 1 Feb 2012] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/pediatrica/healthprofessional>
6. Rodríguez Vega B, Ortiz Villalobos A, Palao Terrero A, Avedillo C, Sánchez Cabezudo A, Chinchilla C. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y sus cuidadores. Eur J. Psychiat. (España). [en línea]; 2002 [accesado 1 Feb 2012]; 16 (1): 27 – 28. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v16n1/original3.pdf>

7. Cuevas Morales DR. Sintomatología de trastornos ansioso – depresivos en padres de pacientes pediátricos hospitalizados: estudio en 134 padres de familia con hijos ingresados a los servicio de la pediatría del Hospital General San Juan de Dios durante el mes de agosto de 2002 [tesis de Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2002.
8. Reyes Juárez AB, Incidencia de síndrome depresivo en madres de niños con diagnostico de leucemia: estudio en 50 madres con hijos diagnosticados con leucemia ingresados en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el mes de octubre de 1998 [tesis de Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1998.
9. Guatemala. Fundación Ayudame a Vivir. ¿Quiénes somos?. [en línea] Guatemala: AYUVI; [200?] [accesado 13 Feb 2012] Disponible en: <http://ayuvi.org.gt/>
10. Rivera Álvarez JR. Hospital de los hermanos de San Juan de Dios. Guatemala: Fundación Hospigen; 2002.
11. Baider L. Cáncer y familia. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. (España). [en línea] 2003 [accesado 28 Ene 2012]; 3 (1): 506 - 508 Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf
12. Guía de bolsillo de clasificación CIE – 10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. [en línea] 4 ed. Madrid: OMS/Médica Panamericana; 2010 [accesado 13 Feb 2012] Disponible en: http://books.google.com.gt/books?id=Y_oACCnRG34C&pg=PT118&dq=cie+10+depression&hl=es&ei=XaQ6T627CpCctweiv4DSCg&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=1&ved=0CDAQ6wEwAA#v=onepage&q=cie%2010%20depression&f=false
13. Frances A. DSM – IV – TR Manual diagnóstico y estadístico: de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. 4 ed. España: Masson; 2004.

14. Baena Zúñiga A, Sandoval Villegas MA, Urbina Torres CC, Juárez NH, Villaseñor Bayardo SJ. Los trastornos del estado de ánimo. Revista Digital Universitaria UNAM. [en línea] 2005 [accesado 16 Feb 2012]; 6 (11): 3 Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf
15. World Health Organization. Mental Health. Depression. [en línea] Washington: WHO; 2012 [accesado 14 Feb 2012] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
16. Hall Ramírez V. Depresión, fisiopatología y tratamiento. [en línea] Costa Rica: CIMED; 2003 [accesado 13 Feb 2012] Disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/CIMED/cimed7.pdf>
17. Montes C. La depresión y su etiología: Una patología completa. Vitae: Academia Biomédica Digital. (Venezuela). [en línea] 2004 [accesado 13 Feb 2012]; (18): 2 Disponible en: http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_1703.pdf
18. Toro Greiffestein RJ, Yepes Roldan LE. Fundamentos de medicina, psiquiatría. 4ed. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2004.
19. Lee JW. Invertir en salud mental. [en línea] Ginebra: OMS / Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; 2004 [accesado 13 Feb 2012] Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf>
20. Peralta V, Cuesta MJ. Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos; Anales del Sistema Sanitario de Navarra. [en línea] 2002 [accesado 15 Feb 2012]; 25; Supl 3: [10 pantallas] Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple2a.html>
21. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Revista de la Facultad de Medicina. UNAM. [en línea] 2006 [accesado 13 Feb 2012]; 49 (2): 2 - 5 Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>
22. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiología médica. 10 ed. España: McGraw – Hill; 2001.

23. López Castellano AC, Moreno Royo L, Villagrasa Sebastián V. Manual de farmacología: guía para el uso racional del medicamento. 2 ed. España: Elsevier; 2010.
24. Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain I, Leza JC, Moro MA, Portolés A. Farmacología básica y clínica. 18 ed. España: Médica Panamericana; 2008.
25. Dardón Guzmán P, Zuchini R, Selman M, Ortiz Alvarado JF, Valle Catalán JM. Guías de práctica clínica: Guía depresión. [en línea] Guatemala: IGSS; 2010 [accesado 15 Feb 2012] Disponible en: <http://www.igssgt.org/prensa/2010/ENERO/Depresion.pdf>
26. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto mayor. [en línea] España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [accesado 14 Feb 2012] Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf
27. Raheb Vidal C. Sistemas de clasificación: DSM IV, CIE – 10. [en línea] España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2009 [accesado 16 Feb 2012] Disponible en: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Clasificacion_CIE_DSM_IV.pdf
28. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de psiquiatría, ciencias de la conducta, psiquiatría clínica. 7 ed. Argentina: Médica Panamericana; 2007.
29. Sanz J. Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica. [en línea] España: Universidad Complutense Madrid; 2010 [accesado 4 Feb 2012] Disponible en: <http://www.ucm.es/info/psclinic/evaluacion>
30. Fernández Teurel A. Farmacología de la conducta: de los psicofármacos y las terapias psicológicas. España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2008.
31. Kalat J. Psicología biológica. 8 ed. España: Paraninfo; 2004.

32. Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC, Villalba L. Guía clínica para la psicoterapia. Revista de Psiquiatría del Uruguay. [en línea] 2004 [accesado 16 Feb 2012]; 68 (2): 99 - 107 Disponible en: http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02_guia.pdf
33. Mateu E, Casal J. Tamaño de la muestra. Rev Epidem Med Pred. (Barcelona). [en línea] 2003. [accesado 13 Mar 2012] (1): 8 - 14. Disponible en: <http://minnie.uab.es/~veteri/21216/TamanoMuestra3.pdf>
34. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 4 ed. México; McGraw Hill; 2006.
35. Unidad Hemato – Oncológica. Oncología. [en línea] Puebla, México: UHO; 2007 [accesado 7 Feb 2012] Disponible en: <http://www.unidadhematooncologica.com/oncologia.html>
36. Tubert S. Del sexo al género: Los equívocos de un concepto. Madrid: Cátedra; 2003.
37. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [en línea] 22 ed. España: RAE; 2001 [accesado 31 Ene 2012] Disponible en : http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=edad
38. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta nacional de salud materno infantil. [en línea] Guatemala: MSPAS; 2002. [accesado 5 Jul 2012] Disponible en: <http://guatemala.nutrinet.org/areas-tematicas/materno-infantil/estadisticas/138-encuesta-nacional-de-salud-materno-infantil-2002>



11. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio

Síntomas de depresión en padres de pacientes pediátricos con enfermedades hemato – oncológicas

Invitación para participar y descripción del estudio

Usted es invitado a que participe en un estudio diseñado para examinar problemas de depresión. Ha sido seleccionado porque su hijo es atendido en esta unidad. Todas las personas en esta circunstancia, que acepten participar son tomadas en cuenta.

Descripción de los procedimientos

Quisiera que respondiera unas preguntas acerca de cómo se ha sentido las últimas dos semanas.

Riesgo

No hay ningún riesgo conocido para la participación en este estudio, excepto la incomodidad que pueda provocar alguna pregunta.

Beneficios

Su participación nos ayudara a comprender mejor los problemas que usted como padre o madre puede presentar al tener un hijo con diagnóstico de alguna enfermedad hemato -oncológica.

Confidencialidad

La información que se obtenga es confidencial y será manejada únicamente por la investigadora. Usted no aparecerá identificado en ningún informe que se produzca.

Participación voluntaria

Su participación es voluntaria y puede elegir no participar en el estudio. La aceptación o negación a participar no influye en el tratamiento de su hijo/a.

Preguntas

Si tiene alguna pregunta, considérese en libertad de hacerla en este momento.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN



Autorización

¿Está de acuerdo en participar? SI _____ NO _____

Por medio de mi firma o huella cerífico que se me ha leído y he comprendido plenamente la explicación anterior del proyecto; asimismo todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente, por lo que acepto participar en este estudio.

(F) Entrevistado: _____

(f) Entrevistador: _____

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN



UNOP__ HGSJD__

No. _____

DATOS GENERALES

Sexo: Masculino _____ Femenino _____ Edad: _____

¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron cáncer a su hijo/a?: _____

ENTREVISTA

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, marque con una "X" dentro del cuadrado, las afirmaciones de cada grupo que describe mejor cómo se ha sentido durante estas últimas 2 semanas, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1)

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.



- 5)
- No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
- 6)
- No creo que esté siendo castigado.
 - Me siento como si fuese a ser castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
- 7)
- No estoy decepcionado de mí mismo.
 - Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto.
- 8)
- No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9)
- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - Desearía suicidarme.
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10)
- No lloro más de lo que solía llorar.
 - Ahora lloro más que antes.
 - Lloro continuamente.
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11)
- No estoy más irritado de lo normal en mí.
 - Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - Me siento irritado continuamente.
 - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.



12)

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

13)

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

14)

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

15)

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16)

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17)

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18)

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.



19)

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 5 libras y media.
- He perdido más de 9 libras.
- He perdido más de 15 libras y media.
- Estoy a dieta para adelgazar SI / NO.

20)

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

¿COMO SE HA SENTIDO ESTAS ULTIMAS SEMANAS?

¿YA NO DISFRUTA LAS COSAS COMO ANTES?



TRISTE

¿LLORA O SE ENOJA MAS FACILMENTE?



ENOJADO



¿NADA LE INTERESA?

¿NO PUEDE DORMIR POR LAS NOCHES?



USTED PUEDE TENER DEPRESIÓN

Hable con el médico que está atendiendo a su hijo, él le brindará ayuda.

ANEXO 4

Tabla 4

Preguntas de la 1 a la 3 del inventario de depresión de Beck realizado en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP) y el Hospital General San Juan de Dios (HGSJD), durante los meses de mayo y junio de 2012.

Afirmaciones	Centro de recolección de datos												TOTAL		
	UNOP						HGSJD								
	Si		No		Si		No		Si		No				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
No me siento triste	111	51.9	103	48.1	41	41	59	59	152	48.4	162	51.6			
Me siento triste	72	33.6	142	66.4	30	30	70	70	102	32.5	112	67.5			
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo	34	15.9	180	84.1	29	29	71	71	63	20.1	251	79.9			
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo	3	1.4	211	98.6	0	0	100	100	3	1	311	99			
No me siento especialmente desanimado con respecto al futuro	161	75.2	53	24.8	69	69	31	31	230	73.2	84	26.8			
Me siento desanimado respecto al futuro	38	17.8	176	82.2	29	29	71	71	67	21.3	247	78.7			
Siento que no tengo que esperar nada	12	5.6	202	94.4	1	1	99	99	13	4.1	301	95.9			
Siento que el futuro es desalentador y las cosas no mejoraran	13	6.1	201	93.9	2	2	98	98	15	4.8	299	95.2			
No me siento fracasado	164	76.6	50	23.4	81	81	19	19	245	78	69	22			
Creo que he fracasado más que la mayoría de personas	33	15.4	181	84.6	19	19	81	81	52	16.6	262	83.4			
Cuando miro hacia atrás solo veo fracaso, tras fracaso	13	6.1	201	93.9	0	0	100	100	13	4.1	301	95.9			
Me siento una persona totalmente fracasada	7	3.3	207	96.7	0	0	100	100	7	2.2	307	97.8			

Fuente: entrevista realizada a padres de pacientes pediátricos con enfermedades hemato-oncológicas.

Tabla 5

Preguntas de la 4 a la 6 del inventario de depresión de Beck realizado en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP) y el Hospital General San Juan de Dios (HGSJD), durante los meses de mayo y junio de 2012.

Afirmaciones	Centro de recolección de datos												TOTAL	
	UNOP						HGSJD							
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	f	%
	F	%	f	%	F	%	f	%	F	%	f	%	f	%
Las cosas me satisfacen tanto como antes	86	40.2	128	59.8	36	36	64	64	122	38.9	192	61.9		
No disfruto las cosas tanto como antes	119	55.6	95	44.4	60	60	40	40	179	57	135	43		
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas	13	6.1	201	93.9	6	6	94	94	19	6.1	195	93.9		
Estoy insatisfecho o aburrido de todo	19	8.9	195	91.1	10	10	90	90	29	9.2	285	90.8		
No me siento especialmente culpable	165	77.1	49	22.9	75	75	25	25	240	76.4	74	26.6		
Me siento culpable en bastantes ocasiones	37	17.3	177	82.7	22	22	78	78	59	18.8	255	81.2		
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones	3	1.4	211	98.6	1	1	99	99	4	1.3	310	98.7		
Me siento culpable constantemente	12	5.6	202	94.4	3	3	97	97	15	4.8	299	95.2		
No creo que esté siendo castigado	175	81.8	39	18.2	83	83	17	17	258	82.2	56	17.8		
Me siento como si fuese a ser castigado	8	3.7	206	93.6	4	4	96	96	12	3.8	302	96.2		
Espero ser castigado	1	0.5	213	99.5	0	0	100	100	1	0.3	313	99.7		
Siento que estoy siendo castigado	31	14.5	183	85.5	13	13	87	87	44	14	270	86		

Fuente: entrevista realizada a padres de pacientes pediátricos con enfermedades hemato-oncológicas.

Tabla 6

Preguntas de la 7 a la 9 del inventario de depresión de Beck realizado en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP) y el Hospital General San Juan de Dios (HGSJD), durante los meses de mayo y junio de 2012.

Afirmaciones	Centro de recolección de datos											
	UNOP						HGSJD					
	Si		No		Si		No		Si		No	
F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
No estoy decepcionado de mi mismo	169	79	45	21	74	74	26	26	243	77.4	71	22.6
Estoy decepcionado de mi mismo	43	20.1	171	79.9	26	74	74	26	69	22	245	78
Me da vergüenza de mi mismo	10	4.7	204	95.3	1	99	99	1	11	3.5	303	96.5
Me detesto	2	0.9	212	99.1	0	100	100	0	2	0.6	312	99.4
No me considero peor que cualquier otro	163	76.2	51	23.8	77	77	23	23	240	76.4	74	23.6
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores	49	22.9	165	77.1	33	33	67	67	82	26.1	232	76.9
Continuamente me culpo por mis faltas	17	7.9	197	92.1	5	5	95	95	22	7	292	93
Me culpo por todo lo malo que sucede	17	7.9	197	92.1	0	0	100	100	17	5.4	297	94.6
No tengo ningún pensamiento suicida	189	88.3	25	11.7	94	94	6	6	283	90.1	31	9.9
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería	17	7.9	197	92.1	4	4	96	96	21	6.7	293	93.3
Desearía suicidarme	1	0.5	213	99.5	0	0	100	100	1	0.3	213	99.7
Me suicidaría si tuviese la oportunidad	8	3.7	206	93.6	2	2	98	98	10	3.2	304	96.8

Fuente: entrevista realizada a padres de pacientes pediátricos con enfermedades hemato-oncológicas.

Tabla 7

Preguntas de la 10 a la 12 del inventario de depresión de Beck realizado en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP) y el Hospital General San Juan de Dios (HGSJD), durante los meses de mayo y junio de 2012.

Afirmaciones	Centro de recolección de datos												TOTAL	
	UNOP						HGSJD							
	Si		No		Si		No		Si		No		f	%
No lloro más de lo que solía llorar	110	51.4	104	48.6	59	59	41	41	169	53.8	145	46.2		
Ahora lloro más que antes	72	33.6	142	66.3	26	26	74	74	98	31.2	216	68.8		
Lloro continuamente	27	12.6	187	87.4	15	15	85	85	42	13.4	272	86.6		
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera	13	6.1	201	93.9	0	0	100	100	13	4.1	301	95.9		
No estoy más irritado de lo normal en mi	132	61.7	82	38.3	66	66	34	34	198	63.1	116	36.9		
Me molesto o irrito más fácilmente que antes	54	25.2	160	74.8	17	17	83	83	71	22.6	243	77.4		
Me siento irritado continuamente	16	7.5	198	92.5	16	16	84	84	32	10.2	282	89.8		
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme	15	7	199	93	0	0	100	100	15	4.8	299	95.2		
No he perdido el interés por los demás	160	74.8	54	25.2	79	79	21	21	239	76.1	75	23.9		
Estoy menos interesado por los demás que antes	36	16.8	178	83.2	17	17	83	83	53	16.9	261	83.1		
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás	10	4.7	204	95.3	0	0	100	100	10	3.2	304	96.8		
He perdido todo el interés por los demás	8	3.7	206	96.3	4	4	96	96	12	3.8	302	96.2		

Fuente: entrevista realizada a padres de pacientes pediátricos con enfermedades hemato-oncológicas.

Tabla 8

Preguntas de la 13 a la 15 del inventario de depresión de Beck realizado en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP) y el Hospital General San Juan de Dios (HGSJD), durante los meses de mayo y junio de 2012.

Afirmaciones	Centro de recolección de datos												TOTAL			
	UNOP						HGSJD									
	Si		No		Si		NO		Si		No		Si		No	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho	133	62.1	81	37.9	71	71	29	29	204	65	110	35				
Evito tomar decisiones más que antes	50	23.4	164	76.6	23	23	77	77	73	23.2	241	76.8				
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes	30	14	184	86	15	15	85	85	45	14.3	269	85.7				
Ya me es imposible tomar decisiones	14	6.5	200	93.5	2	2	98	98	16	5.1	298	94.9				
No creo tener peor aspecto que antes	162	75.7	52	24.3	66	66	34	34	228	72.6	86	27.4				
Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo	42	19.6	172	80.4	31	31	69	69	73	23.2	241	76.8				
Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo	10	4.7	204	95.3	6	6	94	94	16	5.1	298	94.9				
Creo que tengo un aspecto horrible	2	0.9	212	99.1	0	0	100	100	2	0.6	312	99.4				
Trabajo igual que antes	128	59.8	86	40.2	70	70	30	30	198	63.1	116	36.9				
Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo	56	26.2	158	73.8	16	16	84	84	72	22.9	242	77.1				
Tengo que obligarme mucho para hacer algo	34	15.9	180	84.1	12	12	88	88	46	14.6	268	85.4				
No puedo hacer nada en absoluto	8	3.7	206	96.3	2	2	98	98	10	3.2	304	96.8				

Fuente: entrevista realizada a padres de pacientes pediátricos con enfermedades hemato-oncológicas.

Tabla 9

Preguntas de la 16 a la 18 del inventario de depresión de Beck realizado en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP) y el Hospital General San Juan de Dios (HGSJD), durante los meses de mayo y junio de 2012.

Afirmaciones	Centro de recolección de datos											
	UNOP				HGSJD				TOTAL			
	Si	No	f	%	Si	No	f	%	Si	No	f	%
Duermo tan bien como siempre	93	43.5	121	56.5	69	31	31	31	162	51.6	152	48.4
No duermo tan bien como antes	101	47.2	113	52.8	31	69	69	69	132	42	182	58
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir	29	13.6	185	86.4	7	93	93	93	36	11.5	278	88.5
Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir	28	13.1	186	86.9	13	87	87	87	41	13.1	273	86.9
No me siento más cansado de lo normal	89	41.6	125	58.4	43	57	57	57	132	42	182	58
Me canso más fácilmente que antes	92	43	122	57	33	67	67	67	125	39.8	189	60.2
Me canso en cuanto hago cualquier cosa	38	17.8	176	82.2	23	77	77	77	61	19.4	253	80.6
Estoy demaciado cansado para hacer nada	6	2.8	208	97.2	1	99	99	99	7	2.2	307	97.8
Mi apetito no ha disminuido	123	57.5	91	42.5	62	38	38	38	185	58.9	129	41.1
No tengo tan buen apetito como antes	64	29.9	150	70.1	22	78	78	78	86	27.4	228	72.6
Ahora tengo mucho menos apetito	23	10.7	191	89.3	16	84	84	84	39	12.4	275	87.6
He perdido completamente el apetito	6	2.8	208	97.2	0	100	100	100	6	1.9	308	98.1

Fuente: entrevista realizada a padres de pacientes pediátricos con enfermedades hemato-oncológicas.

Tabla 10

Preguntas de la 19 a la 21 del inventario de depresión de Beck realizado en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP) y el Hospital General San Juan de Dios (HGSJD), durante los meses de mayo y junio de 2012.

Afirmaciones	Centro de recolección de datos											
	UNOP				HGSJD				TOTAL			
	Si		No		Si		No		Si		No	
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada	150	70.1	64	29.9	75	75	25	25	225	71.7	89	28.3
He perdido más de 5 libras y media	43	20.1	171	79.9	17	17	83	83	60	19.1	254	80.9
He perdido mas de 9 libras	9	4.2	205	95.8	8	8	92	92	17	5.4	297	94.6
He perdido mas de 15 libras y media	5	2.3	209	97.7	0	0	100	100	5	1.6	309	98.4
No estoy preocupado por mi salud más de lo normal	133	62.1	81	37.9	66	66	34	34	199	63.4	115	36.6
Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estomago o estreñimiento	65	30.4	149	69.6	20	20	80	80	85	27.1	229	72.9
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más	22	10.3	192	89.7	28	28	72	72	50	15.9	264	84.1
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa	10	4.7	204	95.3	0	0	100	100	10	3.2	304	96.8
No he observado ningún cambio reciente en mi interés	137	64	77	36	76	76	24	24	213	67.8	101	32.2
Estoy menos interesado por el sexo que antes	43	20.1	171	79.9	9	9	91	91	52	16.6	262	83.4
Estoy mucho menos interesado por el sexo	11	5.1	203	94.9	5	5	95	95	16	5.1	289	94.9
He perdido totalmente mi interés por el sexo	23	10.7	191	89.3	10	10	90	90	33	10.5	281	89.5

Fuente: entrevista realizada a padres de pacientes pediátricos con enfermedades hemato-oncológicas.

ANEXO 5

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES HEMATO – ONCOLÓGICAS.

Presentado por:
Mariajosé Zambroni Cabrera

Objetivos

- Caracterizar por edad y sexo a los padres de los pacientes pediátricos con enfermedades hemato – oncológicas.
- Identificar la sintomatología que presentan los padres de los pacientes pediátricos con enfermedades hemato – oncológicas, en grados de depresión.
- Especificar el tiempo que tienen los padres de conocer el diagnóstico de sus hijos

Metodología

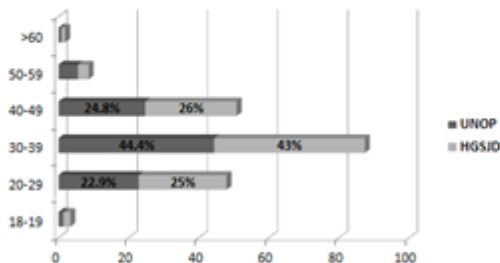
- Estudio es de tipo descriptivo, transversal, el cual se realizó durante los meses de mayo a junio de 2012.
- La recolección de datos se llevó a cabo en la consulta externa de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica y la consulta externa de la unidad de hemato – oncología del Hospital General San Juan de Dios, a través del inventario de depresión de Beck.

Resultados

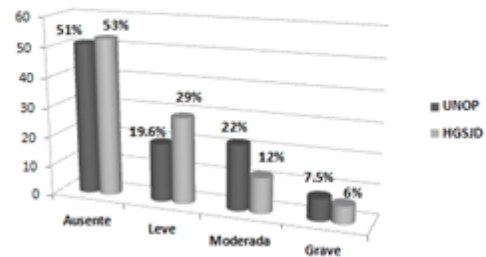
Porcentaje de distribución por sexo de los padres entrevistados



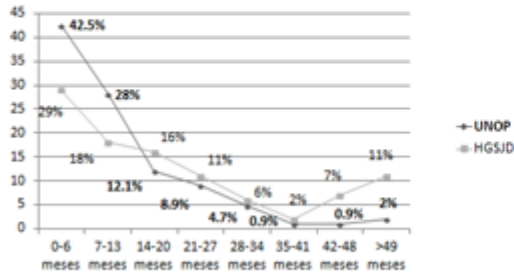
Porcentaje de distribución por rangos de edad de los padres entrevistados



Porcentaje de grados de depresión en los padres entrevistados



Porcentaje de tiempo, que tiene los padres entrevistados, de conocer el diagnóstico de sus hijos



Conclusiones

- Del total de los padres entrevistados el 70.4% correspondió al sexo femenino y el 43.9% se ubica en el rango de 30 a 39 años de edad.
- El 22.6% de los padres encuestados presentaron depresión leve, el 18.8% depresión moderada y el 7% depresión severa, obteniendo un total de 48.4% casos de depresión.

Conclusiones

- El 38.2% de los padres, corresponden a los pacientes que fueron diagnosticados entre 0 a 6 meses previos a la entrevista.

Recomendaciones

A la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica

- Continuar con el apoyo multidisciplinario a las familias de los pacientes, brindando mayor apoyo al inicio del diagnóstico.
- Evaluar la necesidad de integrar un psiquiatra al equipo multidisciplinario, que pueda brindar un mejor apoyo en los casos de depresión moderada y grave.

Recomendaciones

Al Hospital General San Juan de Dios

- Crear un programa para brindar atención integral con el apoyo del departamento de psicología y el departamento de psiquiatría infanto - juvenil.
- Colocar afiches alusivos para la detección de casos depresión en el área de consulta externa.

Recomendaciones

- Motivar al personal médico del departamento de hemato - oncología para evaluar la presencia de síntomas de depresión en los padres de los pacientes y referirlos adecuadamente.